



Aportes para pensar la interculturalidad en el campo de estudio de la salud del migrante. El caso de mujeres migrantes andinas en Argentina

Contributions to discuss the concept of interculturality in the field study of migrant health. ¿e case study of Andenean Migrant Women in Argentina

Brígida Baeza

brigida-baeza@hotmail.com

CONICET. Universidad Nacional de la Patagonia,
Argentina

Lila Aizenberg

brigida-baeza@hotmail.com CONICET. Universidad
Nacional de Córdoba, Argentina

Cita sugerida: Baez, B. y Aizenberg, L. (2021). Aportes para pensar la interculturalidad en el campo de estudio de la salud del migrante. El caso de mujeres migrantes andinas en Argentina. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51, e031.
<https://doi.org/10.24215/23142553e031>

Resumen: Nos interesa compartir una serie de aportes vinculados al campo de la salud intercultural en relación a los grupos migrantes limítrofes en Argentina. Recuperamos parte de la discusión en torno a las categorías de interculturalidad, pluralismo médico, itinerarios terapéuticos entre otros conceptos junto al de interseccionalidad y memoria para aportar a la discusión sobre interculturalidad y salud migratoria. Buscamos poner en cuestión estas categorías a la luz de la salud de las mujeres migrantes andinas en Argentina, área de estudio desde donde hace algunos años venimos reflexionando dentro del campo de la salud, la interculturalidad y el género.

Palabras clave: Interculturalidad, Migraciones, Salud, Mujeres Andinas.

Abstract: In this paper we are interested sharing contributions related to the field of intercultural health in relation to border migrant groups living in Argentina. We bring discussions around interculturality, medical pluralism, therapeutic itineraries together with intersectionality and memory in order to contribute to the analysis on interculturality and migrant health. In particular, we seek to discuss these categories in light of the case of Andean migrant women in Argentina, field of study where we have been reflecting in the field of health, interculturality and gender.

Keywords: Interculturality, Migration, Health, Andean Women.

1. El campo de la salud intercultural en contextos migratorios

A lo largo de los últimos años hemos abordado problemáticas asociadas a las barreras sanitarias y a los contextos restrictivos que caracterizan la atención sanitaria de mujeres migrantes andinas provenientes sobre todo de sectores rurales de Bolivia (Aizenberg y Baeza 2017; Baeza y Aizenberg 2018; Baeza, Aizenberg & Barria Oyarzo, 2019). Nuestras investigaciones han sido



desarrolladas en una ciudad del norte córdobes (Córdoba), y en las ciudades de Córdoba (Córdoba) y de la Cuenca del Golfo San Jorge en Patagonia Central: Caleta Olivia (Santa Cruz) y Comodoro Rivadavia (Chubut) en Argentina. Si bien los contextos son diferentes por las diferenciaciones propias vinculadas a los lugares de origen al interior de Bolivia, a la inserción en los mercados de trabajo particulares de cada zona y a las características diversas de los sistemas sanitarios provinciales, son numerosas las similitudes en cuanto a las problemáticas que surgen en relación a la atención en el sistema de salud y al modo en que se reproducen estereotipos al momento en que las mujeres migrantes concurren a una consulta médica pero por sobre todo a los recorridos que logramos reconstruir de sus itinerarios terapéuticos (Baeza y Aizenberg, 2020). En estos análisis fuimos confirmando la fuerte presencia del pluralismo asistencial donde conviven prácticas del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2006) con aquellas provenientes del mundo andino y de los lugares de inserción donde se entremezclan prácticas de curación nativas. Siguiendo en ésta línea de análisis, en este trabajo nos proponemos aportar al campo de los estudios sobre migración andina y la salud desde una perspectiva intercultural. Desde aquí buscamos poner en cuestión algunas preguntas relativas a los alcances y limitaciones del campo así como a los intercambios y diálogos que pensamos se deberían priorizar para generar un tipo de práctica sanitaria que reconozca la existencia y aportes de otras medicinas que conviven actualmente con las occidentales.

Este artículo se inscribe en discusiones y aportes interdisciplinarios, tanto del campo de la sociología y la antropología de la salud (Fassin, 1999) así como de los estudios migratorios abocados al campo de la salud y los estudios de género (Da Costa Marques, Linardelli & Maure, 2016) desde una perspectiva que repara especialmente en el modo en que las mujeres andinas resuelven sus problemas de salud en contextos migratorios. Consideramos también la perspectiva feminista desde donde se recuperan los aportes provenientes de la teoría de la interseccionalidad, tomando en cuenta la advertencia acerca de la importancia de considerar el modo en que se imbrican las distintas variables que refuerzan las desigualdades de las mujeres, a partir de la clase, raza, sexualidad, género, nacionalidad, además de lo etario, entre otros posibles componentes (Lugones, 2008, Viveros Vigoya, 2016) pero también desde la necesidad de generar respuestas acerca de cómo se presenta la interseccionalidad en situaciones y contextos específicos (Vivero Vigoya, 2016). También nos interesa mostrar el potencial que puede tener el concepto de memoria en relación al modo de representar el cuerpo en el caso de las mujeres andinas, así como la elección de formas de cuidarlo y sanarlo. Tal como Careño Calderón (2015) sostiene para el caso de los aymara del norte de Chile, importa no tanto el carácter ritual de la memoria, sino pensar el cuerpo como soporte de memoria.

