

ISSUE

ISSN 2697-3677

Quito - Ecuador

Vol 1 - Vol 1 - April 2020

# PACHA



Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global

Journal of Contemporary Studies of the Global South

Revista de Estudos Contemporâneos do Sul Global



RELIGACIÓN

**CICSHAL**

Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina

OPEN  ACCESS



## Equipo Editorial

**Carolina Díaz R.**

Directora Editorial  
CICSH-AL Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina, Ecuador  
revistapacha@religacion.com;  
carolinadiaz@religacion.com

**Roberto Simbaña Q.**

Coordinador Editorial  
CICSH-AL Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades desde América Latina, Ecuador  
robertosimbana@religacion.com

## Editores Asociados

Paola Andrea Tovar. Universidad De Montreal, Colombia. Editora Asociada en Antropología

Mitchell Alberto Alarcón Díaz. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Editor Asociado en Educación

Marcela Cristina Quinteros. Universidade Estadual de Maringá, Brasil. Editora Asociada en Historia Latinoamericana

Aboutaleb Sedatee Shamir. Islamic Azad University, Iran. Editor Asociado en Educación y Medio Oriente

Mateus Gamba Torres. Universidade de Brasília – UNB, Brasil. Editor Asociado en Historia

Mirna Yazmin Estrella Vega. Universidad Nacional Autónoma de México, México. Editora Asociada en Sociología

Rodrigo Navarrete Saavedra. Universidad Austral de Chile, Chile. Editor Asociado en Ciencias Políticas

Aygul Zufarova Ibatova. Tyumen Industrial University, Rusia. Editora Asociada en Humanidades sobre Asia

Shokhrud Fayziev Farmanovich. Tadqiqot, Tashkent, Uzbekistan. Editor Asociado en Desarrollo sobre la Comunidad de Estados Independientes, Asia

M<sup>º</sup> Aránzazu Serantes López. Woolf University, España. Editora Asociada en Humanidades digitales

Fabrizio Espinosa Ortiz. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México. Editor Asociado en Geografía Humana

Marcelo Starcenbaum. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Editor Asociado en Filosofía e Historiografía

Siti Mistima Maat. Universiti Kebangsaan Malaysia, Malaysia. Editora Asociada en Innovación de aprendizaje

Carla Vanessa Zapata Toapanta. Universidad de Salamanca, España. Editora Asociada en Latinoamericanismo

## Consejo Editorial

Andrea Paola Cantarelli, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

Federico Cabrera, Universidad Nacional de San Juan/CONICET, Argentina

Gamaniel David Suárez Cobix, Universidad Veracruzana, México

Gloria Concepción Tenorio Sepúlveda, Tecnológico de Estudios Superiores de Chalco, México

Héctor García Cornejo, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Jorge Gilberto Bonilla Macas, Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

José Alexander Rubiano Pedroza, Universidad de Pamplona, Colombia

María Dolores Sancho, Universidad Nacional del Comahue, Argentina

Mauricio Sandoval Cordero, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Costa Rica

Rivera Varela Bertha Leticia, Universidad Abierta a Distancia, México

Tomás Sebastián Torres López, Universidad Alberto Hurtado, Chile

## CONSEJO ASESOR INTERNACIONAL

Alejandro Mejía Tarazona  
Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador

Alexander Luna Nieto  
Fundación Universitaria de Popayán, Colombia

Celeste De Marco  
CONICET/Universidad Nacional de Quilmes-CEAR, Argentina

Christian Andres Quinteros Flores  
Universidad de Chile, Chile

Daniel Orizaga Doguim  
Centro de Investigaciones Multidisciplinarias-UAQ, México

Francisco Javier Jover Martí  
Universidad de Castilla-La Mancha, España

Gaya Makaran  
Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe CIALC, UNAM, México

Jaime Araujo Frías  
Universidad Nacional de San Agustín, Perú

João Luis Binde  
Universidade Federal De Pernambuco, Brasil

Luisina Castelli Rodríguez  
Universidad de la República, Uruguay

Mariana Jesica Lerchundi  
Universidad Nacional de Río Cuarto, Argentina

Marina Acosta  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Noelia Marina Cortinas  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Paulo Alves Pereira Júnior  
Universidad Estatal Paulista, Brasil

Sergio Monroy Isaza  
Universidad de Ibagué, Colombia

Suyai Malen Garcia Gualda  
IPEHCS-CONICET-UNCo, Argentina

## Entre barreras y estrategias: Experiencias de acceso a servicios de salud pública de mujeres migrantes peruanas

*Between barriers and strategies: Experiences of access to public health services of Peruvian migrant women*



Valentina Biondini

Universidad Nacional de Villa María - Argentina  
biondivalentina71@gmail.com

### RESUMEN

El presente artículo tiene por objetivo indagar las experiencias de acceso a servicios de salud públicos de mujeres migrantes peruanas en la Ciudad de Córdoba, Argentina durante el periodo 2019-2020. Específicamente, reflexionamos desde un análisis interseccional, de qué manera el género, la clase, la nacionalidad y la raza se imbrican y producen barreras para acceder a servicios de salud pública, y las estrategias que generan las mujeres para sortearlas. Para ello, utilizamos una metodología cualitativa, que retoma principalmente entrevistas etnográficas a mujeres migrantes peruanas usuarias de servicios de salud pública caracterizada por tener gran afluencia de migrantes. Asimismo, realizamos observaciones participantes en dicho establecimiento y análisis de datos secundarios.

**Palabras clave:** Mujeres migrantes peruanas; experiencias; acceso a la salud; interseccionalidad; Argentina

### ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the experience in public health access by peruvian migrant women, in the city of Cordoba, Argentina, from 2018 to 2019. We reflect, from an intersectional analysis, how gender, class, nationality and race overlap and create barriers to public health access, and the strategies that operate to overcome barriers. For this, we use a qualitative methodology, which mainly takes up ethnographic interviews with Peruvian migrant women who are users of a health institution characterized by having a large influx of migrants. We also make participant observations in said establishment and secondary data analysis.

**Keywords:** Peruvian migrant women; experiences; health access; intersectionality; Argentina

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el acceso a la salud es reconocido por entidades nacionales e internacionales como un derecho de carácter universal e igualitario. Sin embargo, éste se produce de manera desigual, ya que como veremos, se constituyen distintas condiciones que dificultan o imposibilitan su acceso y uso. La distribución desigual de recursos y la existencia de fronteras divisorias del mundo social tales como la condición de clase, raza, género y nacionalidad, se entrelazan en un complejo sistema de desigualdades (Crenshaw, K., 1995; Viveros Vigoya; 2016). Aquellos grupos que forman parte del colectivo migrante latinoamericano han encontrado, a lo largo del tiempo, diversas dificultades para ejercer el derecho a una salud de calidad, las cuales van desde impedimentos legales hasta barreras simbólicas (Jelin, Grimson y Zamberlin 2006).

En este artículo, indagamos las experiencias de acceso a servicios de salud pública de mujeres migrantes peruanas habitantes de la Ciudad de Córdoba. Para ello, tomamos como unidad de análisis la Dirección de Especialidades Médicas (DEM), institución pública de dependencia municipal y segundo nivel de atención, que se ubica en Barrio Alberdi, durante el periodo 2019-2020. Dicha Dirección cuenta con una gran afluencia de migración peruana, razón por la que se decide trabajar con ella, de hecho, es mencionado por una mujer entrevistada como “el hospital de las peruanas” (Claudia, 2019).

