

## **Accesibilidad, salud y cuidados: un recorrido en torno a las experiencias de mujeres hortícolas de la agricultura familiar**

**Vanina Bianqui**

Universidad de Buenos Aires

Universidad de Morón

Argentina

licbianquigmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2554-5731>

### **RESUMEN**

Los/las productores/as hortícolas desarrollan una labor cuyo valor social, económico y productivo resulta primordial en tanto abastecen de alimentos frescos a un amplio porcentaje de la población. Sin embargo, se hallan afectados por múltiples vulnerabilidades lo que impacta en su calidad de vida en general y su salud en particular.

Si bien la Ley de Migraciones 25.871 contempla el acceso al derecho a la salud, a la asistencia social y atención sanitaria; los estudios que abordan esta temática dan cuenta que el sistema de salud continúa restringiendo el acceso por múltiples motivos. Dentro de este sector, las mujeres son quienes más se ven afectadas y encuentran serias limitantes para acceder a una atención adecuada.

Considerando lo planteado, en este trabajo nos proponemos compartir una sistematización teórica sobre accesibilidad al sistema de salud por parte de mujeres migrantes de la agricultura familiar. Además, recopilaremos los aportes de las perspectivas interculturales y la interseccionalidad, atendiendo que las categorías de género, raza/etnia y territorio nos revelan formas específicas en las cuales se vertebran las desigualdades. Así como, obstáculos y limitaciones no contempladas en torno a la accesibilidad y sostenimiento en los servicios de salud.

### **PALABRAS CLAVE**

Salud, accesibilidad, género, migración.



## Accessibility, health and care: a journey around the experiences of women horticulturist in family farming

### ABSTRACT

Horticultural producers undertake a crucial social, economic, and productive role by supplying fresh food to a significant portion of the population. However, they face multiple vulnerabilities that impact their overall quality of life and health in particular.

Although Migration Law 25.871 ensures access to the right to health and healthcare, studies indicate that the healthcare system continues to restrict access for various reasons. Within this group, women are the most affected and encounter serious challenges in accessing adequate care.

In this study, we aim to provide a theoretical overview of healthcare accessibility for migrant women in family farming. We will also compile insights from intercultural and intersectional perspectives, acknowledging that gender, race/ethnicity, and geographical location reveal specific ways in which inequalities are structured. Additionally, we will discuss obstacles and limitations not adequately addressed concerning healthcare accessibility and sustainability.

### KEYWORDS

Health, accessibility, gender, migration.

## Acessibilidade, saúde e cuidado: uma análise pelas experiências de mulheres horticultoras na agricultura familiar

### RESUMO

Os produtores hortícolas realizam um trabalho cujo valor social, económico e produtivo é essencial, pois fornecem alimentos frescos a uma grande percentagem da população. No entanto, são afetados por múltiplas vulnerabilidades, o que afeta sua qualidade de vida em geral e sua saúde em particular.

Embora a Lei de Migração 25.871 contemple o acesso ao direito à saúde, assistência social e cuidados de saúde; estudos que abordam esta questão mostram que o sistema de saúde continua restringindo o acesso a ela por múltiplas razões. Neste sector, as mulheres são as mais afectadas e enfrentam sérias limitações no acesso a cuidados adequados. Considerando o exposto, neste trabalho propomos compartilhar uma sistematização teórica sobre a acessibilidade ao sistema de saúde de mulheres migrantes da agricultura familiar. Além disso, compilaremos contribuições a partir de perspectivas interculturais e da interseccionalidade, levando em conta que as categorias de gênero, raça/etnia e território revelam maneiras específicas pelas quais as desigualdades são estruturadas. Assim como, obstáculos e limitações não contemplados em torno da acessibilidade e manutenção nos serviços de saúde.

### PALAVRAS-CHAVE

Saúde, acessibilidade, gênero, migrante



FECHA DE RECIBIDO 20/02/2024

FECHA DE ACEPTADO 15/04/2024

**COMO CITAR ESTE ARTICULO**

Bianqui, V. (2024) Accesibilidad, salud y cuidados: un recorrido en torno a las experiencias de mujeres hortícolas de la agricultura familiar. Revista de la Escuela de Antropología, XXXIV, pp. 1-24. DOI 10.35305/rea.XXXIV.292

**Introducción**

En Argentina la población migrante concentra un total aproximado del 5%, lo que equivale a cerca de 2.3 millones de personas. Para el año 2020 el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Debandi, Nicolao y Penchaszadeh, 2021) llevó adelante un proyecto de trabajo que sistematizó por medio de una encuesta nacional la situación de los y las migrantes en el país. De ese informe final se detalla que del total de personas migrantes un 53% son mujeres, 45% varones y un 2% pertenece a la comunidad LGTBI+<sup>1</sup>. En su mayoría provienen de los países limítrofes de la República de Paraguay y del Estado Plurinacional de Bolivia. En el caso de Bolivia, quienes migran al país en mayor porcentaje son mujeres (en un 55%), estableciéndose en las zonas periféricas a las grandes ciudades donde suelen dedicarse a trabajos rurales -más fuertemente en el ámbito de la horticultura-. Por el tipo de características socio-productivas y estilo de vida suelen formar parte de la llamada Agricultura Familiar.

