



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

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

¿Cómo resuelven las prácticas alimentarias las mujeres migrantes bolivianas desde la perspectiva de la autoatención?

Agostina García. Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. CONICET. agostinagarcia0@gmail.com

Daniela Martina. Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. daniela_martina@unc.edu.ar

Resumen

Esta ponencia tiene por objetivo analizar las prácticas alimentarias que realizan las mujeres migrantes bolivianas residentes del barrio Nuestro Hogar III, Córdoba (Argentina), desde la perspectiva de la autoatención en un contexto intercultural. El abordaje se centró en las prácticas alimentarias desde la perspectiva de la antropología social, y en ese contexto, del diálogo entre dos de sus subdisciplinas como son la antropología alimentaria y la antropología médica. Desde estos aportes, buscamos entender a las prácticas alimentarias como prácticas sociales, históricas y colectivas que (re)producen sentidos sociales y tramas culturales. La autoatención fue trabajada como una categoría transversal a las prácticas alimentarias, entendiéndola como aquellas acciones que realizan los grupos sociales para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer aspectos de la salud que apuntan a la reducción de conductas de riesgo.

Mediante una metodología cualitativa, situamos el trabajo de campo en el barrio Nuestro Hogar III entre los años 2016 y 2017. Durante ese período, realizamos entrevistas en profundidad a once mujeres migrantes bolivianas, y observaciones con y sin participación en distintos espacios del barrio. A partir de esto, pudimos evidenciar que las prácticas alimentarias no se encuentran desvinculadas de la autoatención al interior de los microgrupos, formando parte integrante y activa de la construcción de la salud. Estas prácticas están sustentadas en experiencias propias y decisiones racionales de las mujeres migrantes, pero también en saberes generacionales y genéricos que les brinda un marco de apoyo y de contención.

Palabras clave: *Prácticas Alimentarias; Autoatención; Migración; Interculturalidad.*

Introducción

Esta ponencia se enmarca en un trabajo de tesis de la maestría en salud materno infantil de la Universidad Nacional de Córdoba, y tiene por objetivo analizar las prácticas alimentarias que realizan las mujeres migrantes bolivianas que residen en el barrio Nuestro Hogar III de la ciudad de Córdoba, desde la perspectiva de la autoatención en un contexto intercultural. Nos resultó interesante orientar el análisis en las prácticas alimentarias del colectivo con mayor porcentaje de población y visibilidad en la ciudad de Córdoba, como es el boliviano, lo que implica la búsqueda por superar miradas homogeneizantes de las prácticas alimentarias, así como su abordaje en tanto mero hábito aprendido mecánica e inconscientemente, ignorando el tejido de creencias y representaciones de quienes realizan esos comportamientos (Fischler, 1995), perspectiva que suele predominar en el sistema sanitario (Menéndez, 2009; Bruno, 2013). Para eso, buscamos ampliar la mirada hacia diferentes modos culturales y sociales de alimentarse en contextos migratorios, dimensiones que no suelen ser priorizadas o explicitadas suficientemente en los procesos de investigación en salud (Barten, 2008). El abordaje de este trabajo se centró en las prácticas alimentarias desde la perspectiva de la antropología social, y en ese contexto, del diálogo entre dos de sus subdisciplinas como son la

antropología alimentaria y la antropología médica, que posibilitaron incorporar dimensiones sociales y culturales en el análisis, como así también facilitar el abordaje desde la óptica de la autoatención en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. En esta línea, las prácticas alimentarias no fueron abordadas desde un paradigma biomédico de la salud; por el contrario, buscamos entenderlas como prácticas sociales, históricas y colectivas que (re)producen sentidos sociales y tramas culturales. Respecto a la autoatención, la trabajamos como una categoría transversal a las prácticas alimentarias, entendiéndola como aquellas acciones que realizan los microgrupos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos, y favorecer aspectos de la salud que apuntan a la reducción de conductas de riesgo (Menéndez, 2009). Asimismo, focalizamos en la interculturalidad en salud entendida como espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres, saberes, y prácticas distintas al modelo de salud biomédico occidental. De esto se desprende la necesidad de recuperar saberes, experiencias y prácticas que las mujeres migrantes bolivianas traen consigo desde sus lugares de origen, y que (re)producen y/o (re)construyen en el lugar de destino, fortaleciendo las cosmovisiones en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención. En tal sentido, distintas investigaciones profundizan en el campo de salud migratoria recuperando los procesos de salud-enfermedad-atención (Jelin, et al., 2006; Goldberg, 2008; Aizenberg y Baeza, 2017; Baeza, et al., 2019). Sin embargo, no se trabaja la noción de las prácticas alimentarias como parte de la autoatención en contextos migratorios sudamericanos e interculturales, por lo que este trabajo pretende realizar aportes al respecto.