Adoptamos para el desarrollo del estudio una metodología de investigación de tipo cualitativa. Resulta pertinente la utilización del enfoque etnográfico, al considerar que las experiencias implican un imbricado conjunto de prácticas, percepciones, sentidos y sentimientos respecto al acceso de los servicios públicos sanitarios. Esta forma de analizar las experiencias se orienta a la comprensión de los fenómenos sociales en la medida en que toma a las agentes (en esta investigación) como informantes privilegiados por ser las únicas capaces de dar cuenta de sus pensamientos, sentimientos y acciones con relación a los eventos que las involucran (Guber, 2011). En esta clave, realizamos entrevistas etnográficas (Guber, R. 2001) a nueve mujeres migrantes peruanas usuarias de servicios de gineco-obstetricia de la DEM, y dos médicas de la institución. Este tipo de entrevista se caracteriza por la no directividad, la cual permite captar conceptos experienciales mediante testimonios de informantes, en tanto dan cuenta de los modos en que viven y sienten determinadas situaciones. El acceso a las entrevistadas fue mediante un muestreo por bola de nieve, asimismo, se realizó un consentimiento informado de carácter oral y para respetar la privacidad y confidencialidad de los datos recabados los nombres de las mujeres han sido modificados (Santi 2013). También realizamos observaciones participantes en la institución sanitaria en cuestión y análisis de datos secundario (Dalle, Boniolo, Sautu y Elbert; 2006), retomando los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC, Argentina) y del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, Perú).

El artículo comienza con una contextualización de la migración peruana en Córdoba, continua con el desarrollo del sistema de salud público peruano, y posteriormente divide el trabajo de campo, las barreras para el acceso a la salud, y las estrategias que las mujeres desarrollan para sortear dichos impedimentos.

### **Mujeres, interseccionalidad y migración peruana en Córdoba: “algunas patronas no te ponen en la obra social”**

El enfoque teórico-metodológico de la *interseccionalidad* (Crenshaw, K., 1995; Viveros Vigoya; 2016; Magliano 2015), es una herramienta útil para analizar de manera conjunta, más no aritmética y aditiva, las articulaciones y efectos mutuos de las relaciones de desigualdad, como lo son la raza, el género, la clase y la nacionalidad en el marco del proceso migratorio. Si bien la literatura feminista apela generalmente a las primeras tres categorías, es de fundamental importancia permanecer alerta ante las diversas formas de desigualdad que pueden operar en una situación en particular, así en esta investigación el peso de la nacionalidad o de ser no-nacional, en términos de Sayad (2010) adquiere relevancia. En este sentido, las relaciones sociales están imbricadas en experiencias concretas, y no pueden establecerse fórmulas universales sobre la manera en que el poder y la dominación actúan. Por el contrario, se debe apelar a un análisis contextual que indague cuáles son las desigualdades que están operando, y de qué manera se articulan. En tanto constituye una herramienta flexible, capaz de captar y preguntarse por las desigualdades de manera situada, este tipo de enfoque permite sondear de qué manera actúa la condición migratoria en el acceso a la salud.

En el marco del análisis interseccional resulta fundamental retomar las *experiencias*- en este caso aquellas referidas al acceso a la salud desde la perspectiva de Scott (2015) quien afirma que lo que cuenta como experiencia no es ni evidente, ni claro y directo, por el contrario, está siempre en disputa. La experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación, por lo que no constituyen la evidencia definitiva que fundamenta lo conocido, sino que es aquello que buscamos explicar. En este sentido, no son las mujeres entrevistadas, en tanto individuos, quienes “tienen” experiencia, más bien, son constituidas por medio de ella. Preguntarnos por las experiencias en el acceso a la salud, implica indagar de qué manera se construye, transforma y tensiona la subjetividad de las mujeres migrantes, en y mediante el ejercicio de la salud.

En última instancia, la intención de este trabajo no es simplemente visibilizar la existencia de mecanismos represivos, sino fundamentalmente -hacer el intento por- develar su funcionamiento y constitución. Para ello, retomamos dos conceptos fundamentales, por un lado, la noción de *barreras*, y ligado a esta, la de *estrategia*. Con respecto a la primera, entendemos que constituyen los mecanismos represivos, cuya existencia se actualiza en las interacciones, instituciones pensamientos y sentimientos, de carácter objetivo y subjetivo, que impiden, dificultan o desincentivan las motivaciones para el acceso a un centro de salud, obtención de una consulta y tratamiento. En otras palabras, las barreras funcionan como fronteras en tanto líneas simbólicas que actualizan las divisiones entre nacionales y no-nacionales (Mezzadra, Neilson, 2017). Por otro lado, el concepto de estrategia implica sostener que las personas pueden sortear las dificultades y barreras en el acceso a la salud. Es decir, tienen márgenes de actuación, que implican “someter/se, consciente o inconscientemente, al arbitrio de la contingencia y, asimismo, evitar/ eludir y jugar frente a ciertas dificultades y situaciones, sortear obstáculos y dificultades que surgen en las distintas odiseas y dilemas “en las fronteras” (Alvites, 2018, p.176).

Particularmente, y a los intereses de esta investigación, es importante reconocer que el colectivo migrante peruano, presenta a nivel nacional y en las últimas décadas, una tendencia creciente y de diversificación de los orígenes socioeconómicos. Específicamente en la Ciudad de Córdoba Capital, según el Censo del año 2010, residían 11.476 personas de origen peruano de las cuales 6.143 son mujeres, representando un 54% del total. De la población femenina peruana, el 88% se comprende entre los 15-64 años, el 10% entre los 0-14 años y el 2% es mayor de 65 años. En base a sus estudios Falcón Aybar, Bologna(2013) explican que el aporte de la población menor de 15 años da cuenta de migraciones familiares, y se relaciona principalmente con la existencia de espacios laborales femeninos.

El flujo migratorio aquí estudiado, se caracteriza por el fenómeno de feminización (Falcón Aybar, Bologna; 2013) el cual consiste en un aumento cuantitativo de mujeres y una transformación de su papel dentro del proceso migratorio; y por inscribirse en cadenas mundiales de cuidado, es decir transferencia de trabajo reproductivo, particularmente para el trabajo en casas particulares y el cuidado de adultos mayores o personas enfermas (Saskia Sassen, pp. 188-191, 2007; Mallimaci, 2017). Observamos que las mujeres entrevistadas fueron las primeras en trasladarse de país, y desarrollan en la actualidad trabajos del cuidado (Mallimaci, p. 25, 2017).