En un primer apartado abordaremos el concepto de interculturalidad en relación al campo de salud, y en un segundo momento una serie de problemáticas que atraviesan las mujeres migrantes en sus denominados itinerarios terapéuticos, entendiendo por tales aquellos procesos que "...se adentran en los usos sociales de la enfermedad y en las interrelaciones entre lo biológico, lo social y lo cultural superando las limitaciones de los enfoques micro-sociológicos y macro-sociológicos. Desde ese punto de vista, tratan de tomar en cuenta las experiencias personales como parte fundamental en la comprensión del

pluralismo médico” (Perdiguero, 2006, p. 41). Dentro del pluralismo médico se consideran los distintos modos de entender la salud y la enfermedad, así como los diversos diagnósticos y tratamientos (Perdiguero, 2006) que, de acuerdo a componentes y contextos políticos y socioeconómicos, varían entre los distintos grupos sociales. Por último, introducimos una serie de conclusiones que permitan proyectar los alcances de la perspectiva intercultural para recuperar aquellas prácticas que actualmente forman parte de las soluciones, respuestas y experiencias que actualmente conviven con las provenientes del sistema de salud y que provienen del mundo andino así como de concepciones nativas acerca de los cuidados del cuerpo y de otros modos de superar los malestares.

2. El campo de la salud desde una perspectiva intercultural

Hace más de veinte años que la interculturalidad viene siendo priorizada en la gestión de las políticas públicas. (Menéndez, 2006; Ramírez Hita, 2014; Walsh, 2009; Aizenberg y Baeza, 2017). La incorporación de la interculturalidad ha buscado resignificar los marcos interpretativos y el diseño de las políticas públicas dirigidas a la población indígena y migrante (Jelin, Grimson & Zamberlin, 2006; Novaro, 2011; Walsh, 2010). En el campo de la salud, la perspectiva intercultural se fundamenta como la posibilidad de ampliar el alcance de los programas sanitarios y el acceso de los servicios sanitarios a los sectores que han sido sistemáticamente postergados (Lorenzetti, 2008; Fernández Juárez, 2011). Así, el enfoque intercultural viene siendo concebido como una herramienta tendiente a revisar y superar prácticas de exclusión con el afán de generar relaciones igualitarias entre grupos culturales diversos, asumiéndose -más o menos críticamente- de manera programática (Walsh, 2009; Lorenzetti, 2017).

El creciente interés por la interculturalidad ha respondido a una demanda global proveniente de los organismos internacionales y a una necesidad local de los países de dar respuesta al “choque cultural” entre poblaciones migrantes e indígenas y las instituciones sanitarias (Aizenberg, 2014). Si bien el sistema de salud ha venido enfrentándose hacia varios siglos con el “problema” de la “cultura”, fue recién durante la década del 90, que la cultura y la interculturalidad comenzaron a arribar al discurso biomédico del cual habían sido separados desde fines del siglo XIX a partir del nacimiento de la llamada “medicina moderna” (Mariano, 2008). El arribo y desarrollo de la agenda intercultural durante la década del 90 se explicó principalmente por el saldo negativo y las inequidades sanitarias entre poblaciones indígenas y no indígenas, producto de las reformas del sector salud implementadas durante la década del 1980. En esos años, distintas organizaciones de desarrollo internacional implementaron la “Estrategia de Desarrollo con Identidad” e incluyeron la protección de los derechos de los pueblos indígenas como eje central de sus lineamientos programáticos (Hall y Patrinos, 2006). En América Latina, como una de las regiones con mayor población indígena del mundo, la Estrategia de Desarrollo con Identidad logró plasmarse rápidamente a nivel local. Esto derivó en la creación de áreas y programas específicos, así como la adecuación de lineamientos sanitarios generales para determinados grupos poblacionales. (Banco Mundial, 2004, p. 77).

La interculturalidad como campo de indagación teórica emerge de distintas áreas de interlocución que buscan visibilizar las históricas demandas de las poblaciones indígenas y migrantes, reducir brechas entre modelos de salud y también poner en cuestión la manera en que las relaciones de poder y la desigualdad atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención. (Torri, 2012; Ramirez Hita, 2009; Hirsch y Lorenzetti, 2016; Menéndez, 2016; Walsh, 2009). La perspectiva intercultural constituye asimismo una oportunidad para revisar la forma en que se incluye y se gestiona la diversidad étnico-cultural así como se abordan los paradigmas hegemónicos y las relaciones de asimetría entre grupos culturales (Walsh, 2010).

Por un lado, el arribo de la interculturalidad como campo de estudio dio lugar al desarrollo de trabajos que buscaron generar evidencia sobre el impacto que implica la adecuación cultural de los servicios sobre los resultados en salud de las poblaciones migrantes e indígenas. Mientras que algunos estudios han demostrado allí que la llamada “aculturación” o “asimilación” al modelo de salud deseado por los países receptores ha llevado a empeorar los resultados en salud (Escarce, Morales & Rumbaut, 2006; Albó, 2004), otros han señalado que la cultura traída desde el país de origen ayuda a los grupos migrantes a cuidar su salud, incluso a tener mejores indicadores en salud que poblaciones nativas (Waldstein, 2006). Por otro lado, pensar la interculturalidad también ha invitado a reflexionar sobre la manera en que la cultura ha venido atravesando las explicaciones sobre la situación de salud en poblaciones indígenas y/o migrantes (Viruell-Fuentes, Miranda y Abdulrahim, 2012). Allí la literatura dejó claro que las distancias culturales o la llamada “barrera cultural” -entendida como las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y la enfermedad entre proveedores y usuarios- ha venido siendo señalada como una de las principales causas de la mala calidad de salud de las poblaciones migrantes, las relaciones de desconfianza entre profesionales y usuarios/as, la falta de acceso a los sistemas de salud modernos de los migrantes, la baja *performance* en el cuidado de la salud y la dificultad en el ejercicio de los derechos a la salud en general (Aizenberg y Baeza, 2017; Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015; Baeza, 2013; Cerrutti, 2011; Goldberg, 2014; Jelin, Grimson & Zamberlin, 2006). Otros aportes advierten acerca de la necesidad de reparar en los efectos de los procesos de criminilización y estigmatización de las prácticas de curar, tal como sucede en el mundo mapuche. Y en poder reconocer que en el mundo indígena es fundamental la importancia del carácter situacional y experiencial en relación a los conocimientos médicos, tal como sucede con las plantas medicinales, donde no es lo taxonómico lo que importa, sino “...el trabajo de reconectar experiencias personales con los recuerdos familiares, para restaurar un conocimiento basado en consejos y pautas de comportamiento y, así, saber qué decisión tomar y qué acciones realizar en distintos contextos relacionales (Santisteban y Sabatella, 2020, p. 265).