Dentro de las problemáticas que más afecta a la población migrante en nuestro país se destaca la situación de la salud en general y la accesibilidad al sistema de salud en particular. En líneas generales, quienes migran pueden ver afectada su salud considerando las dificultades e incertidumbres del proceso migratorio en sí. En ese sentido, los/las migrantes presentan altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y limitado acceso a los servicios sanitarios. En particular, las personas provenientes de Bolivia presentan "bajos niveles educativos, condiciones desfavorables de

<sup>1</sup> La sigla LGTBI+ refiere a las iniciales de las palabras lesbiana, gay, transgénero, bisexual e intersexual.



vivienda y escaso acceso a los servicios de infraestructura básica, lo que influye negativamente en sus niveles de salud y en los de sus familias” (Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti, 2015, p. 66-67). Como nos indica Cerutti (2011), actualmente las personas que migran desde Bolivia suelen tomar como centro de vida a la provincia de Jujuy, dada su condición limítrofe, y en su mayoría tienden a asentarse en la provincia de Buenos Aires, en particular la región bonaerense y también en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Tanto en las localidades urbanas como en aquellas de índole rural o perirural, dichas poblaciones se concentran en las áreas marginales que carecen de servicios de infraestructura básica. Además, dada su condición de migrantes y su escasa calificación laboral, frecuentemente se suelen insertar en empleos precarios, con falta de contratos y beneficios laborales (como un seguro de salud y cobertura por accidentes de trabajo) o mismo ser cooptados a trabajos de servidumbre y de trabajo forzoso (Cerutti, 2011). Como resultado de esta situación, muchas/os migrantes quedan expuestos/as a contraer serias enfermedades como consecuencia de las condiciones laborales precarias o por trabajar bajo condiciones insalubres (Goldberg, 2014). Todas estas limitaciones son elementos que pueden afectar tanto la salud física como mental de los/as migrantes bolivianos/as.

Sumatoriamente, se reconoce que cuando estas personas se acercan a efectores sanitarios por problemas de salud, suelen encontrar diferentes obstáculos para acceder a la atención vinculados con las posibilidades de cubrir el gasto en salud, barreras geográficas, administrativas y socioculturales. En relación a las dimensiones socioculturales pueden asociarse con la existencia de diferencias culturales entre quienes migran y las personas nativas respecto a las pautas sanitarias y prácticas de cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad (Cerutti, 2011). Más compleja es la situación cuando estas diferencias ocurren entre personal de salud y pacientes migrantes ya que se vuelve una barrera que tiene un impacto significativo en el vínculo que se establece entre ambos y afecta negativamente la atención (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006). Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti (2015) en



un estudio que realizan sobre mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza refieren que:

Especialmente, las mujeres que provienen de sectores rurales arriban con saberes, prácticas y valores tradicionales con relación al cuidado de su salud y su salud reproductiva que chocan con los asumidos en el sistema de salud moderno. Esto repercute fuertemente en la construcción de lazos de confianza entre el personal de salud y la paciente, genera un alto nivel de rechazo entre las mujeres migrantes y las coloca en una posición de mayor vulnerabilidad respecto a su salud (p. 67)

Ante lo señalado, se considera que la distancia dada por la diversidad cultural puede volverse un factor de desconcierto para el personal de salud dado que se topan con códigos y comportamientos diferentes que dificultan la comunicación, generando comportamientos que oscilan entre: a) el recuperar las condiciones objetivas e históricas de los procesos de salud de las personas migrantes e incorporar en su intervención los factores culturales, laborales y de género que atraviesan al contexto migratorio y b) prácticas que apuntan al disciplinamiento y control (Aizenberg y Maure, 2017), tendientes a llevar adelante una política focalizada y tutelar no explicitada (Barria Oyarzo, 2020). Aquí se evidencia un vacío, a nivel institucional, de instancias formativas o de acompañamiento en los efectores de salud para identificar, comprender y resolver las situaciones derivadas del vínculo con personas migrantes.

Cabe enfatizar que en nuestro país existe un enfoque de salud puesto en la interculturalidad<sup>2</sup> que apunta a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de las diversas culturas y cualquier otro grupo étnico, teniendo en cuenta sus contextos locales, sus prioridades y marcos normativos y el cual, como lo indica la Organización Panamericana de la Salud (OPS), apunta a la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a

<sup>2</sup> Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/direccion-nacional-de-atencion-primaria-y-salud-comunitaria/coordinacion-de-salud>



los aspectos biológicos, sociales y relacionales. Sin embargo, este enfoque suele estar más centrado en intervención con comunidades originarias<sup>3</sup>. En lo que respecta a las comunidades migrantes se puede identificar que existe una vacancia de formación con enfoque intercultural en salud dando como resultado que los/as profesionales deben encontrar de manera aislada soluciones basadas en criterios y valoraciones propios y experiencias personales (Cerutti, 2011). Como podemos observar, tanto los obstáculos económicos, geográficos y administrativos como la diversidad cultural se vuelven un serio obstáculo para el acceso a la atención de la salud de los/as personas migrantes, en este caso para aquellos/as pertenecientes a las comunidades bolivianas.

Dada esta situación de vulnerabilidad general que presenta la población migrante, en Argentina en el año 2003 se sanciona la ley de Migraciones 25.871, reglamentada en 2010, en donde se hace explícito en el artículo 8 que "No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria". Asimismo, el artículo 5 enfatiza que se deben asegurar las condiciones que garanticen una igualdad de trato, a fin de que el/la migrante pueda gozar de sus derechos, así como cumplir con sus obligaciones. De esta manera, a partir de dicha herramienta jurídica queda garantizada la atención a la salud de todo/a migrante en los servicios de salud público haciendo hincapié en el derecho al trato respetuoso. Sin embargo, se registra que actualmente esto no sucede de tal manera, siendo que en los efectores de salud se suele restringir el ejercicio de estos derechos a las personas migrantes, en especial cuando provienen de países pobres (Molina, 2019).