Las mujeres entrevistadas comparten la nacionalidad, el género, rasgos andinos, y una situación socioeconómica similar. De toda ellas, solo una se dedica al rubro gastronómico, mientras que las otras trabajan como personal doméstico. La descripción de sus trayectorias laborales da cuenta de las condiciones de vulnerabilidad a las que se han encontrado expuestas, así como de los bajos salarios que perciben. Una de ellas vive con su hija, entre ambas trabajan en cinco casas particulares, pero comentan que sólo les alcanza para pagar la comida y la pieza alquilada en la pensión. En este sentido, el acceso a una obra social o el uso del sistema de salud público se encuentra relacionado con las condiciones laborales ya que, según relata María (2019), “algunas patronas no te ponen en la obra social (...) [y] la obra social es buena o mala según en cual te puso la patrona, algunas tienen suerte, otras no”. Por esta razón, la inestabilidad y fluctuación en la seguridad social ha llevado a que todas ellas hagan uso del sistema de salud pública.

### **Rastreando orígenes, el acceso a la salud pública en Perú: “Allá, si no tienes plata, te mueres”**

Cuando estudiamos las experiencias de personas migrantes no podemos cercenar sus trayectorias. Las vivencias en el país de nacimiento, son tan independientes del proceso migratorio, como fundamentales para la comprensión de los sentidos y prácticas en el lugar de destino. Sobre esto Sayad (2010) afirma: “Todo estudio de los fenómenos migratorios que descuide las condiciones de origen de los migrantes está condenado a no dar más que una visión a la vez parcial y etnocéntrica del fenómeno” (p. 56). En este marco, consideramos fundamental reconstruir los principales aspectos del sistema de salud público peruano, sus condiciones de accesibilidad y la valoración de las mujeres entrevistadas. Las entrevistadas migraron en promedio, alrededor del año 2006, por lo tanto, retomamos los sucesos de esta época.

El sistema de salud público peruano está a cargo del Ministerio de Salud (MINSA)<sup>1</sup>, el cual ofrece el Seguro Integral de Salud (SIS) que se divide entre: el régimen contributivo indirecto y el contributivo directo (Alcalde-Rabanal, Lazo-González, Nigenda, 2011, p. 257). En la actualidad hay cuatro tipos de SIS, el gratuito, es decir contributivo indirecto, destinado a personas en pobreza extrema, pobreza, madres gestantes niños, entre otros. Los contributivos directos se tributan mensualmente. Ante esto, el acceso a la salud se ha transformado significativamente. En base los datos del INES, observamos que, mientras que en el año 2007 el 57,7% de la población se encontraba sin ningún tipo de cobertura, para el 2017 hubo un aumento considerable de las personas con afiliación a algún seguro de salud, específicamente de 33,2 puntos porcentuales.

El SIS tiene una cobertura relativamente amplia, ya que cubre el 85% de las enfermedades más

<sup>1</sup> Información extraída de la Plataforma digital única del Estado Peruano <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>

comunes, los exámenes generales, nacimientos, controles de salud, embarazos, controles obstétricos, los cánceres, entre otros. Un estudio realizado por Bernal, Carpio, Klein (2017) en base a la “Encuesta Nacional de Hogares” concluye que cuando se trata del financiamiento de una consulta, análisis médicos y prescripción de medicina es cubierta prácticamente en su totalidad por el SIS. Sin embargo, cuando se trata de la compra de medicamentos, internaciones y operaciones, son en su mayoría financiados por los propios hogares.

En línea con aquellas conclusiones, encontramos correspondencia con los testimonios de las mujeres entrevistadas, acerca de la percepción sobre la atención de la salud en su país: “Allá [Perú], en el hospital se mueren, la gente pobre no puede alcanzar, no hay remedios gratis. Fui a atenderme, y ahí me dijeron: “solo puedo pedirte un bono” (Paola, 2019)”. “En Perú te cobran todas las operaciones, y acá es gratis, pero en Perú no te ayudan si no sos muy pobre y los medicamentos fuertes ni te los dan. Allá, si no tienes plata, te mueres” (Laura, 2019)

ER: Contame, ¿cómo es la salud allá?

Lía: Por ejemplo, las personas allí suelen tener un SIS, entonces vos te afilias a un programa para a la atención pública para las personas de bajos recursos, entonces las personas para pagar el SIS tienen que hacer largas colas, y muchas veces no llegan a ser atendidos. Yo nunca me atendí, nunca, salvo para vacunas (...). Ese programa te cubre cierta parte, pero tienes que seguir poniendo plata y si es una operación no te cubren nada, vos todo lo cubres. Y es caro, por eso la gente ahorra dinero por si se enferma, dicen tú ahorra dinero porque te puede pasar algo. (Lía, 2020)

Estos testimonios se encuentran en suma concordancia con los estudios y datos estadísticos mencionados anteriormente, sin embargo, resulta alarmante la vinculación que se establece entre pobreza, muerte y acceso a la salud. En este sentido, el costo del servicio y las horas de espera parecieran actuar como las barreras fundamentales para el acceso a una salud de calidad, a la vez que se corroboran los resultados del estudio que afirma que los costos de los medicamentos, interacción y operaciones corre por cuenta de los pacientes aun cuando se cuente con el SIS. Asimismo, resulta interesante que cuando hablan acerca de algún sistema de salud ya sea el argentino o peruano, lo evalúan en función del otro. Este recorrido por el sistema de salud peruano, permitirá comprender con mayor profundidad la vinculación que se establece con el sistema público de salud argentino.

## **Barreras para el acceso a la salud**

### ***Sobre legislación migratoria, barreras legales y acceso a la salud en Córdoba: “acá puedo llegar a tener una grilla completa de peruanas”***

En la actualidad, en Argentina no existen restricciones legales para que los no-ciudadanos accedan a los servicios de salud pública, sin embargo, esto no fue siempre así. Entre los años 1981 y 2003, estuvo vigente una legislación migratoria (No. 22.439) de carácter discriminatorio y represivo (Jelin, 2006, p. 9) con un claro anclaje en la retórica de la exclusión (Domenech, 2009). La misma, no planteaba un repudio al colectivo migrante en su totalidad, sino que discernía entre aquellos deseable e indeseable; se fomentaba el ingreso de aquellos “cuyas características culturales permitan su adecuada integración en la sociedad argentina”, con el objetivo de poblar ciertas zonas del país. Cuando la autoridad de migración no considerara dentro de dichas características a un extranjero su permanencia en el país sería declarada como ilegal. De esta manera, toda institución hospitalaria o asistencial, pública o privada, debía exigir que quien solicitara atención acreditase su identidad mostrando su DNI y justifique su permanencia legal en el país, de no hacerlo, quedaban en obligación de denunciar en el plazo de veinticuatro horas a la autoridad migratoria, y otorgarle sus datos filiales y domicilio.

En el año 2003 se sancionó una nueva ley migratoria (No. 25.871) en el marco de un giro discursivo por parte del Estado, que transformaba la retórica de la exclusión en retórica de la inclusión, mostrando indicios de cambios en la relación entre el Estado Argentino y las migraciones internacionales (Domenech, 2009). La misma estipula que el Estado en todas sus jurisdicciones debe asegurar a los extranjeros el acceso igualitario a protección, amparo y derechos. En este sentido, no puede negarse o restringirse en ningún caso el derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a extranjeros, a la vez que se les debe brindar orientación respecto a los trámites correspondientes en caso de irregularidad migratoria.