Apuntes metodológicos

Entendemos que indagar las prácticas alimentarias desde disciplinas como la antropología social, requiere el uso de una metodología que habilite iluminar los múltiples matices que atraviesan el comer como una práctica social, colectiva, y (re) productora de sentidos sociales y tramas culturales. Por eso, optamos por una metodología cualitativa, enmarcada en el paradigma interpretativista, orientada a pensar la investigación como un proceso interactivo con las actrices sociales, priorizando sus palabras, sus comportamientos observables como datos primarios y sus cosmovisiones sobre sus propios mundos (Vasilachis de Gialdino, 2006). El trabajo de campo se enmarcó en el barrio Nuestro Hogar III de la ciudad de Córdoba durante los meses de mayo de 2016 a marzo de 2017. Los resultados se obtuvieron de once entrevistas a mujeres migrantes bolivianas que residen en el barrio, y de observaciones con y sin participación con los correspondientes registros escritos y fotográficos. El tamaño de la muestra estuvo orientado por la saturación teórica (Vasilachis de Gialdino, 2006), y su conformación la construimos mediante la vinculación con referentes para las mujeres, identificados como interlocutores del trabajo.

Para esta ponencia, nos resultó relevante detenernos en la inserción en el campo. A comienzos del año 2016, y a través redes de contacto, logramos acceder al equipo de salud del centro de atención primaria de la salud N°79, quienes posibilitaron formalizar la inserción en el campo en el marco esa institución. En paralelo, se presentó la posibilidad de que una de las ponentes, en ese momento tesista, acompañe durante seis meses a un grupo de cuatro estudiantes que se encontraban por iniciar sus prácticas pre profesionales en salud pública¹ de la carrera licenciatura en nutrición, en el rol de instructora en el área. Esto permitió una inserción cotidiana en el centro de salud y en la capilla del barrio “Divino Niño Jesús”, espacio en el que se situó una escuela de oficios comunitaria y un jardín maternal. La concurrencia a

¹ La práctica pre profesional en Salud Pública de la Escuela de Nutrición constituye un espacio de integración docente asistencial que permite poner en relación prácticas y saberes vinculados al perfil profesional del Lic. en Nutrición en un espacio de convergencia de los territorios, el sistema de salud y la universidad. Se llevan a cabo en Centros de Atención Primaria de Salud de comunidades urbanas y periurbanas en situación de inequidad socioeconómica y por lo tanto alimentaria. Las intervenciones se orientan a la prevención de patologías emergentes y la promoción de la salud, sustentadas en la estrategia de la consejería nutricional tanto a nivel individual, familiar como comunitario.

ambos espacios fue cotidiana, y se situó entre los meses de mayo a noviembre del año 2016. A lo largo de la inserción en el campo se presentaron distintos desafíos e interrogantes vinculados fundamentalmente a cómo ingresar al terreno con un “doble rol”: investigadora y profesional prestadora de servicios. Dicho de otro modo, sería la misma persona la que coordinaría los espacios de consultas alimentarias-nutricionales en el centro de salud, y al mismo tiempo, indagaría en las prácticas alimentarias de mujeres migrantes bolivianas en el marco del proceso investigativo. Esta situación lejos de provocar temores y distanciamientos con la comunidad, generó acercamientos con las mujeres, a las que posteriormente tuvimos la posibilidad de entrevistar para la investigación.