En el caso de las mujeres migrantes que pertenecen a la agricultura familiar se puede postular que su situación de vulneración en torno al acceso y la atención en salud se ve agudizada. Esto puede comprenderse si atendemos diversos aspectos interrelacionados: ser migrantes, pertenecer a contextos de ruralidad y ser mujeres. Por un lado, como ya fue mencionado, quienes provienen de países

<sup>3</sup> Disponible en: <http://www.legislad.gov.ar/atlas/saludintercultural.html>



pobres suelen tener mayores dificultades para acceder a derechos vinculados con el sector salud (Molina, 2019). Por otro lado, las/los migrantes que trabajan en la producción hortícola encuentran serios obstáculos para el acceso en relación a lo geográfico, económico, administrativo y psico socio-cultural (Ciarallo, 2014; García, 2016), replicando la situación de vulnerabilidad general de quienes conforman la agricultura familiar en donde se registran dificultades en la atención al sistema de salud (Logiovine, 2015). Respecto a la variable género, quienes mayores obstáculos y limitaciones experimentan en relación a la accesibilidad de los servicios de salud suelen ser las mujeres. Esto puede comprenderse en tanto que son ellas quienes más interactúan con los efectores de salud público, enmarcando esta situación en torno a la organización del cuidado y la división sexual del trabajo (Federici, 2018; Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, 2022; Canevari y Biaggi, 2020). Suelen ser las mujeres las que se deben ocupar, además del cuidado del hogar, del cuidado de los/as integrantes de sus familias que incluyen tareas de soporte en lo educativo, acompañamiento afectivo y cuidado de la salud (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015; Federici, 2017). En relación a esto último deben hacerse cargo de la salud de los niños/as, ancianos/as y discapacitados/as lo que requiere tareas como detectar problemáticas de salud, acompañar a las personas a los centros de salud, articular con el personal sanitario -administrativo y profesional-, ocuparse de la medicación y sus tomas, prestar atención a situaciones de emergencia, acudir a las guardias, estar presentes en internaciones y continuar con el apoyo en los tratamientos crónicos.

Ante lo detallado podemos plantear como problema general que los/las migrantes en nuestro país suelen encontrar diferentes obstáculos para el acceso al sistema de salud (Molina, 2019) lo que vulnera de forma sistemática el ejercicio de ese derecho. Pero en especial, consideramos que dentro de la agricultura familiar la producción hortícola tiene una función social insoslayable en tanto abastecen de alimentos a toda la población. Sin embargo, el desarrollo de su vida en términos amplios transita en márgenes de múltiples vulnerabilidades, lo que ubica a las mujeres en una



situación de especial atención comprendiendo las desigualdades e injusticias que históricamente han padecido, las cuales se agudizan en contextos de migración.

Frente a todo lo presentado, consideramos que resulta imperioso continuar profundizando líneas investigativas que articulen aspectos referidos a los derechos humanos de las personas migrantes, en particular lo que respecta a la salud y la situación de las mujeres.

Si bien este documento se funda en un proyecto de investigación<sup>4</sup> en curso, atendiendo lo planteado podemos asumir que las mujeres bolivianas pertenecientes a la agricultura familiar del periurbano bonaerense encontrarán serios obstáculos en el acceso al sistema de salud y a los beneficios de los programas destinados al cuidado de su salud. Dicha dificultad se encuentra anudada a las categorías de género, clase, territorio y raza, en donde su condición de migrante se vuelve clave. En el presente artículo se retomarán fundamentos teóricos y conceptuales que posibilitan anclar este estudio desde una perspectiva feminista e interseccional, y se destacarán aquellos trabajos que contribuyeron como antecedentes significativos a la temática presentada. El presente trabajo de investigación procede a una serie de proyectos que se ejecutaron con el mismo sector social.<sup>5</sup> Si bien para esta presentación no se detallarán resultados procedentes de los estudios anteriores, es relevante destacar su importancia en tanto dieron lugar a la presente propuesta de investigación en torno a la accesibilidad de los servicios de salud de mujeres migrantes hortícolas de áreas rura-

4 La autora es integrante del proyecto denominado "Accesibilidad al sistema de salud de mujeres migrantes de la colectividad boliviana pertenecientes a la agricultura familiar del periurbano bonaerense", con inicio en abril de 2023.

5 La autora formó parte del proyecto: "Adaptación sociocultural de un modelo de encuesta de usos del tiempo para la agricultura familiar. Análisis de una muestra en dos localidades seleccionadas de la provincia de Buenos Aires, 2020-2023", financiado por la Universidad de Morón. Además, fue becada en dos oportunidades en el marco de las convocatorias Salud Investiga. Los proyectos "Percepción de riesgo para la salud en el uso de agroquímicos, desde la mirada de productores hortícolas del periurbano de la Ciudad de Buenos Aires" (Convocatoria 2018) y "Estudio psicosocial sobre la accesibilidad al sistema de salud mental y las tareas de cuidado de usuarios/as con padecimientos mentales severos, con foco en experiencias de adecuación a la ley nacional n° 26.657 en el contexto de pandemia por covid-19. Estudio exploratorio descriptivo." (Convocatoria 2020), financiadas desde la Dirección de Investigación de Salud-Ministerio de Salud de la Nación.





les y perirurales de la provincia de Buenos Aires.

*Sobre la metodología de trabajo:*

Previo a la presentación del rastreo bibliográfico ejecutado es conveniente abordar las especificidades metodológicas en las cuales se enmarca el estudio sobre accesibilidad a servicios de salud de mujeres migrantes pertenecientes a la agricultura familiar y que se asientan en zonas rurales y peri-rurales dentro del AMBA. El proyecto referido propone llevar adelante un estudio cualitativo de carácter exploratorio descriptivo y de corte transversal. Respecto a la población objetivo, fundamentalmente se centra en la inclusión de mujeres de la agricultura familiar. Para este propósito se están entrevistando a mujeres que cumplan con los siguientes requisitos: personas adultas, que han emigrado del país limítrofe de Bolivia, que se dediquen a la producción frutihortícola o elaboración artesanal de alimentos, que formen parte de un núcleo familiar de productores/as donde la mayor parte del trabajo de su producción provenga de la mano de obra familiar, que residan en el periurbano de la provincia de Buenos Aires desde al menos 5 años, y que prestan conformidad a participar del estudio. Se trata de una muestra de tipo no probabilística incidental (Tomás, 2009), en la cual se estima que participen 25 mujeres, cantidad que será determinada por el criterio de saturación de la información (Osses, Sánchez e Ibáñez, 2006), estableciendo como límite la redundancia de la información recabada y que ya no aporte datos relevantes para el estudio. Al momento, para la selección de la muestra se está apelando a los contactos que se tienen previos a este estudio con trabajadores/as de diferentes dependencias estatales y que ocupan tareas extensión rural; o bien acompañan procesos de trabajo con cooperativas rurales, mercados locales y organizaciones sociales. Asimismo, se aplica el mecanismo de muestreo en cadena o por redes conocido como "bola de nieve", el cual permite que las personas que participen del estudio habiliten el contacto con nuevas personas interesadas también en participar. Las técnicas de recolección de datos elegida es la entrevista semidirigida.