Las transformaciones legales en materia migratoria, específicamente en el plano sanitario, sufrieron cambios en pos de la ampliación de derechos. Sin embargo, existen indicios que muestran que el Estado no puede desarraigar representaciones que históricamente ha tenido sobre los migrantes (Domenech, 2009, p. 60) razón por la cual los prejuicios en torno a la ilegitimidad del acceso a la salud continuaron a lo largo del tiempo. Un ejemplo es la creación del Sistema Provincial de Seguro de Salud para Personas Extranjeras (Ley No. 6116) sancionada en febrero del año 2019 por el Poder Legislativo de la Provincia de Jujuy (provincia de frontera con Bolivia), y apoyada por el ex jefe de Gabinete, que establecía

el arancelamiento del seguro provincial de salud a las personas extranjeras que no hicieran aportes vía tributaria.

Específicamente en la Ciudad de Córdoba, un estudio antecedente plantea que la presentación de la documentación para el acceso a una consulta no constituye una barrera, como sí sucede en otras partes del país (Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2015). De la misma manera en nuestro caso de estudio, las efectoras de salud entrevistadas expresaron que la condición migratoria de los extranjeros que se presentan en la institución no es de relevancia para el acceso a una consulta. Respecto a esto, las médicas entrevistadas afirmaban: “acá en el Benito Soria puedo llegar a tener una grilla completa de peruanas, últimamente están apareciendo las venezolanas, pero si, muchas migrantes” (Médica Especialista en Salud Familiar, 2020) “Diariamente 35, 40% de mis pacientes, de los que yo veo por día, son extranjeros, son migrantes. En los últimos meses hay mayor presencia de venezolanos, que hace unos años cuando la mayoría era peruano o boliviano” (Médica ginecóloga, 2019)

En lo que respecta a la percepción de las mujeres migrantes entrevistadas ninguna de ellas manifestó haber tenido problemas para acceder a los servicios de salud que solicitaron. Ante la consulta sobre las barreras y requisitos legales alguna de ellas comentaban: “Si no tienes DNI vas con el pasaporte y te atienden” (Belén, 2019) “Al principio, cuando no tenía el documento usaba mi pasaporte peruano, y así nunca tuve problemas, pero ya después lo saqué”(Mirta, 2019) “ No, no he tenido problemas para que me atiendan, he ido con mi cédula de allá, del Peru” (Lía, 2020).

El acceso, es el elemento de entrada a la salud pública, sin embargo, su garantía no implica que lxs migrantes tengan pleno ejercicio de sus derechos. El trabajo de investigación se ha enfocado en una institución de segundo nivel de complejidad, razón por la cual consideramos que el acceso se encuentra facilitado. Por el contrario, cuando se trata sobre intervenciones de alta complejidad (problema que excede este trabajo) distintos estudios han demostrado que las barreras se complejizan e imponen ante los extranjeros ( Jelin, Grimson, Zamberlin, 2009; Basualdo, 2017).

Por no ser ciudadano, la presencia del migrante adquiere legalidad y legitimidad porque se subordina necesariamente a su condición de trabajador, razón por la cual su existencia queda reducida al cuerpo. En este sentido, asegurar la integridad de su cuerpo y de su salud es asegurar su capacidad de producción, es decir su razón de ser en la nación (Sayad, 2010, p. 288). De este modo, el derecho al acceso a servicios de primer nivel puede ser entendido como un *mínimo*, es decir como elementos indispensables que se le reconocen al migrante para su supervivencia (Sayad, 1998, p. 60). Si bien esta postura puede ser entendida como pesimista, consideramos necesaria retomarla para problematizar y no caer en lecturas romanticistas sobre el reconocimiento de derechos esenciales de lxs migrantes.

### ***Barreras simbólicas y sentimiento de expulsabilidad: “no se acostumbren que ya todo les va a costar”***

El acceso a los sistemas de salud no puede ser abordado exclusivamente desde la perspectiva de los derechos legales. Por el contrario, aun cuando la ley contempla el uso de la salud pública por parte de la población migrante, se presentan barreras que la excede por completo (Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2015). Como mencionamos anteriormente, tampoco se puede considerar que la ausencia de restricciones vinculadas a la tenencia del Documento Nacional de Identidad, implique igualdad en el ejercicio de la salud. Sucede que, bajo la posibilidad de acceder, se encubre un tejido de desigualdades y relaciones de poder, que se encarnan en las interacciones cotidianas que suceden entre la población migrante y los nacionales en el marco de instituciones sanitarias.

Como explicamos al comienzo, las barreras de atención constituyen fronteras que actualizan las divisiones estatales, independientemente del lugar donde el migrante se encuentre. En el contacto con funcionarios estatales, ciertas enunciaciones sirven para recordarle al migrante, que su presencia en el país descansa sobre sedimentos de arena. Durante las entrevistas realizadas, como mencionamos en el apartado anterior, no se presentaron a las mujeres impedimentos burocráticos o administrativos. Sin embargo, fue una constante que relatan experiencias de terceros. Respecto a esto los testimonios de Laura y Claudia son ilustrativos:

Una vez, a una amiga en el Benito Soria le dijeron “no se acostumbren que ya todo les va a costar” [...] No sé si yo he tenido suerte, pero a mí me han atendido muy bien las doctoras, las enfermeras, una atención de lujo, no me quejo de nada, pero yo escucho otros compatriotas, otras amigas de Bolivia, señores ancianos que los tienen rodando (Laura, 2019).

Desde el año pasado escuchaba que decían, que no sé quién instaló que la salud la iban a hacer privada, y a partir de eso el emigrante como que tuvo muchas restricciones. Yo hago los certificados en el Benito Soria, pero hay algunos que no tienen el DNI y parece que les gritan, no sé, no sé en qué sentido será exactamente ese maltrato, pero bueno, ellos lo sienten así, pero a mí me hacían la historia clínica con pasaporte (Claudia, 2019).

Podríamos preguntarnos si estos relatos tienen algún tipo de correlación con la realidad. Obviamente, no resulta menor que efectivamente hayan sucedido actos discriminatorios, sin embargo, consideramos que estos rumores adquieren importancia per se. La experiencia de acceder a la salud en otro país, está permeada por estos mitos, que parecieran quitarle a la población migrante la certeza de que la salud es un derecho, ligándola al azar y la suerte.

La posibilidad de ser víctima de discriminación se fundamenta en que la presencia del migrante, del no-nacional, es percibida como legitimada o ilegítima, pero jamás legítima. La presencia legítima es aquella que simplemente es, de la cual no hay nada que decir u opinar. Ahora bien, la legitimada, es una presencia que solo puede ser concebida, percibida y experimentada bajo condiciones que le den sentido y razón, en caso de no cumplirse con estas, sería entendida como un desorden, como sinrazón, en otras palabras, como ilegítima (Sayad, 1984, p. 104). En este sentido, cuando una persona migrante, aun bajo el amparo legal, hace uso de los sistemas públicos, es decir, de los sistemas financiados mediante recaudación fiscal, su presencia legitimada es puesta en tela de juicio bajo la sospecha de que esa persona no cumpla con los requisitos que justifica su estancia en el país.