Nuestro Hogar III, un barrio con entramado intercultural

Desde fines del siglo XX, la provincia de Córdoba se convirtió en uno de los destinos elegidos por la población migrante sudamericana. Según datos del último censo nacional de población de 2010, del total de la población extranjera que vive en la provincia de Córdoba, cerca de 75 por ciento proviene de América del Sur, y el colectivo más grande en términos numéricos es el boliviano. De acuerdo al censo provincial de 2008, la migración boliviana representa 51 por ciento del total de la población de los países limítrofes (Aizernberg, et al., 2015). Constituye una corriente antigua, con redes consolidadas y una ubicación espacial reconocida y estudiada. Gran parte de los y las migrantes que llegan se ubican en zonas urbanas periféricas de la ciudad, como es el caso de Villa El Libertador, Villa Esquiú, Bajo Pueyrredón y Nuestro Hogar III (Nicolao, 2012). Siendo Nuestro Hogar III uno de los barrios más habitados por familias migrantes bolivianas, nos resulta significativo contextualizar este espacio en el que se desarrolló el trabajo.

El barrio Nuestro Hogar III se ubica en la zona sur de la ciudad de Córdoba, en proximidad a la ruta nacional 36. Se origina a partir de la venta fraudulenta realizada por una cooperativa de crédito vivienda y consumo a partir del año 1997. Luego de dos años y condenado penalmente el loteador, muchas familias comenzaron a asentarse en los terrenos de modo acelerado. El asentamiento está conformado por más de 1600 familias, y constituye el caso más grande de informalidad urbana de la

ciudad de Córdoba, no solo por su dimensión poblacional, sino por la complejidad urbana y ambiental (Cáceres, 2016). Se caracteriza por la exposición a factores de riesgo ambientales como fumigaciones en campos colindantes por la siembra de soja, humo producido por la quema de ladrillos, y contaminación del suelo producto de la preexistencia de un basural a cielo abierto municipal hasta el año 1972. Es un sector socialmente heterogéneo, especialmente por la nacionalidad de las personas que lo residen: hay un alto porcentaje de familias bolivianas, peruanas y paraguayas. Se encuentra en una zona semi-rural, atravesada por la vulnerabilidad social, económica y la alta movilidad territorial de la población (Piotti, 2012). En relación a la infraestructura, sólo la calle principal se encuentra asfaltada. La mayoría de las viviendas son de mampostería y techos de teja. En lo que respecta a los servicios, el barrio cuenta con red de agua potable, recolección de residuos en las zonas principales y conexiones eléctricas domiciliarias; carece de red de gas natural. Además, cuenta con un Centro de Atención Primaria de la Salud, una escuela primaria (Albert Bruce Sabin), una escuela de adultos y una capilla. En este encuadre particular, las personas recorren y experimentan el barrio, vivenciando cotidianamente la distancia geográfica y simbólica del resto de la ciudad. Sólo llega una línea de colectivo.

Prácticas alimentarias desde la perspectiva de la autoatención: el caso de mujeres migrantes bolivianas del barrio Nuestro Hogar III

El campo de la antropología alimentaria ha brindado aportes significativos al campo de la alimentación en términos de incorporar dimensiones sociales y culturales en el análisis y la comprensión de las prácticas alimentarias. Estos aportes permitieron ampliar la mirada biomédica que predomina en los abordajes alimentario-nutricionales, y que ha contribuido con el remplazo del comer como un hecho social total (Mauss, 1971) por una ingesta cuantificada, prescriptiva, universal y medicalizante (Garrote, 2000). De esta manera, como plantea Fischler (1995), las prácticas alimentarias quedan reducidas en su comprensión, ligándolas a comportamientos “puros”, aprendidos de manera mecánica e inconsciente, sin considerar los entramados culturales de quienes las realizan. En contraste, diversos

trabajos provenientes de la antropología han profundizado en las prácticas alimentarias y la relación simbólica y material que articula la selección, preparación, distribución y consumo de los alimentos, con múltiples matices como las creencias y las representaciones sociales (Fischler, 1995), las estrategias domésticas de consumo (Garrote, 2005; Aguirre, 2004) o la cultura alimentaria, la gramática culinaria y el gusto (Arnaiz y Contreras Hernández, 2005). De esta forma, la antropología alimentaria ha favorecido al entendimiento del “complejo mundo del comer” (Huergo, 2016) desde los múltiples matices que lo atraviesan, habilitando la comprensión de la alimentación como el primer aprendizaje social de los seres humanos (Arnaiz y Contreras Hernández, 2005).