En el caso de los estudios sobre el contexto sanitario migratorio también permitió poner en evidencia el “reduccionismo cultural” que atraviesa las percepciones de los equipos sanitarios en torno a la imagen de las poblaciones migrantes -en particular, la mujer migrante-, reduccionismo que ha tendido a subsumir el “problema” de la salud migrante a una sola causa o forma de clasificación social y a habilitar prácticas disciplinadoras orientadas a encauzar

o “aculturizar” a la migrante en función de las expectativas de los sistemas sanitarios nacionales (Baeza, Aizenberg & Barria Oyarzo, 2019). En este sentido, la sustancialización de la cultura parece devolverla al espacio discursivo de lo racial, lo cual justamente debía combatir este término desde sus orígenes. Es así que pensar lo cultural, como adjetivo, ha permitido el énfasis en la organización de las diferencias, evidenciando categorías a través de las cuales se da la producción del ordenamiento social (Appadurai, 2001)

Asimismo, este campo de indagación también puso en cuestión la manera en que heterogeneidades culturales y étnicas y las relaciones de poder y desigualdades vienen siendo realmente parte integrante de las iniciativas interculturales (Menéndez, 2006; Ramirez Hita, 2006). Esta línea también invitó a reflexionar sobre las formas en que se vienen expresando las resistencias y/o negociaciones en los llamados “diálogos interculturales” así como las relaciones de subordinación que se producen (Walsh, 2009). Desde allí también se ha señalado la existencia de enfoques reducidos que han tendido a mirar a los grupos poblacionales como unidades estancas a partir de sus características fenotípicas y origen nacional (Baeza, 2013), invisibilizando el componente étnico (Caggiano, 2008), los complejos vínculos que se establecen entre las distintas nociones de salud-enfermedad-atención-cuidados así como los procesos de significación social asociados a la definición de lo “cultural en contraposición a otros “no culturales” (Mariano, 2008; Comelles, 2009). Desde el modelo biomédico, por ejemplo, esto ha sido condensado en la manera en que se ha contemplado a la enfermedad como algo objetivo, preexistente y externo a la cultura, nunca como una compleja construcción a partir de la experiencia o encuentro con el contexto vivido, donde la cultura y lo cultural están puestos en la esfera de los otros, así como con las deficiencias de la atención que surgen de tales demandas (Mariano, 2008). En ese sentido, lo “cultural” no resultaría algo problemático que desembarca en la biomedicina a partir del contexto del “choque cultural”, sino un elemento que atraviesa también la identidad y la práctica biomédica y que se pone de manifiesto con mayor fuerza en los encuentros con la población migrantes, configurándose como una variable explicativa más de los des/encuentros en la atención sanitaria intercultural (Mariano, 2008).

3. Oportunidades y desafíos de la interculturalidad para el caso de mujeres migrantes andinas.

A lo largo del trabajo de campo que venimos desarrollando desde hace más de diez años, evidenciamos que la articulación entre los estudios interculturales y el género es fundamental para ver la manera en que la noción de cultura ha contribuido a perpetuar imaginarios y representaciones culturalizadas y estereotipadas en torno a las mujeres migrantes que han influido negativamente en su atención (Baeza, Aizenberg & Barria Oyarzo, 2019). Estas imágenes no sólo no han permitido dar cuenta de las realidades complejas y cambiantes que viven los migrantes en torno al cuidado de su cuerpo (Gregorio Gil, 2010), sino que ha limitado la posibilidad de analizar las distintas barreras que ellas afrontan para ejercer el derecho a la salud. Más aún, la aproximación de la interseccionalidad a los estudios interculturales ha puesto en cuestión los diversos ejes de desigualdades que atraviesan la salud de las mujeres migrantes en contextos

sanitarios restrictivos así como la capacidad de las mujeres para recrear los saberes transmitidos y utilizar las redes comunitarias como fuentes de transmisión étnica, cultural y de apoyo mutuo para el cuidado de su salud (Aizenberg y Baeza, 2017).

En este sentido, fuimos observando que, si bien el acceso al sistema de salud varía de acuerdo a componentes vinculados a los sistemas provinciales y municipales, una vez que ingresamos a observar qué es lo que sucede en el transcurso y luego de la consulta médica, vemos que los itinerarios en todos los casos están caracterizados por la sinuosidad y las dificultades que se presentan ante distintas dolencias y situaciones de enfermedad. También existen variaciones en relación al contexto socioeconómico, tal hemos observado sucede en la ciudad de Comodoro Rivadavia. En este caso observamos que las mujeres que cuentan con ciertos recursos económicos, acuden -en muchos casos- al sistema privado de salud, sin embargo, los problemas de atención son similares a los del sistema público. Aquí por ejemplo las largas esperas se constituyen en el principal escollo para estas mujeres, transformándose en una situación de agobio, al punto que aparece en muchos relatos como la causa del alejamiento del sistema de salud y la búsqueda de otros modos de sanación.