En la misma línea que lo anterior, existe bajo la condición misma del ser migrante, en su esencia de no-nacional, la condición de expulsabilidad. Suceda o no dicha expulsión, es en esa posibilidad que el estado ejerce su soberanía (Sayad, 1984, p. 403). En este sentido, entendemos que la condición de expulsabilidad se materializa cuando se remarca la posibilidad de ser eyectado del sistema público, en este caso del de salud. Cuando se manifiesta la ilegitimidad de la participación de un no-nacional en el Estado, cuando se expresa la impertinencia de su presencia en el sistema de solidaridad, se ejerce de hecho la violencia estatal.

***Los tiempos de espera como barreras: “ayer he llegado muy temprano y no he conseguido turno, y hoy he llegado más temprano y me dicen que no hay”***

El tiempo se encuentra atravesado por condiciones de desigualdades estructurales y constituye un determinante social para el cuidado de la salud. En otras palabras, es un recurso desigualmente distribuido según la condición de clase, raza, género, donde los grupos de mayor vulnerabilidad son quienes tienen menor control de cómo transcurre el tiempo (Ballesteros, Freidin, Wilner, 2013, p. 64). Diferentes estudios han demostrado que una de las principales barreras para el acceso a la salud en Argentina son los tiempos de espera, ya sea entre la solicitud y la obtención de un turno, o en la misma sala de espera (Maceira, 2010; Ballesteros, 2016; Ballesteros 2017; Checa, 2016).

En las entrevistas realizadas, cuando indagamos acerca de las experiencias en la institución médica Dr. Benito Soria, la respuesta era unánime: los tiempos de espera para acceder a una consulta son el principal problema. Como desarrollamos anteriormente, las personas en situación de mayor desigualdad son quienes se ven obligadas a realizar largas horas de espera. Cuando escuchamos los relatos sobre el acceso al Dr. Benito Soria, se evidencia que esta no es la excepción. Pareciera ser, que es necesario realizar un ritual que comienza desde la madrugada:

ER: ¿El Benito Soria es un buen dispensario? ¿Cómo es ir ahí? Paola: Al Benito Soria hay que ir muy temprano, tiene buenos profesionales pero es muy temprano, hay que madrugar como en todo lugar público.(...) Los turnos por ejemplo en el clínicas, tú necesitas que te atiendan ahora no vas a esperar hasta febrero que te atiendan, es algo sin sentido. Pero en el Benito hay que ir a las cuatro de la mañana, a mí me daba miedo ir a esa hora de la madrugada, estar caminando... tenía miedo hasta de mí propia sombra, y tú llegabas a las cuatro de la mañana y a mí lo que me daba bronca era que había tres, cuatro, cinco cuadras de cola, yo me preguntaba si la gente venía a dormir acá, pensás que estás yendo re temprano y no, no encontraba y tampoco daban información; fui, madrugué temprano y llegás y te dicen hoy “martes no hacemos eso”, pero no hay ningún letrado ningún lugar que diga, “porfavor pongan letreros afuera, ayer he llegado muy temprano y no he conseguido turno y hoy he llegado mas temprano y me dices que no hay” (Paola, 2019).

La descripción previamente realizada podría quedar meramente en una denuncia de los errores organizacionales cometidos por la institución. Sin embargo, a partir de los estudios de Auyero (2012) podemos afirmar que las razones que subyacen a esta desorganización son mucho más complejos. Siguiendo sus aportes entendemos que, cuando se trata de accesos a servicios públicos, nos encontramos ante una relación social específica, que se establece entre el Estado y los sectores urbanos pobres. El estado, no es únicamente una abstracción, además es aquello que se hace presente en las instituciones e interacciones con funcionarios, que generan, refuerzan o mitigan las condiciones de desigualdad. El hecho de que la DEM Dr. Benito Soria se nos presente como disfuncional, no es un problema, sino más bien una

característica intrínseca en tanto institución estatal. El Estado, es un agente de producción simbólica y cultural que mediante su funcionalidad o disfuncionalidad establece rutinas y rituales específicos -como los descritos anteriormente- que afectan la vida de las personas y construyen subjetividades.

A través de estas interacciones con el Estado, los habitantes pueden generar diversas estrategias, algunas tendientes a exigir respeto e igualdad, o por el contrario, a adoptar una posición de aceptación y conformidad. Específicamente cuando hablamos de población migrante, no solo están operando las relaciones de poder propias del Estado, sino que además opera el sentimiento de expulsabilidad que indagamos en el apartado anterior. Exigir respeto e igualdad cuando no se es nacido en Argentina, se construye como una contradicción lógica, pareciera ser que, cuando una migrante cruza la frontera es despojado del derecho a protestar y debe aceptar sin rechistar las condiciones de vida que el país le ofrece aun cuando sean paupérrimas, aun cuando la ley plantee mejores. Ante la desigualdad, al migrante se le presenta un aparente callejón sin salida, entre la resignación o el retorno (Sayad, 201, p. 243).

Los tiempos de espera tienen efectos positivos en el sentido de “la creación cotidiana de sujetos que saben que cuando interactúan con las burocracias estatales tienen que *cumplir pacientemente* con los requisitos arbitrarios, ambiguos y siempre cambiantes que impone el Estado y que actúan en consecuencia” (Auyero, 2012, p. 24). La experiencia de la espera no es meramente represiva, más bien constituye un acto de reconocimiento del orden político establecido, modela un conjunto de comportamientos sumisos en los habitantes pobres urbanos, en tanto la espera es parte del orden de las cosas, es lo normal, lo anticipado e inevitable, producto de verse cotidianamente expuestos a ella. Esperar, no es un valor positivo, no es un rasgo de su personalidad, no forma parte de “la cultura de la pobreza”, por el contrario, es producto de una estrategia de dominación exitosa.

Asimismo, el tiempo de espera se encuentra atravesados por la incertidumbre (Auyero, 2012, p.37). Este sentimiento es constitutivo de la cotidianidad a las personas de sectores populares en general, incertidumbre sobre la posibilidad de alimentarse, sobre la conservación del trabajo, sobre la posibilidad de asistir a la escuela, y la lista continúa. Cuando pensamos en la población migrante se añade la incertidumbre a la permanencia en el país, al acceso a los servicios públicos, la obtención de la documentación que acredite su legalidad. Cuando hablamos de la espera para acceder a un turno, encontramos la incertidumbre radica en que no importa haber acudido a las tres de la madrugada, no se sabe si el profesional atenderá ese día, no se sabe si se obtendrá un turno.

### ***La relaciona médico-paciente como barrera: “la argentina te pregunta trescientas cosas, pero el peruano pregunta trescientas veces lo mismo”***

La realidad social se produce de manera relacional, es decir, que solo adquiere sentido en y a través de las vinculaciones entre agentes, posiciones e instituciones, que le otorgan sentido a las prácticas de las personas. Por lo tanto, toda lectura sustancialista, que considere las prácticas en sí y para sí, como si conforman un círculo que se cierra sobre sí mismo, cercena la posibilidad de captar las lógicas con las que se forman y transforman los sentidos de las personas (Bourdieu, 1997). Así, para comprender las prácticas en torno a la salud de las mujeres migrantes, resulta imprescindible rastrear, las prácticas y sentidos de los efectos de salud que, en tanto agentes sociales, tienen sobre las personas migrantes, y la relación con ellas

La institución de salud con la que trabajamos se ubica en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1992), es decir un modelo de atención cuyos rasgos estructurales son la identificación ideológica con la racionalidad científica, las relaciones asimétricas en el vínculo médico-paciente y la tendencia a la medicalización. Este modelo, se ha co-constituido junto al paradigma del *paternalismo médico* (Stan, 2002), el cual sostienen la importancia de tutelar y vigilar a quien solicita atención. Este modelo, ha sido defendido por un vasto grupo de intelectuales (Bassford, 1982; Alemany, 2005; Lim 2002) que justifican y fundamentan la necesidad de asegurar, más allá de la voluntad del paciente, intervenciones médicas que consideren necesarias. Las jerarquías se acentúan cuando se trata de una persona migrante, en este caso mujer peruana.