Por su parte, la antropología médica ha realizado contribuciones importantes en torno al análisis y la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención en diferentes sectores y actores, no sólo en términos de la articulación que los sujetos y los grupos sociales realizan entre distintas formas de atención, sino también del proceso de apropiación que los grupos hacen de los saberes biomédicos (Menéndez, 2018). El proceso de salud-enfermedad-atención constituye un universal que opera estructuralmente y de modo diferenciado en todas las sociedades y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el que se construyen las causas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos respecto de los mismos (Menéndez, 2004). En esta línea, buscamos analizar las prácticas alimentarias de mujeres migrantes bolivianas desde la perspectiva de la autoatención, en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. Esta mirada permite reforzar las potencialidades de la autoatención en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y comprenderla como “el primer nivel real de atención” a la salud (Osorio, 2001; Ortale, 2002; Menéndez, 2009). De acuerdo con esto, entendemos que el ámbito doméstico es un espacio de la vida social que resulta privilegiado para observar los procesos de salud-enfermedad-atención como eventos cotidianos, por ser el espacio donde generalmente se inicia la búsqueda de caminos tendientes a resolver situaciones de salud. Esto implica la toma de decisiones y acciones que involucran distintos saberes que los conjuntos sociales legitiman,

asignando significados y sentidos que orientan sus sistemas de atención a la salud. Los modos de comprender y experimentar los procesos de salud-enfermedad-atención en un grupo social producen y son el producto de construcciones sociales y culturales en torno a los padecimientos y a la salud (Osorio, 2001).

Siguiendo a Eduardo Menéndez (2009), la autoatención es una de las actividades básicas del proceso de salud-enfermedad-atención, y es entendida como el conjunto de “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de grupo social para diagnosticar, explicar, aliviar, curar, solucionar o prevenir procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2009, p. 52). La autoatención es un proceso estructural en términos de que busca asegurar la (re)producción biosocial y sociocultural de los sujetos y los grupos sociales, por lo tanto, opera desde su carácter social y grupal, es decir que su propuesta siempre se orienta hacia la salud colectiva (Menéndez, 2009). El/la sujeto y su microgrupo pueden consultar uno o más profesionales, pero siempre a partir del núcleo de la autoatención. De modo que la autoatención no es una actividad que se desarrolla de manera aislada ni autónoma, sino que hay que comprenderla como un proceso que atraviesa lo cotidiano de los grupos sociales y las distintas formas de atención que operan como sus referentes. Es la autoatención la que articula las diferentes formas de atención existentes a través de lo que Menéndez llama la “carrera del enfermo”. Es en esta trayectoria donde se puede observar el uso complementario y no excluyente de formas de atención que cada grupo utiliza con la finalidad resolver sus problemas de salud (Menéndez, 2003). Esta cuestión pudimos observarla en nuestro trabajo, donde se evidenció que las mujeres migrantes bolivianas construyen salud en múltiples espacios que transitan, existiendo, en la mayoría de los casos, una articulación entre modelos de atención. Para algunos padecimientos las mujeres migrantes concurren al centro de salud para tratarlos a través de la biomedicina, mientras que para otros, acuden a lo que ellas denominan médico de campo o brujo, identificado como un/a curador/a de su misma nacionalidad, que alivia o resuelve malestares bajo la forma de atención popular o tradicional:

Yo hago varias cosas. Para el dolor de panza (de sus hijos) lo resuelvo en mi casa, ya si es fiebre u otra cosa, los traigo acá (al centro de salud). Mi hija de chiquitita era muy llorona, no sabía qué tenía. La llevé ahí a una señora de Angelelli (médica de campo). (Elisa, Córdoba, 2016).

Yo atiendo a mis hijos en el médico de campo. Es un paisano, es bueno. Cuando él (su hijo) está asustado o tiene pata de cabra, ahí lo llevo. Lo revisan para ver si está asustado, tres veces lo tienes que llevar y se le va. Acá (en el centro de salud) no saben de esas cosas, eso lo cura el brujo. También traigo a mis hijos al control de niño sano. Con el doctor Gustavo, vengo porque es mi paisano, no saco con otros turnos. Me siento más cómoda hablar cualquier cosa con él. (María, Córdoba 2016).