Tal como fuimos observando en las historias con mujeres migrantes andinas en relación a sus experiencias de itinerarios médicos, es en las múltiples dificultades y obstáculos que se encuentra la posibilidad de recurrir al autocuidado y a la pesquisa de soluciones a través de prácticas que traen desde sus lugares de origen, así como a redes con paisanos y paisanas en sus lugares de residencia u origen. También fuimos viendo la transmisión generacional de saberes, el acceso a los yatiris (médicos andinos) y la consulta a curanderas¹ nativas ligadas al mundo rural mapuche-patagónico.

Podemos referenciar el caso de Emilia que reside en Comodoro Rivadavia, quien adquirió sus conocimientos por transmisión de su padre mapuche de Buta Ranquil (Neuquén, Argentina). Dentro de sus prácticas se encuentra “tirar” las cartas, curar el empacho, la ojeada, la culebrilla, el susto y, sobre todo, sus conocimientos acerca del poder curativo de plantas medicinales. Las mujeres migrantes cochabambinas están entre los principales grupos que asisten a consultarla sobre múltiples dolencias, las cuales para ella tienen su origen en los procesos de cambios a nivel de la vida cotidiana que desarrollan en Comodoro Rivadavia. Dentro de sus explicaciones acerca de los malestares que viven las mujeres provenientes de Bolivia, considera particularmente el hecho de que el progreso económico genera diferencias entre las familias, que aquí los hombres se vuelven soberbios y encaran un tipo de vida machista, donde las mujeres deben enfrentar situaciones de engaño amoroso por parte de sus esposos, otro tipo de gastos que ellas consideran bienes superfluos, o situaciones de violencia de todo tipo tanto física como psicológica.

Sin duda, estas y otras historias que colocan a Emilia como referente de las mujeres cochabambinas, genera que sus curaciones se difundan entre los grupos de paisanos y sea reconocida como un yatiri (médico andino).

Conocer a Emilia nos permitió ingresar al mundo de la convivencia de los distintos modelos médicos, sus cruces, intersecciones, solapamientos, disputas, tensiones, pero por sobre todo reconocer que los modelos del pluralismo médico conviven en paralelo con otros saberes médicos. En particular, quedó en evidencia que en las experiencias de las mujeres cochabambinas, resulta particularmente

efectivo aquel modelo que no forma parte del sistema hegemónico, por un lado porque logran compartir con Emilia experiencias de vida pero fundamentalmente, su escucha atenta y la “guía” que ellas esperan en una consulta médica. Ante el temor a recibir desaprobación por parte de los profesionales de la salud, las prácticas de sanación que se generan alrededor de la atención con Emilia, son silenciadas y ocultadas. En este sentido, consideramos válido recuperar el interrogante de Knipper cuando se pregunta acerca de:

...si la meta es brindar atención digna y de calidad para todos los pacientes, es necesario dinamizar tanto las mentes como las estructuras. Pero mientras en el campo de la medicina la categoría “cultura” no deje de ser percibido como algo exótico, apto para excluirlo, por ejemplo, en “sistemas” e instituciones paralelas a la “medicina académica”, queda mucho por hacer (Knipper, 2006, p. 427).

En los relatos de las experiencias de las mujeres entrevistadas predomina la confusión que generan los tratamientos médicos que se recetan sin mediación de intérpretes de la lengua quechua o aymara y sin confirmación de que la transmisión y explicación sea exitosa. Entonces, luego de las consultas se regresa al hogar sin saber que sucedió, cómo se denomina la enfermedad o qué tipo de acciones se pueden ir desarrollando para recuperar el cuerpo enfermo. En múltiples itinerarios médicos de las mujeres migrantes andinas, fuimos observando la combinación de tratamientos de los distintos modelos médicos es la forma en que estas mujeres deciden sobrellevar sus padecimientos o los de sus hijos e hijas. Ante la drástica decisión de no acudir más al sistema de salud, -de acuerdo a las circunstancias y eventos de enfermedad- las mujeres deciden enfatizar más uno u otro modelo. Tal como manifestó Rosalía, una cochabambina joven pero que lleva veinte años residiendo en Argentina que señaló que no va al médico, que realmente la cansaron, que le tocó estar horas y horas en el hospital o en una clínica privada para que no le digan nada, le den unas pastillas y la envíen a su casa inmediatamente. Rosalía mostró un amplio conocimiento de la herbolaria nativa que utiliza para sustituir la andina, donde, ante mi asombro manifestó: “pasa que nosotros somos ciegos” (Entrevista realizada en Comodoro Rivadavia, 23 de mayo de 2020). Sin embargo, Rosalía no aprendió sus conocimientos acerca de las plantas medicinales desde un saber académico, sino que cada planta remite a una historia, a una situación particular donde fue su madre quien le transmitió el modo en que esos conocimientos se administran ante determinados malestares.