La investigación se estructurará en 3 etapas. La primera, de carácter exploratorio, se focaliza en la revisión de información secundaria, el análisis de investigaciones sobre la accesibilidad a los servicios de salud y la implementación de entrevistas introductorias con el fin de contextualizar la investigación e identificar y precisar las categorías de análisis a utilizar. En esta primera etapa también se ha elaborado un protocolo de entrevista a utilizarse con las mujeres. Esta instancia ya se encuentra concluida, y producto del material bibliográfico recabado y sistematizado se ha dado origen a esta presentación. La segunda etapa, de profundización, se apoya en la realización de entrevistas semidirigidas buscando profundizar en las temáticas y categorías identificadas en la etapa anterior. Finalmente, la tercera etapa, de consolidación, se apoyará en la realización de entrevistas de profundización en torno a aquellos temas de interés que no hayan podido ser resueltos previamente.

El análisis de datos será a partir de la teoría fundamentada en donde por medio de un relevamiento de datos en el territorio se articulará con la teoría disponible sobre los temas relevantes para luego volver a recabar la información necesaria para dar cuenta de nudos temáticos que aporten nuevos planteos teóricos a la problemática en cuestión. Toda la información recabada será transcrita y analizada utilizando el soporte técnico Atlas Ti, utilizado generalmente para investigaciones cualitativas. El análisis se estructurará a partir de la codificación de categorías de análisis de interés.

Para esta presentación se tomaron como fuente de información artículos publicados en distintos portales científicos (como Scielo y Latindex) o revistas con acceso abierto. También se incluyeron artículos y documentos institucionales que figuran en el repositorio del CONICET, como documentos e informes técnicos de diferentes dependencias del estado. Se incluyeron tanto experiencias nacionales como de otros países de Latinoamérica.

### **Antecedentes sobre accesibilidad, interculturalidad e interseccionalidad en el área de salud:**

*Acerca de los estudios de accesibilidad a servicios de salud:*



Al momento los planteos presentados nos ubican en los desarrollos teóricos vinculados con la accesibilidad al sistema de salud. Dicho concepto tiene un gran valor teórico, académico y para el diseño de las políticas públicas. Diferentes estudios han problematizado sobre este fenómeno (Barcala y Stolkiner, 2000; Comes y Stolkiner, 2004; Engelman, 2006; Vázquez, 2009; Rudolf, 2009 y Cano, Evia y Apud, 2014) vinculado con la estigmatización de ciertos grupos sociales, la discriminación, la participación ciudadana, la dimensión psicosocial según categorías socioeconómicas, la situación de vulnerabilidad social y con la categoría de género, entre otros. Para Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa (2014) la accesibilidad representa una dimensión relevante acerca de la equidad en los sistemas de salud, así como uno de los principales aspectos en lo que hace a su atención primaria.

Tomaremos la accesibilidad como un concepto relacional, en donde tanto los/as usuarios/as como los servicios de salud son constructores del acceso, teniendo la posibilidad e imposibilidad de encontrarse (Comes et al., 2007). Este planteo complejiza el concepto, entendiéndolo como un vínculo que se construye socialmente entre los/as sujetos/as y el sistema de salud. Asimismo, la accesibilidad también puede representarse desde una dimensión funcional entre los obstáculos en la búsqueda y obtención de cuidados y las capacidades propias de la población para superar esos obstáculos pudiendo hacer uso de los servicios de salud (Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014).

Por otro lado, en este vínculo, van a influir diferentes dimensiones, como barreras y facilitadores en donde se incluyen elementos tales como lo económico, lo geográfico, lo administrativo y lo psico socio-cultural. Lo económico, entendido como la disponibilidad de los usuarios/as para hacerle frente al gasto en salud. Aquello referido a lo geográfico, relacionado a la distribución espacial/territorial de los servicios de salud y las distancias y el tiempo que una persona tarda en trasladarse de su domicilio a los centros de atención. Incluye además las características del traslado, ya sea las redes y los estados de los caminos, el servicio de transportes públicos, entre otros. La dimensión administrativa, institucional u



organizacional implica las trabas burocráticas relacionadas con el acceso al servicio, como horarios de atención, sistemas de asignación de turnos, y/o los tiempos de espera que pueden referirse al tiempo consumido para marcar un turno, entre la asignación del turno y la fecha de la consulta, como el tiempo insumo al momento de concretar la atención. Además, se incluyen las características de los recursos humanos y técnicos. Por último, la dimensión psico-social-cultural está vinculada a las prácticas de salud que despliegan los/las integrantes de diferentes grupos y culturas, las representaciones sociales y concepciones del proceso de salud, enfermedad y atención, las creencias y saberes sobre el cuidado de la salud tanto de los/las usuarios/as como de otros actores del sector y el vínculo entre el/la médico/a y el/la paciente.

Para esta oportunidad abordaremos dichas dimensiones como determinantes sociales de la salud, dando cuenta la existencia estructurante de desigualdades socioeconómicas y en salud que impiden el acceso equitativo a los servicios de atención (Hilmas, et. al, 2013). Los determinantes sociales de salud, planteados por la OMS (CDSS, 2008), se interrelacionan en dos niveles: los determinantes estructurales los cuales influyen en la equidad en salud por medio de su interacción sobre los determinantes intermedios. Los determinantes estructurales describen la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, de los cuales se desprenderá el nivel educativo influyendo en la ocupación y el ingreso. Además, también incluyen a las relaciones de género y de etnia. Este nivel se encuentra influido por el contexto social y político, conformado por un tipo de gobierno, las políticas macroeconómicas, sociales y públicas, la cultura y los valores sociales. Los determinantes estructurales configuran los determinantes sociales intermedios. Estos últimos hacen referencia a un conjunto de circunstancias materiales, comportamientos, factores tanto biológicos como psicosociales y al sistema de salud.

Teniendo en cuenta que las corrientes teóricas de salud han incorporado estos desarrollos, proponiendo diferentes enfoques (Acero et al., 2013), aquí se destaca la relevancia de contemplar la salud desde una mirada integrada de los factores sociales en su dimen-



sión de procesos socio-históricos, considerándola como un asunto de orden político (Arellano, Escudero y Moreno, 2008).

En otra consideración, cabe enfatizar que garantizar la accesibilidad al sistema de salud de toda la población se encuentra planteado como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas,<sup>6</sup> el cual propone "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades" (objetivo 3) en el cual entre las metas se detalla la propuesta de "Lograr la cobertura sanitaria universal" y "el acceso a servicios de salud esenciales de calidad". Además, se plantea que para 2030 se logre "garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales" y "reducir la tasa mundial de mortalidad materna". A su vez, la ONU se plantea como objetivo "Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas" (objetivo 5) con metas que apuntan entre otras propuestas a

Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

Sin embargo, identificamos que a pesar que la cuestión del acceso a la salud se plantea como un problema central en tanto derecho humano, la mayoría de los estudios enfocados en la accesibilidad, lo hacen centrándose en poblaciones urbanas, como si tales grupos fueran representantes del resto de los grupos poblacionales sin tener en cuenta atravesamientos de clase, raza, territorio y género. Menos aún, se tiene en cuenta la especificidad que brinda el elemento migración, siendo un factor clave a la hora de definir la forma en que se cuida de la salud y se accede al sistema de salud.

En esa línea, es notable como antecedente el estudio de Vázquez  
<sup>6</sup> Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>



Laba y Paramo Bernal (2013) quienes abordan las barreras respecto del acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que afrontan mujeres subalternas (inmigrantes, campesinas, indígenas), en la región noroeste de nuestro país. Primeramente, resaltan aquellas prácticas explícitas o veladas que persisten en dicho sistema y que influyen negativamente en el establecimiento del vínculo médico-paciente. En ese sentido, se persiste en una cultura institucional que refuerza mecanismos de atención que limitan a las mujeres a ser beneficiarias plenas de los programas que las tienen como destinatarias, y por ende ejercer sus derechos.

Además, dan cuenta, acerca de la dimensión territorial y la especificidad que tiene la ruralidad en el sentido de un limitado acceso a los servicios por parte de la población, sumado a una escasa información sobre salud-enfermedad. Esto genera múltiples situaciones que afecta directamente el bienestar de las mujeres.

Las autoras parten de la hipótesis que los efectores de salud de zonas rurales y fronterizas restringen el acceso a la salud de mujeres pobres y con rasgos culturales indígenas con lo cual no pueden efectivizar los derechos sexuales y reproductivos contemplados en el programa que ellas analizan, ni brindar recursos e información necesaria.

De forma llamativa requiere ponderar la exigua preocupación que esta temática ha adquirido para el ámbito investigativo. Del rastreo que se llevó a cabo podemos detallar que de los estudios referidos que abordan la salud de migrantes bolivianos/as identificamos que no logran profundizar sobre (i) las barreras de acceso vinculadas a lo económico, geográfico y cultural desde una perspectiva integral y en su dimensión relacional (ii) la especificidad de la situación de las personas que habitan en zonas rurales, en particular pertenecientes a la agricultura familiar y (iii) la experiencia de las mujeres migrantes bolivianas de la agricultura familiar siendo que ellas por un lado son la mayor parte de los/as migrantes de Bolivia y a su vez de la agricultura familiar y por otro lado siendo que son las que en general más acuden al sistema de salud ya sea para cuidar de su salud y/o acompañar a familiares (hijos/as, ancianos/as, discapacitados/as).



### *Sobre los estudios en interculturalidad y migración:*

Las investigaciones y experiencias recopiladas sobre interculturalidad y salud están dirigidas mayoritariamente al estudio en población indígena, adquiriendo un carácter reivindicativo y de derecho a la identidad cultural. Aún así, es preciso destacar la importancia de ampliar a otros grupos poblacionales en tanto dan cuenta de las diferentes cosmovisiones en torno a la salud-enfermedad. En ese sentido, en lo que respecta al campo de la salud no es plausible de ser abordado sin considerar la dimensión cultural y la diversidad que en ella se contiene (Salaverry, 2010).

A lo largo de estos años, distintas iniciativas en salud desde el Estado han configurado un conjunto de directrices que fijaron como principal objetivo promover una "adecuación cultural" en las intervenciones socio-sanitarias. De manera emergente, la salud intercultural o el enfoque intercultural aplicado a la salud cobra relevancia en la agenda pública, y posibilita visibilizar y repensar las diferencias étnico-culturales acerca de las nociones de salud-enfermedad, las formas de abordaje o afrontamiento y los circuitos y prácticas llevadas adelante según sea el grupo poblacional estudiado.

Por su parte, Lorenzetti (2012) da cuenta que las intervenciones sociosanitarias presumen su pertinencia en tanto se adecuan a los principios de la Atención Primaria en Salud (APS) en pos de reducir indicadores de salud desfavorables para el sector poblacional al cual se dirigen. Sin embargo, en el diseño de estas iniciativas suele ser poco común una reflexión crítica en torno a las formas de funcionamiento específico que ejecutan, y su adecuación (o no) a aspectos socio-culturales.

Sobre el uso del concepto de salud intercultural o interculturalidad en salud, Alarcón (2003) advierte que se ha recurrido indistintamente a su uso para asignar al conjunto de acciones y políticas dentro del sector que tienden a incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención. Sin embargo, más que propuestas en torno a la implementación de un sistema intercultural la mayoría de las iniciativas hacen foco en la necesidad de incorporar estos



lineamientos a modo de enfoque o perspectiva en tanto oriente y organice el funcionamiento de los servicios.

La relevancia de este enfoque radica en atender la pertinencia cultural en el proceso de atención en salud dado que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica ponderar la diversidad biológica, social y cultural de todo ser humano como un factor fundamental del proceso de salud-enfermedad. Atender esta diversidad cobra especial relevancia en aquellos países con altas tasas de migración interpelando a los equipos de salud a desarrollar estrategias que contemplen estos factores y lograr mejorar la atención y la interrelación médico-paciente.

Rastreando los desarrollos de Eduardo Menéndez en la temática, el autor destaca que es necesario atender que las experiencias implementadas se hallan dirigidas desde las direcciones de salud y profesionales y académicos formados en la temática (Menéndez, 2016). Más aún quedan excluidos los propios movimientos étnicos de los espacios y cargos de programación y ejecución de muchas de las experiencias interculturales en salud. Complementariamente, estas iniciativas suelen tener un fin correctivo o de suplantación de saberes y prácticas tradicionales, con el fin de aumentar las demandas y abatir los rechazos de la población respecto de la atención biomédica. Tomamos de la propuesta del autor comprender que los procesos interculturales son permanentes y tienen presencia histórica. La interculturalidad es constitutiva y parte de la existencia en tanto las sociedades se encuentran en contacto permanente. Pensar la implementación de un enfoque intercultural para atender la salud-enfermedad y los procesos de atención es aceptar su presencia cotidiana en la vida de todos/as los/las personas.

Una clara limitación a estas propuestas de intervención es que siguen presentándose como profundamente ajenas a las comunidades en las cuales buscan propiciar mejoras en los procesos de salud-enfermedad. La interculturalidad es delineada "desde un afuera" y las iniciativas impulsadas continúan perpetuando una exterioridad que limita la participación y toma de decisión endógena por parte de los propios grupos étnicos.





*Acerca de los aportes de los estudios de género, feministas e interseccionalidad:*

Los procesos de medicalización de la vida social constituyen una realidad creciente. Sin embargo, estos avances tensionan con procesos que dan cuenta de otras formas de atender el padecimiento y recuperar la salud (Linardelli, 2015). Pese a esto el modelo biomédico aún continúa posicionándose como dominante frente a otros saberes sobre salud-enfermedad. Como resalta la autora, ante este escenario los estudios de género y feministas resultan una línea teórica fecunda para poner en cuestión estos supuestos y repensar el campo de la salud.

Para pensar el recorrido y sostenimiento que realizan las mujeres migrantes en los servicios de salud recurrimos al enfoque interseccional dado su gran valor teórico. El concepto de interseccionalidad (Crenshaw, 1991; Viveros Vigoya, 2016) nos permite realizar un análisis a partir de la imbricación de opresiones ligadas a las categorías de sexo, género, clase, raza, orientación sexual y territorio. Por otro lado, los aportes realizados por los feminismos decoloniales (Bidaseca, 2016; Bidaseca, et al., 2016; Lugones, 2008; Lugones, 2011) nos permiten partir de una crítica al dominio colonial establecido por los imperios y todo el discurso social y simbólico que lo sostiene y los justifica, en donde se entrelaza la distribución jerárquica de la población en función de un criterio racial, pero también de género, identidad sexual y territorio. En este sentido, vamos a encontrar que sexismo, racismo y explotación de clase son sistemas de dominación que interrelacionados determinarán la subordinación de las mujeres a nivel global con particularidades en cada región. De esta forma, estos aportes posibilitan una lectura que apunte a un análisis integral de la experiencia de las mujeres en relación a los derechos vinculados con la salud.

El trabajo de cuidados es otra de las dimensiones a considerar ya que es transversal e integral al proceso de salud-enfermedad, pues son las mujeres las que mayoritariamente se encargan del cuidado, protección, atención o recuperación de la salud de quienes integran el entramado familiar (Esquivel, Faur y Jelin, 2012).



Esto último adquiere relevancia dado que las tareas de cuidados, son esenciales para la reproducción de la vida e históricamente invisibilizadas. Llama la atención la vacancia de estudios sobre accesibilidad desde una perspectiva relacional entre usuarios y servicios de salud mental, incluyendo desde un enfoque de género el atravesamiento de las tareas de cuidado en dicho proceso. Son en su mayoría las mujeres adultas las encargadas de elaborar, gestionar e implementar las estrategias para lograr el acceso a la cobertura de la salud de un familiar. De esta manera, queda en evidencia que el cuidado de la salud será efectuado mediante la variable de ajuste del tiempo y el esfuerzo físico que recae sobre las mujeres (CEPAL, 2020).

Puede considerarse como uno de los elementos claves para abordar el acceso a la atención en salud. Dentro del campo de la salud, el término cuidados es utilizado de manera polisémica (Michalewicz, Pierri y Ardila-Gómez, 2014). Para esta presentación nos centraremos en el uso amplio del concepto, en tanto las actividades indispensables para poder cubrir las necesidades básicas para reproducirnos. De este modo, nos referiremos al cuidado de otros/as (y en particular de aquellos dependientes como niños/as, ancianos/as y personas discapacitadas) el cual incluye aspectos como la alimentación, la educación (formal y de transmisión de valores sociales y prácticas culturales), apoyo y contención emocional, la salud y todas las prácticas para generar las condiciones óptimas para que se desarrollen esos cuidados y la gestión de los mismos. A su vez, estas dinámicas de cuidado suelen desarrollarse en diversos escenarios, con distintos actores con los que se mantienen vínculos informales, de cercanía y confianza, de parentesco, o más formales del tipo comunitario o laboral. De esta manera se configura la organización social de los cuidados, la cual hace referencia a los modos en los que se distribuye y se relacionan las tareas, los trabajos y las responsabilidades de cuidado entre el Estado, el mercado, las organizaciones sociales y las familias (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015). Este panorama nos grafica una configuración de redes de cuidado en donde se interrelacionan estos escenarios, sus actores, los/as cuidadores/as



y las personas cuidadas, marcos normativos, regulaciones, etc., en continuo dinamismo, lo cual configura una realidad altamente compleja para su abordaje integral.

Dado que interrelacionamos el concepto de cuidado con una perspectiva de género a partir de los desarrollos teóricos de la economía feminista (Esquivel, 2011; Durán, 2012 y Enríquez, 2015), identificamos que el escenario privilegiado en donde se desarrollan las dinámicas de cuidado es el hogar; y siguiendo la tradicional división sexual del trabajo basada en estereotipos de género, encontramos que son las mujeres de dichos hogares las que se encargan principalmente de proveer los cuidados a todos los integrantes de la familia. De esta manera tienen la responsabilidad moral y material de garantizar las condiciones de posibilidad de los cuidados, gestionarlos e implementarlos, con o sin remuneración. En este sentido, estas mujeres se transforman en cuidadoras informales que realizan tareas no remuneradas vinculadas a actos de entrega y de amor (Federici, 2017), siendo su tiempo, su salud física, su desarrollo personal y su trayectoria laboral, las variables de ajuste para poder llevarlo adelante sostenidamente en el tiempo.

### **Reflexiones Finales**

Sin pretender una exhaustividad en la sistematización presentada lo que se propició fue recabar aquellos aportes más significativos para la problemática encarada en el estudio mencionado previamente.

La accesibilidad es una categoría analítica que nos proporciona una mirada relacional entre usuarios y prestadores de servicios de salud, identificando los encuentros y desencuentros que pueden sucederse entre los distintos actores involucrados. Como enfoque de estudio cuenta con la potencialidad de incorporar múltiples dimensiones que se interrelacionan y refuerzan mutuamente. Sin dudas, la dimensión psico-social y cultural es de vital importancia en tanto incorpora aquellas nociones en torno a la salud-enfermedad, las estrategias desplegadas por los usuarios, la ponderación del vínculo establecido con los referentes de salud, la



identificación de obstáculos o limitaciones en el acceso, atención y sostenimiento en los servicios de salud, entre otros aspectos a indagar. Dada la permanencia y carácter dominante que adquieren las prácticas en salud desde la perspectiva biomédica, atender y comprender de manera más global e integrada otras nociones posibilita permear un enfoque que lleva muchísimos años puesto en cuestionamiento, dada sus limitaciones y efectos avasallantes sobre amplios grupos de la población.

Trabajar con población subalterna, en esta propuesta particularmente el interés se focaliza en las experiencias de mujeres migrantes, nos posiciona de lleno en los debates sobre la relevancia del enfoque intercultural. En tanto, no se consideren los reclamos, reivindicaciones y aspectos culturales específicos de los grupos subalternos, la mirada constreñida en torno a la salud constituirá un impedimento para el pleno ejercicio del derecho a la salud de todas las personas. Retomando las reflexiones de Eduardo Menéndez la interculturalidad se funda en la cotidianeidad y en el movimiento permanente del encuentro y desencuentro entre culturas. La mirada intercultural nos posiciona en lo constitutivo del entramado social.

Trabajar desde la interculturalidad, también nos acerca a la interseccionalidad y los estudios de género y feministas. El valor de estas líneas teóricas posibilita un recorrido por las múltiples e imbricadas desigualdades que pueden atravesar a los/ sujetos/as. Desde estos enfoques la puesta analítica e histórica resulta develadora de las limitaciones, discriminaciones y adversidades que pueden atravesar en este caso las mujeres en sus experiencias en el campo de la salud-enfermedad. Sumatoriamente, son ellas quienes mayoritariamente se encargan de gestionar el cuidado de otros/as, lo que también redundará en una mayor exposición a los servicios y distintos actores del sector salud. De manera tal, que las situaciones adversas que enfrentan se ven duplicadas en tanto cuidadoras de la salud de otros/as.

Retomar estos enfoques y ponerlos en diálogo con la categoría de accesibilidad y sus múltiples dimensiones, brindará una comprensión más integral de las experiencias que afrontan las mujeres



migrantes en torno al acceso y atención en los servicios, así como las interacciones diferenciales que establecen con los distintos actores de dicho sistema. También cabe indagar aquellas áreas de salud que más afectan al grupo seleccionado y la cobertura (o no) de las mismas.

## Referencias bibliográficas

- ACERO, Myriam *et al.* (2013). "Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 31: 103-110.
- AIZENBERG, Lila, María Laura RODRÍGUEZ y Adrián CARBONETTI (2015). "Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba". *Migraciones Internacionales*, Vol. 8: 65-94.
- AIZENBERG Lila y Gabriela MAURE (2017). "Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina". *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*, Vol. 25: 149-164.
- ARELLANO, Olivia, José ESCUDERO y Luz MORENO (2008). "Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES". *Medicina Social*, Vol. 3: 323-335.
- BARCALA, Alejandra y Alicia STOLKINER(2000). "Accesibilidad a servicios de salud de familias con sus necesidades básicas insatisfechas (NBI): Estudio de caso". *Anuario de Investigaciones*, Vol. 8: 282-295.
- BARRIA OYARZO, Carlos (2020). "Gestión de políticas públicas en salud: mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina." *Anthropologica*, Vol. 38: 157-185.
- BIDASECA, Karina (2016). *Feminismos y poscolonialidad 2*. Buenos Aires, Godot.
- BIDASECA, Karina *et al.* (2016). "La articulación entre raza, género y clase a partir de Aníbal Quijano. Diálogos interdisciplinarios y lecturas desde el feminismo". *Revista Papeles de Trabajo*, Vol.: 195-218.
- CANO, Agustín, Victoria EVIA, e Ismael APUD (2014). "Modelos de atención y condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental. Estudio de caso en un servicio de Montevideo, Uruguay". *Revista diálogos*, Vol. 4: 65-73.
- CANEVARI, Cecilia y Cristina BIAGGI (2020). "Mujeres, producción y reproducción", en A. de Arce y A. Salomón (comp.) *Una mirada histórica al bienestar rural argentino*. Buenos Aires, Ed. Teseo, pp. 229-252.
- CERUTTI, Marcela (2011). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos Aires, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo y Centro de Estudios de Población.



- COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD (CDSS) (2008). "Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud".
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Santiago, Naciones Unidas.
- COMES, Yamila et al. (2007). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". Anuario de Investigaciones, Vol. 14: 201-209.
- COMES, Yamila y Alicia STOLKINER (2004). "Si pudiera pagaría": Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones, Vol. 12: 137-143.
- DEBANDI, Natalia, Julieta NICOLAO y Ana Paula PENCHASZADEH (2021). Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020. Buenos Aires, Red de Investigaciones en Derechos Humanos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
- CIARALLO, Ana (2014). *Se vamo' a la de dios. Migración y trabajo en la reproducción social de familias bolivianas hortícolas en el Alto Valle del Río Negro*. Córdoba, Centro de Estudios Avanzados.
- CRENSHAW, Kimberlé (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, Vol. 43: 1.241-1.299.
- DURÁN, María (2012). *El trabajo no remunerado en la economía global*. Madrid, Fundación BBVA.
- ENGELMAN, Martín (2007). "Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud". *Anuario de Investigaciones*, Vol.14: 221-228.
- ESQUIVEL, Valeria (2011). La Economía del Cuidado: un recorrido conceptual, en N. Sanchís (comp.) *Aportes al debate del desarrollo en América Latina. Una perspectiva Feminista* (20-30). Buenos Aires, Red de Género y Comercio, pp. 20-30.
- ESQUIVEL, Valeria, Eleonor FAURY y Elizabeth JELIN (2012). "Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado", en V. Esquivel, E. Faur y E. Jelin (comp.) *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social, pp. 11-43.
- FEDERICI, Silvia (2017). *Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Buenos Aires, Traficantes de Sueños.
- FEDERICI, Silvia (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Buenos Aires, Traficante de sueños.
- FEITO, María (2013). "Agricultura familiar para el desarrollo rural argentino, en *Avá*, Vol. 23.
- FIGUEROA PEDRAZA, Dixis y Gabriela CAVALCANTI COSTA (2014). "Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia". *Enferm. glob.*, Vol. 13: 267-278.



- FORO NACIONAL DE LA AGRICULTURA FAMILIAR. (2006). Nota de presentación y documento elaborado por las organizaciones representativas del sector productor agropecuario familiar.
- GARCÍA, Lila (2016). "Personas migrantes y acceso a la justicia. Notas para pensar una tutela efectiva a partir de los casos judicializados de personas en situación de expulsión". *Derecho y Ciencias Sociales*, Vol. 15: 21 -46.
- GOLDBERG, Alejandro (2014). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, Vol. 11: 199-216
- HIRMAS, Macarena et al. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 33: 223-229.
- JELIN, Elizabeth, Alejandro GRIMSON y Nina ZAMBERLIN (2006). "¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud", en E. Jelin (dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social, pp. 33-46.
- LINARDELLI, Ma. Florencia (2015). "Salud mental y género. Diálogos y contrapuntos entre biomedicina, feminismos e interseccionalidad". *Revista Digital de Ciencias Sociales*, Vol. 2: 199-224.
- LOGIOVINE, Sabrina (2015). "Psicología y Salud Rural: aportes desde la psicología comunitaria para pensar las barreras en el acceso al sistema de salud en una población rural", ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires.
- LORENZETTI, M. (2012). "La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades periurbanas Wichi del depto de San Martín (Salta)". *Publicar*, Vol. 10: 65-85.
- LUGONES, María (2008). "Colonialidad y género: Hacia un feminismo descolonial". *Tabula Rasa*, Vol. 9: 73-101.
- LUGONES, María (2011). "Hacia un feminismo descolonial". *La manzana de la discordia*, Vol. 6: 105-117
- MENÉNDEZ, Eduardo (2016). "Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos". *Ciência y Saúde Coletiva*, Vol. 21: 109-118.
- MICHALEWICZ, Alejandro, Carla PIERRI y Sara ARDILA-GÓMEZ (2014). "Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización". *Anuario de investigaciones*, Vol. 21: 217-224.
- MINISTERIO DE MUJERES, GÉNERO Y DIVERSIDAD (2022). La igualdad de género en el mundo del trabajo. Cuadernillo de Formación. Buenos Aires, Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad.



MOLINA, Celina (2019). "La salud de los migrantes como desafío para la salud pública". *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, Vol. 29: 00-00.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina y MARZONETTO, Gabriela (2015). *El trabajo de cuidado remunerado: Estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares*. Buenos Aires, Documentos de Trabajo Políticas públicas y derecho al cuidado.

RODRÍGUEZ ENRÍQUEZ, Corina (2015). "Economía Feminista y Economía del Cuidado: Aportes Conceptuales para el estudio de la Desigualdad". *Nueva sociedad*, Vol. 256: 30-44.

RUDOLF, Susana (2009). *Accesibilidad y participación ciudadana en el Sistema de Salud. Una mirada desde la Psicología*. Montevideo, Editorial Fin de Siglo.

SALAVERRY, Oswaldo (2010). "Presentación del simposio: Interculturalidad en salud". *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, Vol. 27: 80-93.

VIVEROS VIGOYA, Mara (2016). "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate feminista*, Vol. 52: 1-17.

VÁZQUEZ, Andrea (2009). "El estigma sobre la drogodependencia y su relación con la Accesibilidad a Servicios de Salud, Revista Psicologías".

VÁZQUEZ LABA, Vanesa y Milena PÁRAMO BERNAL (2013). "Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región Noroeste argentino". *Revista Medicina, Salud y Sociedad*, Vol. 3: 1-24.