En las sociedades latinoamericanas actuales existen diferentes formas de atención a la enfermedad, que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, distintos indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. La multiplicidad en los modos de atención que operan en los microgrupos tiene que ver con las condiciones religiosas, culturales, económicas, políticas y científicas (Menéndez, 2003). De modo que los procesos de salud-enfermedad-atención se materializan por las circunstancias específicas de cada grupo social. En línea con esto, entendemos que analizar las prácticas alimentarias con la mirada puesta en la autoatención y en contextos interculturales, implica abordar la alimentación no como un hecho aislado sino como una continuidad histórico-espacial entre el país de origen y el de destino.

Como refieren Lila Aizenberg y Brígida Baeza (2017), la perspectiva histórica no ha sido suficientemente problematizada en los estudios sobre migración y salud, que tienden a tomar a la/al migrante a partir de una foto estática una vez instaladas/os en el lugar de destino, sin considerar sus propias trayectorias, como así también los procesos históricos y sociales en términos más amplios donde han constituido sus prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención. La aproximación histórica habilita a recuperar las características que tienen los procesos de salud-enfermedad-atención en los lugares de origen para comprender las diversas prácticas que asumen los grupos migratorios en los lugares de destino.

Para el caso de las prácticas alimentarias, pudimos evidenciar cómo las mujeres migrantes bolivianas traen consigo determinadas prácticas de sus ámbitos rurales de origen que replican en el lugar de destino, con la finalidad de promocionar la salud y/o prevenir padecimientos, especialmente de sus hijas o hijos.

Una de las prácticas estuvo fuertemente vinculada con lactancia materna. A lo largo del trabajo de campo fue posible comprobar la importancia que tenía para las mujeres migrantes bolivianas amamantar a sus hijas o hijos. Esto no sólo se vio reflejado en el tiempo prologado de amamantamiento, sino también, en las prácticas que ellas despliegan para aumentar la producción de leche durante la lactancia:

Siempre tomaba mate cebado de yerbas y me salía más leche. Sopa de quínoa y mate cocido también. (María, Córdoba, 2016).

Mi suegra me daba sopa de oveja, de su cabeza, para que tenga más leche (...)
Mi mamá sabía matar un pato y me decía "comé esto". Lo comía en sopa (...).
Carne no lo recomiendan tanto, más el caldo, porque si no el bebé no va a tener leche. (Julia, Córdoba, 2017).

Tomaba té de yerbas, de coca, sopa de arroz, sopa de fideos, eso, baja más leche. (Elena, Córdoba, 2017).

Tomaba mucha sopa, eso te aumenta. (Patricia, Córdoba, 2017).

Estas prácticas las ubicamos bajo la categoría de autoatención, en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. Coincidiendo con lo que plantea Alejandro Goldberg (2008), las mujeres bolivianas despliegan actividades de autoatención en el ámbito de la unidad doméstica, sin la concurrencia directa de profesionales de salud. Estas prácticas están sustentadas en experiencias propias y decisiones racionales de las mujeres, pero también en saberes transmitidos genérica y generacionalmente:

Mi tía y mi hermano mayor siempre me decían que tomando eso iba a tener más leche, venía de familia, se repetía (Patricia, Córdoba, 2017).

Las mujeres sabían decir eso (cuáles son los alimentos y las comidas para producir más leche). Estos saberes son de las mujeres más mayores, son las más sabias. Después las madres nos dicen hay que hacer esto así y así y listo (Miriam, Córdoba 2017).

Las mujeres, mi mamá, ellas te lo enseñan. Siempre es así (Margarita, Córdoba, 2017).