La asimetría de la relación médico-paciente se cristaliza en las palabras de la entrevistada: “con el peruano es detenerse en cada pregunta, explicar detenidamente (...)el que viene acá no es el peruano que triunfó. Es sumiso, podés hacer lo que quieras con él, para bien o para mal”. Sin embargo, entendemos que no lo asociaba a una condición biológica, sino más bien como una cuestión referente a las características culturales de este país. Ante la pregunta de si consideraba a la edad como un factor importante en la comunicación con las mujeres peruanas explica que “los nacidos acá entienden más. Son cosas que traen de Perú, las cosas que traen de allá, se notan, no les explican bien”. Particularmente, en la descripción de una consulta con estas mujeres, se explicita la asimetría establecida: “la misma consulta con una argentina dura 10/15 min, y con una peruana 20/25 minutos(...) Tendría que pensar con su cabeza para explicarle, pero si hago eso es un desastre”; “la argentina te pregunta trescientas cosas, pero el peruano pregunta trescientas veces lo mismo” (Médica, 2019). Esto permite dar cuenta de la necesidad de contemplar las particularidades de la intersección de categorías de las mujeres, puesto que en su discurso encontramos

que mujeres de similares estratos económicos son representadas de manera muy distinta.

Finalmente, en referencia a los métodos anticonceptivos, se actualizan los estigmas mencionados anteriormente, añadiendo la relevancia de sus consideraciones ético-morales en la práctica médica. Con respecto al uso del preservativo dice que “no creo que al peruano le dé la cabeza para usar forro (...) el preservativo para ellas no es un método”. Manifiesta también la problemática del uso de la píldora anticonceptiva: “con las pastillas es un lío (...) les tenés que mostrar el almanaque, ir bien lento. Hay veces que se van y no sabes si entendió”. Sobre el uso de métodos de larga duración explica que “ahora el método más buscado es el chip, pero a mí no me gusta porque las hace engordar, pero acá no hay más. No sé por qué les gusta, es algo de boca en boca, porque ellas no piensan en tres años sin tener hijos (Médica, 2019).

Durante las entrevistas con las mujeres migrantes, cuando se preguntaba respecto a las experiencias y opiniones acerca de las consultas médicas, la valoración, en contra a lo esperado, siempre fue positiva. Aun así, cuando se continuaba indagando, aparecían experiencias de violencia médica y violencia obstétrica (Biondini, 2019), pero la valoración respecto a los médicos no se transformaba. Comentaban: “el hospital no es un lugar tranquilo, mucha bulla, enfermeras a cada rato, gritan qué se yo, pero dentro de todo a mí me atendieron muy bien, para registrar al bebé, los DNI muy bien, muy bien atendida” (Mabel, 2020). “Para mí todos los médicos son buenos, algunos dicen que no, pero a mí siempre me trataron bien, me explicaron bien” (Belén, 2019); “Acá hay muy buenos médicos, me sentí bien atendida, fue gente muy cálida que me ayudó mucho, me dio mucha contención, eso no lo hubiera encontrado en Perú” (Mirta, 2019).

Ante estos testimonios, se despertó la incógnita de porqué aun cuando eran víctimas de violencia explícita, esto no se veía reflejado en la opinión que daban sobre los efectores de salud. Por un lado, consideramos que la violencia, las jerarquías y desigualdades, son constitutivas de las relaciones sociales, a tal punto que se encuentran institucionalizadas e invisibilizadas. Aun cuando se presenta ante nuestros ojos, tenemos dificultades para verla, porque al ser naturalizada escapa a la conciencia (Canevari Bledel, 2011). Entendemos que la valoración se establece comparativamente con sus experiencias de acceso en Perú. La gratuidad de las consultas, tratamientos y medicamentos son derechos a los que no han tenido acceso en su país de origen, por esta razón, aun en el marco de relaciones desiguales, la salud en Argentina les ha asegurado, relativamente, la posibilidad de acceder a insumos básicos.

### **Estrategias de atención**

#### ***La hipercorrección social como estrategia: “lo único que haces es agachar la cabeza, te agachas”***

La experiencia de acceso a la salud, se encuentra mediada por los rumores sobre maltratos. Estos, funcionan, en sí mismos, como una suerte de recordatorio de la condición de expulsabilidad de la población migrante. La mera posibilidad de ser expulsada, tiene efectos reales sobre el cuerpo y configura la vinculación entre migrantes y nacionales de una manera específica. Como decíamos en un comienzo, no son las mujeres entrevistadas, en tanto individuos, quienes “tienen” experiencia, más bien, son constituidas por medio de ella. Preguntarnos por la experiencia en el acceso a la salud, implica indagar de qué manera se construye, transforma y tensiona la subjetividad de las mujeres migrantes, en y mediante el ejercicio de la salud (Scott, 2015). Los efectos de estas experiencias, en las prácticas y pensamientos de las mujeres, pueden ser encontrados en los siguientes testimonios:

Rosa: (...) Hay cosas en las cuales tú te tienes que callar la boca, hay algo que te pesa ahí, que tú no eres de acá, piensas que no tienes derecho; nosotras como bolivianas como peruanas como paraguayas nos toca desde otro lado más vulnerable.

ER: ¿Es callar por miedo?

Rosa: Claro, es por miedo, por miedo a que te saquen algo. Si una peruana reclama algo y ¿qué haces en el país entonces?, es lo primero que te dicen ¿me entendés? Y eso, a veces, cuando tú no sabes defenderte, cuando tú no tienes conocimientos, lo único que haces es agachar la cabeza, te agachas. (...)

María: La mujer migrante es muy maltratada, pero es así porque se calla, por eso yo alzo la voz, por las que no hablan.

ER: ¿Y por qué no hablan?

María: Porque tienen miedo, piden permiso, incluso las que hablan de derechos humanos andan siendo explotadas, hay mucha discriminación y eso hay que romperlo.

Los testimonios de las mujeres entrevistadas, dan cuenta de que el silencio, frente al maltrato, es una forma de sortear las sospechas que sobre ellas recaen. Respecto a esto, Sayad afirma: El inmigrado, sobre todo el de baja condición social, está obligado a una especie de hipercorrección social (2010, p. 395). Por su condición de migrante es social y moralmente sospechoso, su cuerpo lo delata y traiciona,

sus rasgos, su forma de andar, su acento, es decir la cultura, su cultura, sale a la superficie y lo condena a sobresalir. Con su simple presencia, despierta la sospecha, de la cual es consciente y de la cual no puede escapar. La visibilidad, lo lleva entonces a la autovigilancia y autocorrección, pues a él le compete prevenir, disuadir y disipar toda sospecha, dando cuenta de su buena fe y buena voluntad. Podríamos decir que estas prácticas son una forma de estrategia frente a las condiciones de desigualdad y asimetría imperante en las instituciones públicas. En este sentido, el silencio, y autovigilancia son una forma de sortear las sospechas que recaen sobre sus cuerpos por el mero hecho de ser migrante (Alvites, 2018)

Al momento de acceder a los servicios de salud, se levantan ante las personas barreras que son en última instancia fronteras simbólicas que generan y acentúan las desigualdades sociales. Ellas son productivas en tanto construyen el mundo y sus subjetividades (Mezzadra, 2012). Cuando se trata de las mujeres entrevistadas, pueden ser de clase o género, pero estas dos categorías se encuentran permeadas por su condición de migrantes. La experiencia del acceso a la salud de las mujeres, está permeada por la experiencia del ser migrante, de ser inherentemente sospechoso e indeseable. Las interacciones establecidas en el marco del sistema de salud contribuyen a reforzar las jerarquías y desigualdades entre nacionales y no-nacionales. En este sentido, las fronteras nacionales emergen cuando los funcionarios públicos aluden a su nacionalidad para deslegitimar el uso de los servicios, cuando en sus cuerpos y mentes se manifiesta el miedo por la ilegalidad o ilegitimidad, cuando sus oídos escuchan los rumores sobre la vuelta de las restricciones legales.

***Entre hospitales, circuitos de atención estratégicos: “como nunca hay con la misma médica, me cansé y me fui al dispensario”.***

El desarrollo de la conformidad y paciencia es, a nuestro criterio, una manera de sortear conflictos, una estrategia de los sectores populares ante la dominación impartida por el Estado (Scribano, 2010). Si bien adscribimos a la idea de que existe la intención de soportar de la mejor manera posible los tiempos de espera, y que esto constituye una estrategia para alivianar las injusticias, entendemos que las mujeres entrevistadas desarrollan estrategias alternativas que les permiten disminuir los tiempos de espera, y dar respuesta a las necesidades de ellas mismas y de aquellos a quienes cuidan.

Durante las entrevistas, notamos que ninguna de las mujeres asistía a un único centro de salud, por el contrario, mencionaban hacer uso de manera errática de ellos. Por esta razón, más allá de los intentos por encontrar usuarias exclusivas de la DEM, no pudimos lograrlo. Lo que en un primer momento se planteó como inconveniente para el trabajo de campo, dilucidamos posteriormente que se trataba de prácticas referidas acceso a la salud. En este sentido, consideramos que el uso de diversos centros de atención constituye una estrategia ante los tiempos de espera de las instituciones, y la escasez de tiempo derivado de las condiciones laborales. Los siguientes testimonios dan cuenta de ello:

ER: ¿Por qué te atendes en él misericordia (hospital) y en el dispensario? Agustina: En el Misericordia porque cuando me quise hacer el PAP, pasa que para hacer ese turno hay que hacer largas colas a las seis de la mañana, a las cinco, y quedarte esperando un turno, porque no hay siempre con la misma médica, o no hay para esos días. Yo me hice el PAP en el Misericordia, solo me queda retirar los resultados, pero como nunca hay con la misma médica, me cansé y me fui al dispensario, ahí me entregaron en veinte días los resultados. Tiene sus pros y sus contras de cada especialidad

ER: Entonces ¿qué te fijás?

Agustina: Me fijo qué especialidad tarda más, siempre me trato en el Misericordia análisis de sangre, el clínico también ahí. Pero por ejemplo los oídos me hago privado, todo lo que es odontología en la Romagosa (clínica privada), y por ese motivo me hice en el dispensario el PAP. El problema es que es una zona oscura, entonces me da miedo andar por ahí. (Agustina, 2020)

El uso estratégico de las instituciones de salud, consiste en que, según la urgencia, las condiciones laborales y la capacidad económica del momento, se combine el uso del sector público de distintos niveles (a veces municipal, provincial o nacional) y el sector privado. En relación al primero, entendemos que las mujeres al atravesar distintos centros de salud, con distintas complejidades, van reconociendo aquellos cuyos tiempos de espera son más acotados y más apropiados para la atención de una u otra enfermedad. Con respecto a la utilización del sector privado, se fundamenta tanto para acortar tiempos de espera, como para obtener algún tipo de servicio específico no disponible en la salud pública o a los centros de salud a los cual asisten.

Podríamos decir que el problema presentado anteriormente afecta a las usuarias de servicios públicos de salud en general. Sin embargo, la condición migratoria predispone a las mujeres entrevistadas a que se ubiquen estructuralmente en los sectores que más complicaciones encuentran para acceder de manera rápida a los sistemas de salud. El trabajo de empleada de casas particulares, principal fuente laboral de las mujeres entrevistadas, se caracteriza por ser irregular y mal pago, razón por la cual son

más propensas a ubicarse en los quintiles más bajos de ingresos. Esto, se suma a las relaciones de poder que se establecen entre empleador y empleado, donde pareciera existir una constante en la vulneración de derecho (Magliano, 2009). Por esta razón, el acceso a una obra social es eventual y fluctuante, la posibilidad de pedir el día para acudir a un centro de salud, y las cargas laborales, hacen necesario que, para poder asegurar el acceso a la salud, deban desarrollar conocimientos específicos respecto a la calidad de atención en diversos centros de salud.

## CONCLUSIONES

La pregunta por el acceso a la salud pareciera ser, a simple vista, susceptible de ser respondida afirmativa o negativamente: las personas migrantes sí/no acceden. Sin embargo, a lo largo de este trabajo, hemos intentado dar cuenta de las complejidades que suponen las experiencias en el acceso a los sistemas sanitarios.

La población migrante encuentra barreras para la atención que se anclan en la intersección de desigualdades de género, clase, raza y nacionalidad. En base a las entrevistas pudimos identificar que las barreras legales se han ido atenuando a en las últimas décadas, pero aún así se encuentran, a nivel nacional, vestigios de las políticas migratorias restrictivas. Aun así, las mujeres entrevistadas relatan haber podido acceder a consultas con su pasaporte. Los vestigios de las políticas restrictivas pueden encontrarse en una segunda barrera, el sentimiento de expulsabilidad. Las personas migrantes, por ser no-nacionales, se encuentran continuamente ante la posibilidad de ser expulsadas del país. Este hecho se traslada a las instituciones de salud pública, y es percibido por las mujeres a través de rumores acerca de la imposibilidad de acceder al sistema de salud. Aun así, la barrera que mayores inconvenientes le genera a las mujeres, son los tiempos de espera para el acceso a una consulta. Entendemos que esta es una forma del Estado para generar, en los sectores populares, reconocimiento del orden establecido. Finalmente, encontramos que la relación médico - paciente, implica un impedimento para el acceso a una atención de calidad, en tanto quien debe asegurar su bienestar, tiene fuertes estigmas con respecto a la población migrante.

Las mujeres, han generado frente a las barreras desarrolladas, estrategias para asegurarse el acceso a la salud. La primera de ellas, es la hipercorrección social, la cual constituye una forma de vigilancia y control sobre el propio cuerpo, como manera de sortear las sospechas que recaen sobre ellas, producto de su condición nacional. La segunda, son los circuitos de atención por diversos centros de salud, que consisten en hacer un uso diferenciado del servicio de salud público y privado. En base a experiencias anteriores las mujeres pueden reconocer cuales son los centros de salud con mayor o menor tiempo de espera, en función de cada especialidad o la urgencia de la atención.

El acceso a la salud por parte de la población migrante se encuentra revestida de tal complejidad que requiere de investigaciones sistemáticas y reflexiones continuas. En este sentido, hemos confluído los esfuerzos en pos de indagar los tejidos subterráneos de relaciones de poder y desigualdad que configuran la vida de las mujeres e impiden el acceso a una salud de calidad. En este sentido, buscamos contribuir a las reflexiones acerca del estudio sobre migración, género y salud. Lejos de ser un trabajo concluido, es el punto de partida para nuevas reflexiones.

### Conflict of interest

No potential conflict of interest is reported by the author(s).

### Funding

There is no financial assistance in studies from external parties.

### Acknowledgements

N/A

## REFERENCIAS

- Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., y Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8 (1), 65-94. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-89062015000100003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062015000100003)
- Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53(2), 243-254. <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5045/10025>
- Aleman, G. (2005) *El concepto y la justificación del paternalismo*. (Tesis Doctoral). Edición digital de Alicante, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

- Alvites Baiadera, A. (2018). Políticas migratorias y acuerdos bilaterales entre Argentina y Perú. *Enfoques* (16), 99 - 120. <http://www.revistaenfoques.cl/index.php/revista-uno/article/view/482>
- Auyero, J. (2012). *Pacientes del Estado. La política de la espera en Argentina*. Durham: Duke University Press.
- Ballestero, M. (2017) El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad *Millcayac*, 4(6), 147-174 <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886>
- Ballesteros, M. (2016) Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Gerencia y políticas de salud*, 15(30), 234-250. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.dste>
- Ballesteros, M., Ferdin, B., & Wilner, A. (2017) Esperar para ser atendido. En, M. M. Pecheny; M. Palumbo. (Editores), *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Editorial Teseo.
- Bassford, H. (1982) The justification of medical paternalism. *Social Science & Medicine*, 16(6), 731-739. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90464-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90464-6)
- Basualdo, L. (2017) Inclusión diferencial de extranjeros/migrantes a trasplantes de órganos: dilemas éticos frente a "prácticas no éticas". *Remhu*, 25(50), 65-80. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005005>
- Bernal, N., Carpio, M., & Klein, T. (2017) The effects of access to health insurance: Evidence from a regression discontinuity design in Peru. *Journal of Public Economics*, (154), 122-136. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2017.08.008>
- Biondini, V. (2019). Migración, salud y género: un abordaje empírico con perspectiva interseccional en la Ciudad de Córdoba. En, Lilia Vázquez Lorda, *Actas de las XIV Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IX Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*. Mar del Plata, Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Canevari, B. (2011) *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Argentina: FHCSyS, UNSE Barco Edita. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20171101044809/pdf\\_28.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20171101044809/pdf_28.pdf)
- Checa, S., Erbaro, C., Schvartzman, E., y Tapia S. (2011). Calidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para adolescentes desde la perspectiva de género y derechos en servicios de salud adolescente de efectores públicos de CABA. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <http://cdsa.academica.org/000-061/773.pdf>
- Crenshaw, K. (1995). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-129.
- Dalle, P., Boniolo, P., Sautu, R., & Elbert, R. (2006). Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Buenos Aires: CLACSO.
- Domenech, E. (comp.) (2009). Migración y política: el Estado interrogado. Procesos actuales en Argentina y Sudamérica. Córdoba: UNC.
- Falcón Aybar, M. C., y Bologna, E. (2013). Migrantes antiguos y recientes: Una perspectiva comparada de la migración peruana a Córdoba, Argentina. *Migraciones Internacionales*, 7(1), 235-266. <http://dx.doi.org/10.17428/rmi.v6i24.715>
- Guber, R. (2001). La etnografía, método, campo y reflexividad/Rosana Guber. Bogotá: Grupo Editorial, Norma Bogotá: Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación. *Review*, 19(3), 431-466. <https://doi.org/10.2307/2938462>
- Guber, R. (2013). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós
- Jelin, E., Grimson A., y Zamberlin, M. (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).
- Lim, L. S. (2002). Medical paternalism serves the patient best. *Singapore Med*, 43(3), 143-147. <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/4303/4303sf1.pdf>
- Maceira D., Olaviaga S., Kremer P., & Cejas C. (2010). Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina. *Medicina y Sociedad*. 30(4), 1-14. <https://www.cippec.org/publicacion/centros-de-atencion-primaria-de-salud-radiografia-de-su-distribucion-en-la-argentina/>
- Magliano, J. (2015) Migración, género y desigualdad. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 17(2), 349-367. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000200004>
- Magliano, M. J. (2009) Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 17(2), 344-367. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000200004>

- Mallimaci Barral, A. I. (2017). Migraciones y género. Las formas de visibilidad femenina. En, M. Magliano, M. J. Mallimaci Barral, A. I. (Ed). *Las mujeres latinoamericanas y sus migraciones*. Eduvim
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En, R. Campos Navarro. (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Mezzadra, S. (2012). Capitalismo, migraciones y luchas sociales La mirada de la autonomía. *Nueva Sociedad* (237). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3984115>
- Mezzadra, S., y Nielsen, B. (2017). *La frontera como método*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Santi, M. F. (2013) Ética de la investigación en ciencias sociales un análisis de la vulnerabilidad y otros problemas éticos presentes en la investigación social. (Tesis doctoral). <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/1638>
- Saskia. S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Editorial Katz.
- Sayad, A. (1998). A Imigração ou os Paradoxos da Alteridade. São Paulo: Universidade de São Paulo. Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Sayad, A. (2008). Estado, nación e inmigración. El orden nacional ante el desafío de la inmigración. *Apuntes De Investigación*, (13), 101-116. <http://apuntescecyp.com.ar/index.php/apuntes/article/view/122>
- Sayad, A. (2010). *La Doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. España: Anthropos.
- Scott, J. W. (2001 [1992]). Experiencia. *La ventana*, (13), 42-74. <https://doi.org/10.32870/lv.v2i13.551>
- Scribano, A. (2010). iiiPrimero hay que saber sufrir!!! Hacia una sociología de la “espera” como mecanismo de soportabilidad social. En, A. Scribano, & P. Lisdero (Comp.), *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones* (pp. 169-192). Córdoba: Estudios Sociológicos Editora
- Stan, N. (2002). Deconstructing paternalism-what serves the patient best? *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 43(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12005342/>
- Viveros Vígoya, M. (2016). La interseccionalidad, una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, (52), 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

---

**Author:**

**Valentina Biondini.** Egresada de Sociología, Instituto Académico Pedagógico de Ciencias sociales, Universidad Nacional de Villa María, Argentina.