A lo largo de nuestras investigaciones fuimos encontrando numerosas historias como la de Rosalía que manifiestan la negación ante la posibilidad de recurrir al sistema de salud. Es aquí donde la aproximación de la interseccionalidad cobra particular sentido en tanto permite cuestionar la supuesta homogeneidad de grupos poblacionales -en este caso las mujeres migrantes andinas- a la vez que destacar las estructuras de dominación social y de discriminaciones históricas que atraviesan el campo de salud (Kapilashrami y Hankivsky 2018). En ese sentido, el concepto de interseccionalidad, nos recuerda la mayor visibilidad que poseen las mujeres frente a los hombres migrantes por ser quienes asisten a los servicios solas o con sus hijas e hijos donde están expuestas a las largas esperas y colas para sacar turnos, por ser responsables de comprender o no los tratamientos y sostenerlos en el tiempo, de la alimentación en sus hogares, además del sostén económico único en muchos casos. En algunas de estas situaciones, como las de sostener colas y

esperas durante largas horas, son señaladas por los profesionales de la salud, donde se enfatiza el “aguantar” o ser duras frente al dolor, reforzándose estereotipos que exotizan a las mujeres andinas como fuertes, pacientes y silenciosas. Esto también es posible de observar en las mujeres andinas que residen en los denominados asentamientos informales, deben enfrentar una extrema visualización dentro de determinados programas de salud a partir de la implementación de políticas sanitarias caracterizadas por la focalización y tutela, tal como ha sido estudiado para el caso de Comodoro Rivadavia (Barria Oyarzo, 2020). Ante las situaciones de diferenciación extrema y de discriminación, las mujeres andinas optan por el resguardo de la memoria corporal, para lo cual deben resistir no sólo ante las miradas controladoras institucionales, sino también contra quienes propugnan el blanqueamiento que borraría lo andino en un contexto de vida urbana e industrial, tal como sucede mayormente con los hombres de la comunidad.

En este tipo de situaciones las mujeres andinas buscan la recuperación de sus conocimientos, optando por el agenciamiento en un contexto de desigualdades. Allí, resignifican y transmiten generacionalmente no sólo la ritualidad presente en curaciones y ceremonias que condensan una serie de significados que son relevantes al momento de analizar el modo en que se recuerda en lugares alejados al mundo andino, sino una concepción del cuerpo y de la salud que les permite resistir frente a determinadas prescripciones médicas y agenciarse recuperando conocimientos y formas de entender y vincularse al propio cuerpo. Es en el contexto de situaciones límites en que se decide transmitir generacionalmente aquellos conocimientos que permiten sobrellevar tanto en sus vidas como en las de sus familias, padecimientos y enfermedades que no logran ser comprendidas dentro del sistema médico.

A lo largo del trabajo de campo fuimos encontrando relatos que confirman no sólo la existencia de barreras sanitarias entre quienes pertenecen al campo de profesionales médicos y quienes acuden al sistema de salud, sino también el padecimiento de ciertas violencias estructurales (Bellamy 2019). Nos referimos a las largas esperas en los centros de salud y el tener que regresar una y otra vez para ser atendidas, violencias asociadas a las restricciones propias del sistema de salud que generan que las mujeres andinas desistan de seguir asistiendo a las consultas médicas. Además de las respuestas folklorizadas donde se asocia a un tipo de alimentación como parte de “su cultura boliviana” entre las que se encuentran, las respuestas médicas que exotizan el origen de determinados padecimientos como los problemas de vesícula por consumir “comida boliviana”.

En este sentido, las historias que nos fueron compartiendo las mujeres andinas se enmarcan en los procesos de desigualdad social que se despliegan en un conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que se corporifican, es decir, se inscriben en las memorias corporales, expresándose en una diversidad de experiencias y prácticas donde se reflejan procesos de desgaste-deterioro, padecimientos y formas específicos de sufrimiento social, así como en modos de interpretar, actuar y responder frente a ellos (Grimberg, 2008, Goldberg, 2014). Es el registro de las marcas en la memoria corporal, que también se resignifican en contextos de resistencia ante la violencia y los padecimientos.

A través de las prácticas de autoatención de las mujeres andinas, podemos observar el modo en que se recurre a la recuperación de los recuerdos del origen

para resolver afecciones respiratorias leves, dolores de estómago, lastimaduras en pies, dolor de espalda y muchas afecciones que son explicadas a través de cuestiones externas a quien se encuentra afectado, pertenecen al conjunto de cuestiones que no se cuentan ni comparten a personas ajenas a la comunidad. Pero también frente a situaciones extremas, toman la decisión de enfrentar el dolor asociando elementos de la medicina occidental y con aquellos provenientes del mundo andino factibles de encontrar donde residen. Compartimos el relato de Antonia, quien luego de su frustrada visita médica por su afección en la vesícula, cuando salió del hospital compró “buscapina” y “paracetamol”, se tomó todo junto y eso la alivió. También buscó las “papas secas” que se utilizan en Cochabamba para curar la vesícula. Y con todo eso Antonia siente que está mejor. Ella en un tiempo se hará nuevamente la ecografía para saber si las piedras se achicaron, así no se tiene que operar. Sin embargo, también recurre semana tras semana, al sahumado con Koa que es el acto ritual de sahumar su casa, donde limpia, cura y pide sus deseos, tal como explicó Antonia, donde ella considera se concentra el poder de curarse. Es el humo que despiende la quema de las plantas rituales y de una serie de elementos que acompañan la bandeja de sahumado que vende una de sus vecinas, donde se reúnen la comunicación de sus plegarias y el poder curativo de los mundos andinos. Ampliando la información sobre la koa, Antonia manifestó: “el último viernes de cada mes, pones carbón, leña y lo dejas en la casa, abris la puerta y deja que entre el olor. Hay koa para la vivienda, para el negocio, para todo” (Entrevista realizada el viernes 24 de mayo de 2019, Caleta Olivia). La koa se puede preparar en el hogar o bien adquirirla ya lista para el sahumado, las que se adquieren en tiendas o ferias son bandejas que contienen hojas de coca, incienso moldeado de distintos colores y significados, reproducciones de billetes de dólares, hojas de plantas medicinales, incienso, mirra, romero, ruda y principalmente koa, entre otros agregados. Pero las proporciones dependerán de si se quiere proteger la casa, el auto, la salud, la familia u otros motivos del sahumado.

En los procesos de padecimientos se reflejan construcciones sociales del dolor, en las cuales se atribuye mayor resistencia a determinados grupos sociales, son aquellos que pueden “aguantar”, y por ende refieren a padecimientos desigualmente compartidos (Otegui Pascual 2000). Entonces, se legitiman representaciones acerca de que “los bolivianos aguantan el dolor”, entre otros imaginarios que reflejan que el dolor es un hecho situacional, y que aunque es íntimo “...también está impregnado de materia social, cultural, relacional, y es fruto de una educación...” (Le Breton, 1999, p. 9). En este sentido, el cuerpo como estructura simbólica (Le Breton, 1999) no es sólo órganos y funciones con leyes propias del conocimiento de la anatomía, por ende puede tener múltiples representaciones y modos de ser abordado en situaciones de dolor y enfermedad.

Múltiples historias en torno a las experiencias de frustraciones que viven las mujeres andinas generan que se deje como última instancia la consulta médica, y se recurra a lo que Menéndez denomina primer nivel real de atención (Menéndez, 1992), donde se activan la experiencia vivida en situaciones similares, tanto propias como de vecinos, vecinas, paisanos, paisanas y otros grupos cercanos que se van sumando a sus redes de relacionalidad. Es el proceso denominado por Menéndez como de autoatención (2003) y que da cuenta de lo grupal, social y en constante modificación que posee el hecho de recurrir a

conocimientos propios y que están estrechamente vinculados con la transmisión generacional de los procesos de memoria. Problema que, metodológicamente, nos enfrenta al momento de analizar cómo se desarrollan los procesos de transmisión de memorias. Resulta interesante entonces ingresar al mundo de cómo determinado grupo o comunidad decide la transmisión generacional porque implica considerar la epistemología del secreto (Berliner, 2005) que comprende aquellas cuestiones que la gente mayor decide vedar y no transmitir, así ese hálito de lo oculto y del misterio genera aún mayor curiosidad en el deseo de los grupos jóvenes. Es en esos momentos críticos en que se decide la transmisión, y que permite por ende el acceso a la curación. Entonces son los jóvenes que ante el trauma que generaba la enfermedad intervinieron activamente en la solución. Ese conocimiento adquirido, seguramente -hoy resguardado- será activado nuevamente frente a determinadas situaciones críticas propias o de sus paisanos y familia.

Sin duda, la transmisión generacional amerita mayor profundización dado que en ocasiones la respuesta ante situaciones de consulta médica, de parto, la opción por el silenciamiento y ocultamiento de aquellos conocimientos que remiten a curaciones y la posesión del “don” de curar. Entonces, es necesario considerar las dificultades que se suscitan a partir de la indagación sobre la producción de silencios y el modo en que se decide su perduración (Dwyer, 2009). Lo cual requiere reparar en las políticas del silencio (Dwyer, 2009), que refieren a resistencias muchas veces ligadas al hecho de generaciones forzadas a olvidar. Tal como el caso de una cochabambina que posee profundos conocimientos sobre el poder curativo de plantas, de partes de animales, sumado al don de curar, transmitido generacionalmente en Cochabamba al interior de su familia, pero que en contexto migratorio sus propios hijos han condenado por considerar prácticas “de indios”, entonces es necesario ocultar (Baeza y Oyarzo, 2020).

En este sentido, consideramos que indagar en la memoria corporal permite analizar experiencias que en algunos casos quedarán transitoriamente suspendidas en los intersticios de los dobleces, mientras otras, formando la superficie, articularán sentidos entre sí. A partir del análisis de las múltiples conexiones que se establecen a partir de los movimientos de las experiencias en torno a los recuerdos, ocultamientos, olvidos estratégicos silencios, es posible trascender la visión de nostalgia que envuelve lo que se dejó en el origen, al contrario aquí se mostró que en contextos migratorios el agenciamiento a través de la potencia que adquieren determinadas prácticas de la memoria corporal habilita a estas mujeres a sobrellevar situaciones traumáticas y que pueden costar la vida.

4. Conclusiones:

Orientar los esfuerzos en pensar políticas interculturales en el campo de la salud, sin duda requiere apelar a perspectivas que consideren la transmisión de la memoria intergeneracional, desde el análisis de todos sus componentes, considerando esos olvidos estratégicos que los grupos han decidido, los silencios y omisiones, las historias tristes, los eventos traumáticos, los recuerdos que son necesarios evocar, entre otros componentes de los procesos de memorias de grupos subalternizados. Como un camino a considerar la interculturalidad

sin perder el carácter crítico y emancipativo que debe contener, para evitar la inclusión subordinada (Viaña, 2009), que reproduciría las lógicas de las desigualdades ya existentes y reforzaría la dominación. Sin duda se requiere abandonar la mirada exotizante acerca del otro como único “cultural”, y plantear el desafío de proyectar prácticas cotidianas donde el trabajo médico considere resignificar la vida de quienes asisten a las consultas y tratamientos, de modo tal que quienes padecen los malestares puedan incorporar a sus paisanos, a su familia, a quienes consultan por determinadas dolencias. Así como también sus prácticas alimenticias, terapéuticas y sociales, intercambiando y llegando a acuerdos al momento de presentar divergencias ante tal o cual solución. En este sentido, es necesario modificar mentes y estructuras (Knipper, 2006), que permitan construir prácticas en salud que permitan mejorar las condiciones y calidad de vida de los grupos subalternizados.

En este sentido, considerar seriamente la incorporación de prácticas interculturales en la atención a poblaciones migrantes –tal como fuimos mostrando en el caso de mujeres andinas- resulta imperativo, dado que las condiciones actuales muestran el abandono de tratamientos, el alejamiento de la atención hospitalaria, agravando muchos casos y profundizando determinadas enfermedades. Tal como muestra Das para el caso de su etnografía en contextos de pobreza en la India, al empeorar la enfermedad se recurre al mundo de los especialistas y los hospitales (2008), siendo estos últimos espacios para atender urgencias y gravedads muchas veces irreversibles desperdiciando instancias posibles de prevención y cuidado. Es por esto que consideramos que es necesaria la construcción de políticas y prácticas sanitarias que desde los distintos niveles de atención de la salud breguen por mayor presencia los diferentes modos de entender el cuerpo y el malestar y que no concuerdan con el modelo médico hegemónico.

Uno de los modos en orientar el diálogo intercultural en el campo de la salud de poblaciones subalternizadas, tal como es el caso de las mujeres migrantes andinas, es reparar en la diferenciación entre enfermedad y malestar, tal como propone Michel Taussig (1995), mostrando que la enfermedad en términos occidentales y demostrada en valores cuantificables, recurrencias y de carácter objetivo, no contempla el carácter relacional y donde lo social se entremezcla con el orden de lo físico y lo moral. Por ende, el tratamiento debe contemplar el orden del malestar que “...es lo que esa disfunción le significa a la persona que la está padeciendo...” (Taussig, 1995, p. 138). En ello, no podemos sino señalar la particularidad que supone el entrecruzar la interculturalidad con el género a la hora de pensar estrategias en salud que logren realmente contemplar las distintas dimensiones que atraviesan el acceso y la calidad de la atención sanitaria de las mujeres tanto desde el punto de vista de las desigualdades sociales como de los activos que ellas cuentan y despliegan para resistir y compensar las dificultades de atención y sanación en contextos migratorios.

Bibliografía:

- Aizenberg, L. (2014). Facilitating Indigenous women’s community participation to healthcare: a critical review from the social capital theory. *Health Sociology Review*23(2), 91-101.

- Aizenberg, L. y Baeza, B. (2017) Reproductive health and bolivian migration in restrictive contexts of access to the health system in Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review*, 26(3).
- 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.
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En G. Fernandez Juarez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas (2004:Quito)* (pp. 65-74). Quito: Ediciones Abya Yala.
- Appadurai, A. (2001). *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización* (Primera ed.). Buenos Aires: TRILCE - Fondo de Cultura Económica.
- Baeza, B. (2013). 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*, 11, 179-197.
- Baeza, B. Aizenberg, L. y Barria Oyarzo, C. (2019). Cultura y Salud Migratoria. Miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si somos americanos*, 19(1), 43-66.
- Baeza, B. y Aizenberg, L. (Noviembre, 2020). Memoria e itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes provenientes de Cochabamba (Bolivia). Ponencia presentada en el Simposio 101-Eje12: Las dimensiones complejas de la salud/enfermedad/atención/cuidados en los procesos migratorios internacionales. VI Congreso ALA 2020, 27 de noviembre de 2020, Montevideo, Uruguay. Recuperado de <https://ala2020.com.uy/>
- Banco Mundial (2004). *Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis del Contexto de Descentralización*. Washington. DC: Banco Mundial.
- Baeza, B. y Barria Oyarzo, C. (2020). Memoria y territorialidad quechua-punateña En el zanjón. En M. Rodríguez y A. Ramos (Comps.), *Memorias fragmentadas en contexto de lucha*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Barria Oyarzo, C. (2020). Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Revista Antropológica*, 38(44), 157-185. <https://doi.org/10.18800/antropologica.202001.007>
- Bellamy C, Castro R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *RevCienc Salud*, 17(1), 120-137. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>
- Berliner, D. (2005). An «Impossible» Transmission: Youth Religious Memories in Guinea- Conakry. *American Ethnologist*, 32(4), 576-592.
- Caggiano, S. (2008). Que se haga cargo su país: la cultura, los Estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy. En C. García Vazquez (Ed.), *Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes*. Buenos Aires: Prometeo.
- Carreño Calderón, A. (2010). Cuerpos y almas migrantes: ensayos sobre la noción de persona andina y la gestión del sufrimiento en nuevos territorios. *VII Congreso Chileno de Antropología*. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Pedro de Atacama
- Carreño Calderón, A. (2015). La gentilidad de los abuelos: memoria, enfermedad y cuerpos imaginados en los Andes chilenos. En S. Botta y C. Battcok (Eds.), *Acerca de la (des)memoria y su construcción en Mesoamérica y Andes* (pp. 353-398). México: Quivira.

- Carsten, J. (2000). *Cultures of Relatedness. New Approaches to the Study of Kinship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Silveira, C.; Martin, D. Goldberg, A. (2019) La vida confeccionada entre retazos de tela: trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de São Paulo. *Trabajo y Sociedad Revista Sociología del trabajo. Estudios culturales, narrativas sociológicas y literarias*, 32.
- Cerrutti, M. (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina* (Primera ed.). Buenos Aires: PNUD- CENEP/UNFPA.
- Comelles, J., Allué, X., Bernal, M., Fernandez Rufete, J. y Macarela, L. (Comp.). (2009). *Migraciones y salud*. Tarragona: URV publicaciones. Recuperado de http://issuu.com/publicacions-urv/docs/migraciones_salud
- Corona Berkin, S. & Kaltmeier, O. (2012). *En diálogo. Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. México: Gedisa.
- Da Costa Marques, S., Linardelli, M. y Maure, G. (Junio, 2016). La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión. *Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo. Perspectivas actuales en la investigación en ciencias sociales*. Mendoza, Argentina. Disponible en :<https://bdigital.uncu.edu.ar/9879> (10 de junio de 2020).
- Das, V. (2008). La Antropología del Dolor. En F. Ortega y V. Dass (Eds.), *Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 409-436). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Nacional de Colombia.
- Dwyer, L. A. (2009). A Politics of Silences: Violence, Memory, and Treacherous Speech in Post-1965 Bali. En A. O'Neill y K. Hinton (eds.), *Genocide, Truth, Memory, and Representation* (pp. 113-146). Durham y Londres: Duke University Press.
- Escarce, J., Morales, L., y Rumbaut, R. (2006). The health status and health behaviours of Hispanics. En M. Tienda, & F. M. (Eds.), *Hispanics and the future of America* (pp. 364-409). Washington DC: National Academies Press.
- Fassin, D. (1999). La patetización del mundo. Ensayo de antropología política del sufrimiento. En M. Viveros, G. Garay, & (comp.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (págs. 31-44). Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- García-Moreno, C., Hegarty K, L., d'Oliveira, A.F., Koziol-McLain, J., Colombini, M., & Feder, G. (2015). The health-systems response to violence against women. *Lancet*, 385, (1567-79).
- Gil Araujo, S. (2010). Presentación. Una sociología (de las migraciones) para la resistencia. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 19, 235-249.
- Favret- Saada, J. (2013). Ser afectado" como medio de conocimiento en el trabajo de campo antropológico. *Avá*, 23.
- Goldberg, A. (2014). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, 11, 199-216.
- Hall, G. y Patrinos, H. (2006). *Indigenous peoples, poverty and human. Development in Latin America: 1994-2004*. New York, NY. Palgrave: Macmillan.
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (eds.). (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: Universidad Nacional de San Martín UNSAM Edita.

- Jelin, E., Grimson, A., y Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Ed.), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 27-46). Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social.
- Kapilashrami A, Hankivsky O. (2018). Intersectionality and why it matters to global health. *The Lancet*, 391, (2589-2591). DOI: [https://10.1016/ S0140-6736 \(18\)31431-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31431-4).
- Knipper, M. (2006). El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea. En Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 413-432). Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI.
- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Lorenzetti, M (2017) Los enfoques en salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11(10), 148-176.
- Lugones, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 25, 61-76.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101. <https://doi.org/10.25058/20112742.340>
- Mariano, L. (2008). Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población inmigrante. En G. Fernández Juárez, *La Diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 305-320). Quito: Abya Yala
- Menéndez, E. (2006). Interculturalidad, "diferencias" y Antropología "at home": algunas cuestiones metodológicas. En G. Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural* (pp. 51-66). Quito: Abya-Yala
- Menéndez, E. (1992). *La antropología médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207.
- Novaro, G (coord.). (2011). *La interculturalidad en debate. Experiencias formativas y procesos de identificación en niños indígenas y migrantes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez (Coor.), *Salud e interculturalidad en América Latina*. Antropología de la salud y Crítica Intercultural. Ediciones Abya-Yala Quito-Ecuador.
- Pizarro, C., Fabro, F y Ferreira, M. (2016). *Los discursos laborales legitimados y las prácticas de migrantes bolivianos en relación al mercado laboral en su lugar de trabajo: el cortadero de ladrillos en una zona rural de Córdoba*. Ponencia presentada en el 9no. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo.
- Ramírez Hita, S. (2014). Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4061-4069. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.09372014>
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Revista Salud Colectiva*, 5(1), 63-85.

- Ramírez Hita, S. (2009). *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS.
- Ramos, A. (2017) Cuando la memoria es un proyecto de restauración: el potencial relacional y oposicional de conectar experiencias. En A. Bello, Y. González y O. Ruiz (Eds.), *Historias y memorias. Diálogos desde una perspectiva interdisciplinaria* (pp. 32-50). Temuco: Ediciones Universidad de la Frontera, Colección Espiral Social, Núcleo de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Rosario Otegui, P. (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En E. Perdiguero y J. M. Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. España: Ed. Bellaterra-SGU.
- Saletti-Cuesta, L. & Aizenberg, L. (2019). Intersectional innovative analysis of how providers' discourses interact with universal healthcare access. En A. Tavares, (Ed.), *Universal Health Coverage*. Oregon: Intech Open.
- Saletti-Cuesta, L., Ferioli, A., Martínez, FV., Viel, E., Baudin, V., Romero, P. Funk, N. González, AC., Rodríguez, A. (2019). El abordaje de la violencia de género desde la mirada de las comunidades del norte cordobés. *Cadernos de Saúde Pública*, 22.
- Santisteban, K. y Sabatella, M. (2020). La producción de proyectos políticos desde la memoria, Análisis de dos casos de restauración de recuerdos sobre las prácticas medicinales mapuche. En M. Rodríguez y A. Ramos (Comps.), *Memorias fragmentadas en contexto de lucha*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Taussig, M. (1995). *Un gigante en convulsiones: el mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.
- Torri. M.C (2012). Intercultural Healthcare practices: towards an equal recognition between indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. *Health Care Analysis*, 20, 31-40.
- Viaña J. (2009). *La interculturalidad como herramienta de emancipación. Hacia una redefinición de la interculturalidad y de sus usos estatales*. La Paz: Campo Iris.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad. Una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, Sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Quito: Ed. Abya Yala.
- Walsh. (2010) Estudios (inter)culturales en clave de-colonial. *Tabula Rasa*, 12, 209-227.

Notas

- 1 Curandera es el modo en que las mujeres migrantes denominan a Emilia.