A través de los relatos resulta claro cómo el sistema de saberes generacionales y genéricos permite a las mujeres migrantes acceder a un marco de apoyo y contención que contribuye al desarrollo de actividades de autoatención. Tal como plantea Menéndez (2008), el concepto de autoatención tiene un carácter inclusivo, social y grupal, aun refiriéndose a las experiencias y trayectorias individuales de las/os sujetas/os, tiene siempre como referencias entidades grupales. En coincidencia con esto, en este trabajo las prácticas alimentarias enmarcadas en la categoría de autoatención, no fueron analizadas en términos individualistas, sino a partir de recuperar la capacidad de agencia de las mujeres, y de cómo ellas resignifican esas prácticas propias de su grupo social. Así, el acto de comer devela un entramado complejo de relaciones y vínculos, de significados y de representaciones, donde la pertenencia cultural a un determinado microgrupo, a una clase social, a una historia individual y colectiva, en un contexto social, político, económico, y en un espacio temporal determinado, condicionan los comportamientos y las prácticas (Fischler, 1995). Dentro de esta multiplicidad de significaciones, la comida adquiere un lugar fundamental en la cotidianidad de las mujeres migrantes para mantener la salud de sus hijas o hijas:

Trato de darles comidas para que no esté enfermos, les doy sopa de maní, (...), sopa de quínoa, lagüita de jankakipa², sopa de trigo, sopa de chairo³ (Elisa, Córdoba, 2016).

Les doy frutas para que sean más sanos y fuertes. (Elena, Córdoba, 2016).

² Sopa espesa de maíz y verduras.

³ Sopa que se prepara con chuño (papa deshidratada), carne y maíz blanco.

Para que no se enferme le doy licuados de frutas, o la fruta cortada, eso para que crezca sano, para que crezca bien. (Raquel, Córdoba, 2016).

Las mujeres fomentan en sus hijas o hijos el consumo de frutas y distintos tipos de sopas, prácticas sustentadas en la prevención de la enfermedad, o, en términos de positividad, la promoción de su salud. A lo largo del trabajo de campo, también pudimos evidenciar cómo las mujeres migrantes acuden al consumo de plantas medicinales para aliviar o resolver malestares ya presentes en sus hijas o hijos:

Té de coca para la barriga, a veces estamos inflados de la barriga, tomas té de coca y te alivia. A todos mis hijos les doy una cucharita. Té de manzanilla también. (María, Córdoba, 2016).

Si les duele la panza les hago un té de paico, eso te calma. Y sino tuesto la yerba de mate, con azúcar y cáscara de granada o de naranja, y canela. Eso lo hago hervir, lo colas y toman un vaso. Es para el dolor de panza. (Miriam, Córdoba, 2017).

Cuando les duele la panza les doy paico, que lo tengo en mi casa, es una planta, como una menta. Pongo unas hojas en un vaso, y le echo agua caliente, y esa agüita se las doy, es muy buena para eso. (Marta, Córdoba, 2017).

Primero trato de curarnos con cosas caseras. Té de paico, té de anís. El paico es una planta que justamente es para el dolor de panza. Hojas de coca no porque es pesado, eso son para grandes. A los bebés anís, paico, tecito de ruda, todo en tecito, una o dos cucharitas y a dormir. Té de manzanilla o té de anís, también para los gases, una o media cucharita. Estas son tradiciones de la familia. Mi abuela le decía a mi mamá, mi mamá me decía a mí y así (Elena, Córdoba, 2017).

A partir de estos relatos, se hace visible cómo las mujeres migrantes bolivianas desarrollan la autoatención como una actividad constante que atraviesa la cotidianidad de las prácticas alimentarias, y que tiene como finalidad asegurar la salud en términos de acciones que aumenten el bienestar, como así también que eviten la aparición de padecimientos. Todas las sociedades desarrollan saberes específicos, estableciendo una división del trabajo, donde la mujer, en su rol de

esposa y madre, es la que sostiene el proceso de salud-enfermedad-atención al interior del microgrupo social (Menéndez, 2009). En acuerdo con esto, las entrevistas dieron cuenta que las prácticas alimentarias enmarcadas en la autoatención, están estructuradas mediante la incesante gestión femenina. El sostenimiento de estas prácticas implica una intensiva mano de obra femenina, un trabajo emocional, afectivo, físico e intelectual al interior de los grupos domésticos, que es imprescindible para el bienestar humano (Federici, 2013).

A modo de cierre

Las prácticas alimentarias no se encuentran desvinculadas de la autoatención de los procesos de salud-enfermedad al interior de los microgrupos y de los colectivos socio-culturales. Forman parte integrante y activa de la construcción de la salud. De esta forma, podemos decir también que la autoatención está en las prácticas alimentarias otorgándoles un sentido reparador, preventivo y promotor de la salud, más allá de la mera sobrevivencia. Estas prácticas se sustentan en experiencias propias y decisiones racionales de las mujeres migrantes, lo que refleja su capacidad de agencia, pero también en saberes generacionales y genéricos que les habilita un marco de apoyo y de contención. Entendemos que las prácticas de autoatención muchas veces entran en tensión con el paradigma biomédico de la salud, modelo que suele predominar en los abordajes sanitarios y que tiende a ignorar, negar y/o marginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicas de atención a los padecimientos, pese a ser utilizados frecuentemente por diferentes sectores de la población. Es por eso, que enfatizamos en la importancia de incorporar los aportes de una perspectiva de interculturalidad en salud en los abordajes sanitarios a fin de crear puentes entre los distintos modelos de atención, tendientes a recuperar saberes, experiencias y prácticas que las mujeres migrantes traen consigo desde sus lugares de origen, y que (re)producen y (re)construyen en los lugares de destino.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital intelectual. <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>
- Aizenberg, L.; Baeza, B. (2017). Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina. *Revista health sociology review. journal of the Australian Sociological Association*. <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14461242.2017.1370971>
- Arnaiz, G. M.; Contreras Hernández, J. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Editorial Ariel.

- Baeza, B., Aizenberg, L. y Barría, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ssa/v19n1/0719-0948-ssa-19-01-00043.pdf>
- Barten, F. (2008). La urbanización y la problemática de las inequidades en salud: necesidad de enfoques integrales. Barten, F., Flores, W., Hardoy, A. (comps.) *La inequidad en salud. Hacia un abordaje integral*. IIED-América Latina publicaciones.
- Bruno, D. (2013). Aportes para una agenda de trabajo en comunicación y salud pública. En Castronovo (Coord.) *Políticas sociales en debate. Los nuevos temas de siempre*. Editorial Eudeba.
- Cáceres, E.S.; Cáceres R.M.; Lema, M. H. (2016). Asentamientos urbanos periféricos en riesgo ambiental. El caso de Ampliación Nuestro Hogar III. Editorial de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño, Universidad Nacional de Córdoba.
- Federici, S. (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Edición Traficantes de Sueños..
- Fischler C. (1995). *El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo*. Editorial Anagrama.
- Garrote, N. (2000). Algunas reflexiones acerca de la contribución de la Antropología a la problemática de la alimentación y la salud. *Investigación en Salud, Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal, Vol 3, N° 2*.
- Garrote, N. (2003). Redes alimentarias y nutrición infantil: Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños. *Cuadernos de antropología social*, (17), 117-137. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100007&lng=es&tlng=es
- Goldberg, A. (2008). Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones. <https://cdsa.academica.org/000-080/8.pdf>

- Huergo, J. (2016). Reproducción alimentaria-nutricional de las familias de Villa La Tela, Córdoba. (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Córdoba) https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/107230/CONICET_Digital_Nro.8ca894b9-fd26-4385-afea-9a227f87b8df_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 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 Elizabeth Jelin (dir.). Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). <https://publicaciones.ides.org.ar/sites/default/files/docs/2020/jelin-2006-saludymigracionregional.pdf>
- Mauss, M. (1971). Ensayo sobre el Don. Forma y razón del intercambio en las sociedades arcaicas. Sociología y Antropología. Madrid: Ed. Tecnos.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud colectiva*. 8(1) <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>
- Menéndez, E. (2004). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. Núm. 14. <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/10249-Texto%20del%20art%C3%ADculo-10330-1-10-20110601.PDF>
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar editorial.
- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colect* 14 (3). <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Nicolao, J. (2012). “Ser Boliviano” en la región metropolitana de la ciudad de Córdoba. Localización socio-espacial, mercado de trabajo y relaciones interculturales. Cynthia Pizarro (editora). Editorial de la Universidad Católica de Córdoba (EDUCC). *Revista SAAP. Publicación de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político*, vol. 6.



- Ortale, S, M. (2002). Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata. (Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata) <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4585>
- Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Editorial CONACULTA. INHA.
- Piotti, L.M. (2012). Cátedra: teoría, espacios y estrategias de intervención II. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social.
- Vasilachis De Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa.