



— R E V I S T A —
**ESTUDIOS SOCIALES
CONTEMPORÁNEOS**

e-ISSN 2451-5965

Migración, género y salud.

Prácticas y experiencias de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas*

Migration, gender and health. Practices and experiences of sexual and (non) reproductive rights of Peruvian migrant women

<https://doi.org/10.48162/rev.48.015>

Valentina Biondini

Universidad Nacional de Villa María. Argentina

biondINVALentina71@gmail.com

Enviado: 26/10/2020

Aceptado: 13/5/2021

“Biondini, V. (julio-diciembre de 2021). Migración, género y salud. prácticas y experiencias de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas. En Revista de Estudios Sociales Contemporáneos N° 25, IMESC-IDEHESI/CONICET, Universidad Nacional de Cuyo, pp. 99-118”

* Este artículo deriva de mi Trabajo Final de Grado de la Licenciada en Sociología la cual indaga las experiencias en el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas. Asimismo, algunas de estas ideas fueron exploradas con anterioridad en el marco del XXXII Congreso Internacional ALAS Perú 2019 con una ponencia titulada “Intersección de desigualdades en las experiencias de acceso a servicios públicos de salud sexual y (no) reproductiva de mujeres migrantes peruanas”. Mis agradecimientos a Eduardo Domenech y Lourdes Basualdo por la minuciosa lectura y atinadas observaciones de una versión preliminar del artículo.

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo analizar las experiencias y prácticas en el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas habitantes de la Ciudad de Córdoba, Argentina. El argumento central del trabajo sostiene que la manera en que dichas mujeres perciben y ejercen sus derechos sexuales y (no) reproductivos, se encuentra vinculada al proceso migratorio, debido a sus experiencias en otro sistema nacional de salud, sus condiciones materiales de vida y las redes de cuidado mutuo. Además, propone que estas experiencias y prácticas se configuran en la tensión entre procesos de medicalización de la sexualidad y de agencia (no) reproductiva. El artículo emplea un enfoque etnográfico, y se sustenta en el trabajo de campo realizado entre los años 2019 y 2020, el cual tuvo lugar en una institución de salud pública de dependencia municipal ubicada en un Barrio Alberdi. Se realizaron observaciones participantes en dicha institución y entrevistas en profundidad a mujeres migrantes peruanas y a médicas encargadas de brindar servicios de salud sexual y (no) reproductiva en aquel centro de salud.

Palabras claves: migraciones, mujeres, derechos sexuales y (no) reproductivos, medicalización de la sexualidad, agencia reproductiva

Abstract

This article aims to analyze the experiences and practices in the exercise of sexual and (non) reproductive rights of Peruvian migrant women living in the city of Córdoba, Argentina. The central argument of the paper is that the way in which these women perceive and exercise their sexual and (non) reproductive rights is linked to the migration process, due to their experiences in another national health system, their material living conditions and the networks of mutual care. Furthermore, I propose that these experiences and practices are configured in the tension between processes of medicalization of sexuality and (non)reproductive agency. The article employs an ethnographic approach, and is based on the field work carried out between 2019 and 2020, which took place in a municipal public health institution located in a Barrio Alberdi. Observations were made of participants in that institution, and in-depth interviews were conducted with doctors in charge of providing sexual and (non-)reproductive health services, and with Peruvian migrants who had attended the health institution.

Keywords: migration, women, sexual and (non)reproductive rights, medicalization of sexuality, reproductive agency

1. Introducción

En las últimas dos décadas, en América Latina se ha generado una feminización del discurso migratorio a partir de un creciente interés académico por visibilizar a la mujer migrante dentro de los desplazamientos internacionales, y reivindicar su figura como agentes socialmente relevantes, especialmente en el contexto de globalización de los cuidados y feminización de la supervivencia (Oso Casas, 2005; Sassen 2003). Frente a la proliferación de estudios en torno al cruce entre las migraciones y los géneros pretendo aportar a la emergente discusión sobre la dimensión de derechos sexuales y (no) reproductivos. En este marco, el presente artículo tiene por objetivo analizar las experiencias y prácticas en el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos de mujeres migrantes peruanas habitantes de la Ciudad de Córdoba, Argentina. El argumento central del trabajo sostiene que la manera en que dichas mujeres perciben y ejercen sus derechos sexuales y (no) reproductivos, se encuentra vinculada al proceso migratorio, debido a sus experiencias en otro sistema nacional de salud, sus condiciones materiales de vida y las redes de cuidado mutuo. Además, propongo que estas experiencias y prácticas se configuran en la tensión entre procesos de medicalización de la sexualidad y de agencia (no) reproductiva.

Este trabajo asume que el movimiento migratorio genera formas específicas de desear pensar y ejercer la sexualidad y la (no) reproducción, habilitando imaginarios, deseos, futuros y trayectorias reproductivas específicas (Speier, Lozanski, Frohlick, 2020). En este sentido, propongo una revisión desde la crítica feminista para pensar y reflexionar las lecturas que se han hecho sobre los procesos de reproducción y sexualidad, resaltando las especificidades que adquieren en el marco de procesos migratorios. El artículo se divide en tres apartados, el primero presenta los conceptos centrales, las discusiones donde se inscribe el trabajo y los aspectos metodológicos. Un segundo apartado problematiza las prácticas no reproductivas ligadas a la anticoncepción, en tensión con los procesos de medicalización de la sexualidad y agencia reproductiva. El tercer apartado, reflexiona acerca de la reproducción, específicamente los momentos de parto, en relación a la violencia obstétrica. El cuarto apartado, analiza las transformaciones acontecidas en los proyectos (no) reproductivos a raíz del sentimiento de soledad. Por último, se presentan las reflexiones finales. Exponer las experiencias y prácticas de las mujeres a partir de estos tres elementos es una estrategia heurística, más no implica considerar que el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos se produce de manera lineal y ordenada, sino que coexisten y se entrelazan en la vida cotidiana de las mujeres.

2. Migración, género y derechos sexuales y (no) reproductivos

El género emerge como una categoría central para el análisis, especialmente teniendo en cuenta que este interactúa con los circuitos y patrones migratorios (Hondagneu-Sotelo, 2005). Para dar cuenta de esta categoría, retomo la propuesta de Joan Scott (1996) quien postula una definición articulada entre dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales

basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder. En este marco, adscribo a la idea de que el género es el campo primario, mas no el único, dentro del cual, o por medio del cual, se articula el poder.

El ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos acontecen en el marco de la ciudadanía sexual (Castro, Erviti 2015), la cual abarca una amplia gama de prácticas y luchas, como ser la identidad genérica y la heteronormatividad. Sin embargo, en este trabajo me concentro específicamente en la dimensión (no) reproductiva de la ciudadanía sexual. Esta se centra en la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva y de reclamar una atención médica libre de autoritarismos por parte de los servicios de salud. En este marco, los derechos sexuales y (no) reproductivos (Brown 2006, Vaggione 2012), parten de generar una ruptura entre la sexualidad y la reproducción. La primera refiere a los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. La segunda refiere a los derechos relativos a decidir si tener o no hijxs, con quién, cómo y cuántos; tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto; al mismo tiempo que garantizar la seguridad en el embarazo, parto, puerperio como así también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida.

La sexualidad y la (no) reproducción han atravesado un proceso de medicalización, dando lugar la transformación de aspectos de la vida cotidiana en objeto de la medicina para normalizar, regular y gestionar aspectos de la vida relacionados con la reproducción humana (Vierira, 1999). Desde una perspectiva crítica considero que las instituciones médicas han intentado - con mayor o menor éxito- regular y normalizar la mayoría de los aspectos de la salud sexual y (no) reproductiva; mientras que las mujeres han tensionado, revertido o aceptado dichas relaciones de poder. Es decir que los derechos sexuales y (no) reproductivos acontecen en la tensión entre los procesos de medicalización de la sexualidad y la agencia reproductiva; por momentos puede prevalecer una u otra, pero de ninguna manera son mutuamente excluyentes.

En este marco, las prácticas reproductivas y las experiencias generadas en torno a ella, se transforman y entretienen en el proceso migratorio. Tal como plantea Sheller (2020), las movilidades a través de espacios internacionales están ligadas a los deseos reproductivos, a la vez que los deseos reproductivos y las relaciones de parentesco pueden emerger y transformarse producto de los procesos migratorios. Las movilidades internacionales se generan en y a través de relaciones de desigualdad y poder dentro del cual la reproducción y la sexualidad adquieren ciertas formas, formas que son imaginadas y narradas. Esto implica que los derechos y su acceso se encuentran atravesados por la condición de no-nacional. En este sentido, los procesos migratorios intervienen tanto en las temporalidades de la concepción, gestación y parto como en las temporalidades de volverse sujetos de derecho, volverse ciudadanx e incluso humano.

Este artículo se inscribe en un campo emergente que problematiza las dimensiones de la sexualidad y (no) reproducción de mujeres migrantes. En Argentina existen estudios precedentes que han reparado en el abordaje y análisis de experiencias y modos de vivenciar la maternidad en el proceso migratorio (Caggiano 2007; Pedone 2008). Estudios que analizan el vínculo entre la población

migrante y el sistema público de salud en el caso de los servicios de salud sexual y (no) reproductiva (Wang, 2010; Baeza, 2014; Aizenberg; Brígida Baeza, 2017; Comisión Argentina para Refugiados y Migrantes, 2020, llevado a cabo por Laura Paredes, María Pacecca y Lucía Wappner). La bibliografía existente ahonda, además, en la perspectiva y la relación de lxs efectores de salud con la población migrante, específicamente mujeres (Jelin, Grimson, Zimberlin, 2006; Aizenberg, Rodríguez, Carbonetti, 2015; Cerruti, 2010; Aizenberg, Maure 2017; Baeza, Aizenberg, Oyarzo, 2019)

La reflexión en torno al cruce de migración, género y derechos sexuales y (no) reproductivos se realizó desde un enfoque etnográfico. El trabajo de campo fue durante el año 2019 y comienzos del año 2020 y tuvo lugar en una institución sanitaria pública ubicada en Barrio Alberdi. Las técnicas empleadas fueron: observaciones participantes en la institución médica propuesta; entrevistas en profundidad a diez mujeres migrantes peruanas y a las únicas médicas de la institución vinculadas con la prestación de servicios de salud sexual y (no) reproductiva: la médica Ginecóloga y la médica Especialista Familiar.

La migración peruana en Córdoba cuenta con una larga tradición fortalecida a partir de las redes migratorias y caracterizada, en las últimas décadas, por la relevancia de la figura de la mujer migrante en las cadenas mundiales del cuidado (León Prado 2010, Falcón, Bologna 2013, Alvites Baiadera 2015, Magliano 2017). En este marco, estudios locales (Magliano, Perissinotti, Zenklusen, p. 519, 2014, Bologna, Falcón, 2016) han identificado que Barrio Alberdi es, en términos históricos, el lugar simbólico de la migración peruana en Córdoba. El mismo, se encuentra en la zona céntrica de la ciudad y, aun cuando se identifica un desplazamiento hacia zonas periféricas, se mantiene la concentración de migrantes peruanxs en esta área.

Específicamente tomo como unidad de análisis una institución médica pública, de dependencia municipal, de segundo nivel de complejidad, ubicada en el barrio mencionado. Un testimonio expresó la especial vinculación de esta institución con la migración ya que fue llamado por una de las mujeres entrevistadas como “el hospital de las peruanas” (Claudia, 2019). Asimismo, en las representaciones de las médicas sobre la población a la que atendían, destacaron la figura de la mujer migrante: “acá en el -hospital- puedo llegar a tener una grilla completa de peruanas, últimamente están apareciendo las venezolanas, pero si, muchas migrantes” (Médica Especialista en Salud Familiar, 2020) “Diariamente treinta y cinco, cuarenta por ciento de mis pacientes, de los que yo veo por día, son extranjeros, son migrantes. En los últimos meses hay mayor presencia de venezolanos, que hace unos años cuando la mayoría era peruano o boliviano” (Médica ginecóloga, 2019).

Del grupo de mujeres¹ entrevistadas dos se dedican al rubro gastronómico,

¹ El empleo de la palabra “mujer” no es en un sentido biologicista, sino que se fundamenta en la identificación con dicha categoría. Cabe destacar que el muestreo fue por bola de nieve y durante el trabajo de campo no fui contactada con personas que tuvieran otro tipo de identificación sexo-genérica. Asimismo, el empleo del “lenguaje inclusivo” mediante el uso de la “x” es un ejercicio político cuya intencionalidad es reconocer en lo social una pluralidad de identificaciones que exceden el binomio varón-mujer. Se trata, entonces, de poner en práctica al lenguaje como una

mientras que las otras trabajan como personal doméstico y/o cuidado remunerado y con trayectorias laborales marcadas por la precariedad. Asimismo, comparten ciertas características respecto al lugar de nacimiento, en tanto provienen de zonas costeras urbanas y, previo a sus desplazamientos, se ubicaban en sectores populares de la población. En lo que se refiere al momento de emigración, en su mayoría fue durante la primera década del siglo, a excepción de dos de ellas, una que emprendió el proceso migratorio la década de los setenta y otra de ellas en el año 2015. A partir de esto, sus trayectorias de vida y, particularmente, las experiencias en relación al sistema de salud peruano comparten numerosos puntos en común. En lo que respecta a sus trayectorias reproductivas, tres de ellas no tienen hijos, tres de ellas tienen experiencias de parto únicamente en Argentina, otras tres con sus partos en Perú y una de ellas con partos en Perú y Argentina.

3. No reproducción y anticoncepción: “Decidí no tomarlas más y las tiré, una lástima”

Las prácticas no reproductivas se encuentran en el corazón de la -aparente-dicotomía medicalización de la sexualidad/ agencia reproductiva. Estas tensiones comienzan a gestarse específicamente a partir de la década de los sesenta, por el paso de un régimen de fecundidad natural a un régimen de fecundidad dirigida mediante el desarrollo, distribución y acceso, relativamente masivo, a la tecnología médica (Felitti, 2012). A lo largo de este apartado me propongo indagar las experiencias y prácticas no reproductivas de las mujeres migrantes entrevistadas, teniendo en cuenta la manera en la que significan, tensionan y negocian el uso de anticonceptivos.

Los procesos de medicalización han extendido su campo de actuación, poniendo a la sexualidad bajo jurisdicción médica, generando un número cada vez mayor de "problemas" de orden sexual, como la reproducción. Los usos y efectos de los anticonceptivos han sido incluidos por algunos autorxs (Vieira, 1999; Nucci, 2012) en los denominados procesos de medicalización de la sexualidad. Estos funcionan como dispositivos sociales que son utilizados para normalizar, regular y administrar aspectos concernientes a la reproducción humana. A la vez que suponen que existe una esencia en el cuerpo de "las mujeres" que está ligada a la maternidad, razón por la cual se deposita sobre este todo el peso del control de la reproducción de la vida humana. Desde esta perspectiva, cuando se elige la reproducción como el centro de los asuntos de "la mujer", se hace una reducción del problema de lo femenino al problema de la concepción, el parto y la anticoncepción. Los intentos de llevar a cabo esta proeza derivan en un tratamiento universalizado de la salud e invisibiliza la complejidad y heterogeneidad de los cuerpos. Asimismo, lx médicx adquiere un papel de educador y guardián de la moral, de manera tal que se establecen relaciones de poder que conllevan a efectos reales en los cuerpos femeninos (Vieira, 1999).

Para autoras como Sylviane Agacinski (1998) y Françoise Héritier (2007), la

apuesta política con diferentes posibilidades de realización y emergencias lingüísticas abiertas (Gasparri, 2019; Arbusti, 2020).

anticoncepción femenina tiene efectos emancipatorios, puesto que identifican en la fecundidad el lugar central de la dominación de lo masculino. La anticoncepción sería entonces la palanca que les permite salir del lugar de la dominación en todas partes donde ese derecho sea ejercido y reconocido. Retomar el control de su fecundidad, cambiaría ipso facto las reglas del juego, no sólo las sociales sino también las conceptuales: los significados sobre lo femenino y lo masculino.

Ambas propuestas pueden ser leídas como contrapuestas, sin embargo, ellas iluminan distintas dimensiones de las prácticas y experiencias no reproductivas, dimensiones que no se encuentran por separado, sino que conviven y se entrelazan en la aparente dicotomía. Por esta razón, a la hora de reflexionar sobre la manera en que las mujeres migrantes ejercen sus derechos sexuales y (no) reproductivos, resulta relevante la tensión que se genera entre ambas formas de comprender la utilización de métodos anticonceptivos. Sea la reproducción el centro o no de la dominación femenina, este es un lugar fundamental de ejercicio de derechos, ya que implica disponer de tecnología médica en función de los deseos e intereses de propias mujeres. Sin embargo, la anticoncepción entra en tensión con las instituciones médicas en tanto, como propone Elisabeth Vieira (1999), los médicos funcionan como guardianes de la moral. Respecto a ello, los siguientes testimonios materializan estas disputas en las experiencias de las mujeres entrevistadas:

Laura- Me lo quisieron poner [anticonceptivos], pero ay no me gusta, te juro que no me gusta.

ER- Y ¿cómo fue? ¿cuál te quisieron poner?

Laura- El DIU (dispositivo intrauterino), el DIU.

ER- ¿Pero te dijeron que te lo tenías que poner?

Laura- Nunca me obligaron a nada, me dieron la posibilidad sí, me dijeron pero tu mama, cuando ya había tenido al bebé, al segundo, me dijeron que había probabilidades de esto o de aquello, y yo les dije que lo iba a pensar pero no estaba en mi cabeza la posibilidad de usar esas cosas, nunca nunca nunca use esas cosas pero no por ignorancia o porque me hago la rebelde, es simplemente porque no me nace, de la misma manera que si alguien me dijera tienes que ponerte todos los días una curita tampoco me gustaría

Claudia: Yo quería otro hijo, pero me dijeron que era de riesgo por haber tenido una cesárea, entonces pedí ligarme [las trompas] y me dijeron que no, porque en dos años se me iba a ir la menstruación, pero me sigue viniendo”.

Mirta: La ginecóloga del dispensario me dio pastillas para dos años porque me dijo que eran caras, eran un montón de cajas. Pero cuando las tomé me dio una hemorragia, así que decidí no tomarlas más y las tiré, una lástima.

En estos testimonios se puede observar que hay un reconocimiento de los procesos de medicalización, es decir, aun cuando los autores lo planteen como relaciones de poder subterráneas, invisibles, las mujeres entrevistadas pueden identificar incomodidades respecto al uso de anticonceptivos, es decir que, aun cuando las relaciones de poder donde las sugerencias adquieren formas coactivas, existen márgenes de acción que les permiten escapar de las “sugerencias” médicas. Con esto quiero señalar la existencia de puntos de fuga al iluminar lo que acontece por fuera del consultorio, en tanto las experiencias y prácticas (no) reproductivas no se encuentran totalizadas por la institución médica.

La manera en que las experiencias no reproductivas se construyen de manera relacional con los efectores de salud, experiencia que oscila entre la información debida y la coacción. Los médicos ejercen su autoridad por ubicarse en una relación de poder respecto a sus “pacientes” a la vez que el modo en que se estructura esta relación asimétrica se encuentra entrelazado con las representaciones hegemónicas y discriminatorias respecto a la figura de la mujer migrante sustentados en la construcción de las diferencias entre nacionales y no-nacionales². Es decir, cuando ellos piensan en la relación médico-paciente, lo no nacional, lo migrante emerge como una figura que desestabiliza, de alguna manera, el -relativo- orden en el cual se desenvuelven los sistemas de salud y la prestación de servicios de salud sexual y (no) reproductiva:

Médica Especialista Familiar: Me parece que las mujeres, al menos con las que me tocó hablar a mí, sean de donde sean, no hay diferencias del cuidado. Si puede llegar a ver, en algunas cuestiones, me parece que son las peruanas como que hay que preguntarle al marido, y eso tiene que ver con una cuestión más cultural (...) Ahí sí se me hizo medio cuesta arriba, por tratar de convencer o empoderar que la decisión de su cuerpo y de su vida es de ella y de nadie más. Muy pocas veces me pasó con mujeres argentinas. A la argentina se la nota mucha más salida de la cajita, como que en los últimos años se nota muchísimo eso.

Médica ginecóloga: Yo soy bastante paternalista, vos le decís es así así y así, y no entienden. Les digo, ¿entendiste? Sí. Repregunto “cómo es”, y nada que ver. Con las pastillas es un lío, vos le decís tenés que empezar a tomarlas el primer día de la menstruación, “entonces si te viene hoy...” y te dice “pero hoy no me vino”. Entonces les tenés que mostrar el almanaque, ir bien lento. Hay veces que se van y no sabés si entendió. Los nacidos acá entienden más. Son cosas que traen de Perú, las cosas que traen de allá, se nota, no les explican bien (...)Tendría que pensar con su cabeza para explicarle, pero si hago eso es un desastre”

Las prácticas no reproductivas de las mujeres migrantes condensan ciertas particularidades derivadas del proceso migratorio, sus experiencias en otro sistema de salud y las prácticas de autoatención vinculadas al empleo de tratamientos alternativos. Ellas comentan utilizar o haber utilizado métodos anticonceptivos médicos a la vez que desconfían de ellos y apelan a métodos “tradicionales”. La desconfianza por los métodos médicos acontece entre rumores y experiencias personales:

ER- ¿Vos ahí usabas algún método? (Gestación del primer hijo)

Laura- No nunca, anticonceptivos no

¿ER- Y preservativo?

Laura- Sí sí preservativo sí, y método del ritmo creo yo, y yo creo que educación sexual también, ser responsable, si estoy en ciertos días mejor no, eso sí y siempre fue charlado, se da o no se da pero charlado, no deseo o no puedo

ER- ¿Y ahora te cuidas?

Paola- No, no me cuido, vamos a ver qué pasa

² Esta distinción refleja las estructuras del Estado hechas cuerpo, ya que separa de manera radical “nacionales” de “no-nacionales”. De esta manera los migrantes forman parte de “los Otros” y son un fenómeno intrínsecamente disruptivo porque constituyen el límite de lo que es el Estado-nación (Sayad, 2010, p.385-387).

ER- ¿Te gustaría tener un bebé pronto?

Paola- Sí, sí, no lo voy a tener vieja

Paola- ¿Y te has cuidado antes?

M- No porque recién tengo mi pareja, no me he cuidado, por ahí las ampollas creo que te engordan, pero no he probado nada, así que no se... ¿Ha salido un parchecito creo no? Si porque una amiga de mi mamá se puso un parche y con eso se cuida, pero no sé si hará efecto en todas las personas por ahí sí y por ahí no digo, no sé.

ER- ¿Vos usás anticonceptivos? ¿Qué pensás sobre eso?

María- Yo lo que escucho de las mujeres, yo no uso DIU ni nada, usan más la jeringa, y van y lo buscan en el dispensario, sino a lo natural, yo digo como los gatos “chuc” rapidito, pero la mayoría usa el DIU y deseos se lo sacan porque es muy irritante dicen ellas muy incómodo, en Perú se usa mucho el DIU pero después produce cáncer, inclusive las peruanas muy poco usan las toallitas, usan trapitos de tela. [...] Y somos también muchos de los yuyos, antes de ir tomamos té de chuño. Somos muy naturalistas, te tomas tu té de coca, porque las del norte saben mucho, porque la medicina es tan cara que vas a lo natural.

Tal como emerge en el propio discurso de las mujeres, existe cierta desconfianza hacia la tecnología médica, esta oscila entre rumores y experiencias, pero encuentro una tendencia a alejarse de los procesos de medicalización de la sexualidad, sin embargo, alejarse de la tecnología médica no supone un rechazo absoluto. A la hora de buscar explicaciones sobre ello, los siguientes testimonios, permiten comprender los sentidos que se vinculan con relación a formas no medicalizadas de abordar los procesos de salud/atención/enfermedad:

ER: En Perú ¿cómo es la salud?

Rosa: Los doctores en Perú recomiendan más remedios caseros, porque no son tan de la medicina. A mí me gusta más lo natural, más hierbas, soy poco de las pastillas.

ER: Sobre la salud acá ¿qué opinan?

Mabel: Acá no acostumbran a examinar bien, te examinan cuando tienes algo muy muy, pero en Perú si es mejor la atención allá, en Perú te meten el dedo y se fijan bien y te dan algo para que se corte rápido el problema. Acá te dicen que es una cosa y no es, y allá te dan algo con limón o más natural también.

De estos testimonios resultan destacables que existe una articulación entre la biomedicina y el empleo de “lo natural” en los procesos de salud/enfermedad/atención. Es decir, ellas dan cuenta de que lxs mismxs médicxs pertenecientes al Modelo Médico Hegemónico, en términos de Menéndez (1983), emplean y recomiendan tratamientos que se encuentran por fuera de la tecnología médica. Dichas experiencias en el marco del sistema de salud peruano abonan cierto alejamiento o rechazo en torno a la utilización de tecnología médica. Cabe destacar que durante las entrevistas en ningún momento se mencionó la figura de curadores populares en los procesos de salud/enfermedad/atención. De tal manera, la referencia a los métodos tradicionales no se realiza de manera romántica hacia “conocimiento ancestral”, sino a prácticas por fuera de los procesos de medicalización y menos invasivas sobre el cuerpo. Estos elementos permiten comprender que la valorización de “lo natural” se relaciona con la heterogeneidad del sistema biomédico y así, en línea con la propuesta de Meñaca

(2009), evitar caer en la exotización de la migrante caracterizando su vinculación con la salud como legas y/o tradicionales.

En este marco, observo que el uso de métodos anticonceptivos es de carácter híbrido y mutable. Su empleo por momentos es deseado, por momentos no, por momentos oprimen, por momentos liberan y, es en este sentido que las experiencias reproductivas acontecen en aquellas tensiones. Asimismo, la medicalización no es ignorada por las mujeres entrevistadas, ellas tienen registro de cierta coacción ejercida por lxs médicxs y actúan contra ello. El hecho de tirar anticonceptivo porque sus efectos les generan molestias, funciona como una especie de fuga a los intentos de la institución por imponer sus criterios en las prácticas no reproductivas. Estas fugas, estos pequeños márgenes de agencia, se entrelazan con la condición migratoria, en tanto la forma en la que significan el consumo de anticonceptivos se encuentra ligada a las experiencias previas en el sistema sanitario peruano.

4. Reproducción, parto y violencia obstétrica: “Si hubiera estado con mi familia, no me hubiera pasado eso”

La experiencia del parto no siempre ha sucedido en el marco de instituciones médicas. Como he ido reconstruyendo a lo largo del escrito, los procesos fisiológicos femeninos se encuentran atravesados por la medicalización de la sexualidad, a la vez que se entrelazan con procesos de autonomía reproductiva. Específicamente el embarazo y el parto comienzan a ser intervenido e institucionalizado a partir del siglo XX, por lo que se genera un paulatino traspaso desde el ámbito doméstico hacia los hospitales, que tienen como consecuencia una expropiación y tecnocratización de dichos procesos y la desvalorización de los saberes de las mujeres y personas con capacidad de gestar mediante la subordinación a la atención médica (Canevari Bledel, p. 20, 2011). Aunque inicialmente la justificación médica era la protección en casos patológicos, poco a poco se genera una institucionalización de todas las personas en proceso de embarazo y se produce un rápido incremento del uso de tecnologías en vistas a iniciar, regular y monitorear el parto (Diniz Chacham 2006; Arguedas Ramirez 2014).

En este contexto, encuentro en el trabajo de parto y el parto en sí, uno de los momentos de la reproducción donde la posibilidad de generar prácticas tendientes a la autonomía presenta mayores dificultades. Se trata este de un momento de vulnerabilidad dado por las dolencias físicas, los temores y las relaciones de poder presentes entre médicxs y pacientes, que se entrelazan con el proceso migratorio, agravando dicha condición. Específicamente, la mayoría de las mujeres entrevistadas han experimentado casos de violencia obstétrica. Esta consiste en una expresión del poder médico, el cual tiene como objetivo sostener la asimetría con el uso de diversos dispositivos como el aislamiento, la desvalorización, la culpabilización o la estructuración del espacio y el tiempo, y generar un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (Canevari Bledel, 2011).

La búsqueda de una mayor calidad en los servicios de atención del parto ha llevado a su medicalización y a la adopción irrestricta de procedimientos inadecuados, innecesarios y en ocasiones peligrosos, sin una adecuada evaluación de la situación, eficacia o seguridad (Diniz Chacham 2006). Bajo discursos relativos

a la anulación de riesgo y evitación del dolor, subyace una profundización en el intervencionismo médico. En este sentido, cuando le consulté a la médica ginecóloga su opinión respecto al parto humanizado, puede identificar que las intervenciones médicas en los partos son planificadas a partir de las necesidades de lxs médicxs más que de las mismas mujeres:

Médica ginecóloga: Y parir en cuclillas, si vos no lo tenés en el hospital lo haces así, porque la fuerza que tenés que hacer es como de hacer caca, y vos nunca harías casa acostada; pero es muy complicado para el médico hacer un parto así, porque no tenés espacio. Pero bueno, yo soy muy pro cesárea, si tuviera hijos, me hago cesárea, porque muy lindo el parto natural, pero nadie te explica lo que te puede pasar, yo después veo las secuelas, la incontinencia, y no me gustaría.

En este punto, la realización de cesáreas generó rechazo y angustia en las mujeres que fueron sometidas a dichas prácticas. A diferencia de estudios como los de Alejandro Grimson, Elisabeth Jelin y Nina Zamberlin 2006; Lila Aizenberg, Laura Rodríguez, Adrián Carbonetti, 2015, Marcela Cerruti, 2010, no se identificaron “problemáticas” como la negativa a parir acostadas y el no cumplimiento de controles prenatales. De las mujeres que habían parido a sus hijxs en Argentina, solo una de ellas tuvo un parto vía vaginal, el resto de los partos fueron realizados por cesáreas. En contraposición a ello, quienes parieron a sus hijxs en Perú -ninguna tuvo partos en otro país- no les practican cesáreas. Sus experiencias son las siguientes:

ER- ¿Cómo tuviste a tus bebés?

Lía- A uno lo tuve por cesárea y otro por parto normal. Con el que tuve la cesárea me dijeron que supuestamente se me había pasado de tiempo [es decir que llevaba más días de gestación de los recomendados], yo me hacía los controles cada treinta días en la Maternidad [un hospital], pero después me dijeron que me lo habían hecho antes [es decir que hubo un error del personal médico y le realizaron la cesárea de manera prematura], fue lo mismo para mí... pero no me quedé bien [en una entrevista anterior su madre comentó que ella y su bebe quedaron internadxs]³.

Belén- Yo lloraba porque no quería cesárea, pero la doctora me hizo calmar y me dijo que lo necesitaba, que si no me la hacían me moría yo y el bebé, y ahí me calmé...

ER- Y por qué tuviste que ir por cesárea?
Belén- Me habían dicho que era porque tenía la presión alta, pero yo no entendía porque no sentía nada de nada

Estos dos testimonios dan cuenta de experiencias de violencia obstétrica generadas por las instituciones médicas sobre sus procesos de parto. Este es uno de los momentos donde la autonomía queda prácticamente restringida, y el poder médico puede actuar con mayor arbitrariedad, utilizando ciertas amenazas como

³ Esta entrevista presentó ciertas complicaciones. Fue realizada en una vereda debido a que la pareja de la mujer entrevistada se encontraba en estado de ebriedad y entrar a su casa implicaba un riesgo para ambas. Ella estaba incómoda por lo que la entrevista fue acotada y no pude indagar con mayor profundidad lo sucedido. Sin embargo, este caso de violencia obstétrica me fue previamente comentado por su madre, quien dijo que optaron por no realizar ningún tipo de denuncia, a pesar de que ella y su bebe habían tenido complicaciones médicas posterior a la cesárea.

ser el peligro de muerte. Aun así, bajo relaciones de poder constrictivas, el llanto y los gritos de disconformidad son, a mi entender, formas de tensionar con la voluntad médica, aunque no permitan invertir las relaciones de jerarquía.

El hecho de encontrarse en un momento de vulnerabilidad durante el parto se relaciona con las dolencias y temores en torno a dicho proceso, sumado al ejercicio de poder de la institución médica y al proceso migratorio. En este punto, es relevante el testimonio de Mirta y Laura una de ellas relata su experiencia en Perú y la otra de ellas en Argentina:

ER- ¿Y los tuviste por cesárea?

Mirta- No, normal, el primer hijo lo di en casa, porque no quise ir a la clínica, me decían que me lo iban a cambiar, yo me quedo en mi casa.

ER- ¿Y te ayudó tu mamá?

Mirta- Sí, pero me pusieron una doctora, porque demoré mucho, me agarraron los dolores a las doce de la noche hasta las 5 de la tarde. Mi papá me quería llevar [al hospital] y yo decía “no, no”. Mi madre me ayudaba, y me hicieron puntos, mi prima me cosió ahí nomás y me desmaye

ER- ¿Cómo te sentiste?

Mirta- Bien bien, tranquila, mi mamá me cuidó como el tiempo de antes, cuarenta y ocho días, no me dejaba salir de casa, hasta que mi hijo tenía 4 meses

ER- ¿Y todos los partos fueron naturales?

Mirta- Naturales, no he tenido cesárea

ER- ¿Y te gustó más en tu casa o en la posta [institución médica]?

Mirta- Y más en la posta, porque si corres algún riesgo corren a verte, por ejemplo, si a mi segundo hijo lo hubiera tenido en casa quizás se me hubiese muerto.

ER- Y por qué tuviste cesárea ¿sabés?

Laura- Con el segundo porque cuando yo fui era mucho ya y con ninguno de los dos dilate, con el primero me lo sacaron a los ocho meses me quisieron inducir y yo no daba más, era un bebé muy grande y no tenía espacio, y ya no estaba respirando bien pero cuando me dijeron que iba a cesárea casi me desmayo, porque yo ya sabía cómo era y “no” digo yo(...) Yo sentí cuando me lo sacaban y todo, en plena operación y sentía miedo

(...)

ER- ¿Y ahí estabas sola?

Laura- Si estaba sola, sí porque el papa se tenía que quedar con el mayorcito para que lo cuide, y al bebé lo llevaban para acá y para allá y no me lo daban, esas son las cosas de la inmigrante sola que si hubiera estado con mi familia no me hubiera pasado eso, de última con mis cuñadas que se yo (...).

Tal como se puede observar, la experiencia de Laura en Argentina muestra mayores niveles de medicalización y violencia, marcada por la resistencia y el miedo a la cesárea. Resulta destacable que, durante su proceso de parto, se hizo presente el sentimiento de soledad en tanto no contaba con la presencia física de las redes de sostenimiento y ayuda mutua. Como vemos en el caso de Mirta, su parto se produjo bajo el cuidado de su madre, padre y prima, mientras que Laura anhelaba la presencia de alguna mujer que fuera parte de la familia para que pudiera

asistirle y acompañarla. La soledad constituye un elemento fundamental que marca los procesos de reproducción de las mujeres entrevistadas, no sólo en el parto sino también posterior a este.

5. Soledad, ausencias y (no) reproducción: “Acá si he sido bien maricona para tener hijos”

El miedo y la soledad constituyen dos elementos que acentúan la vulnerabilidad de las mujeres en los procesos de reproducción (Canevari Bledel, p. 54, 2011). Durante el trabajo de campo observé que el proceso migratorio y las experiencias reproductivas se entrelazan a partir del sentimiento de soledad ante la imposibilidad de contar con redes de apoyo mutuo. Lejos de acotarse a un momento en particular, es transversal a la experiencia de la reproducción, comprendiendo el parto, puerperio y la maternidad. La precariedad de las condiciones materiales de vida y la transformación de las redes afectivas acontecidas en el marco del proceso migratorio transforman los sentidos atribuidos a la (no) reproducción. A lo largo de este apartado sostengo que en los cruces entre reproducción y proceso migratorio se generan deseos no reproductivos.

El puerperio, es decir el momento siguiente al parto, que se extiende entre seis y ocho semanas, está marcado por la soledad y las ausencias. El hecho de que varias de estas mujeres hayan sido las pioneras en la cadena migratoria implica que transiten momentos del proceso de reproducción en soledad, no por falta de pareja sexo-afectiva, sino por la ausencia física de redes de cuidado mutuo entre mujeres que han funcionado históricamente como redes de contención. En el caso de las mujeres entrevistadas ellas mencionan:

Laura: Al verlo tan chiquito a mi bebé [luego del parto], no llegaba a los dos kilos y medio, y yo sentía que se me iba a morir, que era toda responsabilidad mía, sola, todo sola, o sea ¿dónde está el manual? ¡por dios! Es como que dentro de la panza está bien, pero cuando lo tengo en mis manos ¿qué hago? ya no, era una cosa ahí, ¿qué sigue? Me sentía sola y lloraba muchísimo muchísimo. (...)

Yo hubiese necesitado una hermana, una mamá que me diga “dame tu bebé, ¿quieres que lo saque a pasear?”, que esté ahí a mi lado. Yo quería que estén a mi lado porque mi bebe necesitaba de mí y yo no podía, estaba a punto de abrir la puerta salir y regalarlo a quien sea, que lo lleven un rato. Es un cuadro de desesperación que es muy triste, no es que no quise a mi hijo ni nada, es un sentimiento que no sé cómo explicarlo.

Claudia: Yo pensaba que, si tenía otro chiquito así, iba a ser más fácil, porque ya sabía cómo era, pero no pensé que me fuera a agarrar por no dormir, yo sentía que todo el tiempo las imágenes eran en cámara lenta, no sabía si alguien me estaba hablando o estaba soñando, era una mezcla de realidad y sueño, alucina, todo distorsionado, era horrible horrible. Me acuerdo que una vez lo estaba bañando a él, y un segundo que pegué el ojo y casi lo ahogué; decí que el papá estaba acá, y el papá vino y lo animó, y me dijo que vaya a descansar, y al toque, lo poquito que dormía él ya se largaba a llorar porque quería comer

El testimonio de Laura resulta, antes que nada, movilizador. Sus palabras encarnan y transmiten una profunda desesperación, miedo y agotamiento ante el nacimiento de su hijo; sentimientos fundados primordialmente en la soledad, una

soledad angustiante. De esta manera, las ausencias de redes de sostenimiento y cuidado, producto de su condición de migrante, resultaron determinantes en su experiencia de ser madre, una madre que necesita a alguien que esté a su lado para poder lidiar con el cuidado del recién nacido y un niño pequeño. En la misma línea, la narración de Claudia da cuenta del sufrimiento devenido de la soledad; el cansancio frente al trabajo del cuidado que la llevó a un extremo, quedando en peligro la vida de su hijo.

Estudios como el de Morrow, Smith, Lai, Jaswal (2006) indagaron los casos de depresión posparto vinculado al proceso migratorio de mujeres que ocupan el primer lugar de la cadena migratoria, encontrando que la ausencia de redes de apoyo mutuo desencadena situaciones que agravan los problemas de salud mental en el puerperio. En la misma línea, Korukcu, Ayhan concluido que las experiencias de maternidad de mujeres migrantes se encuentran vinculadas a sentimientos de aislamiento y soledad a raíz de vivir separadas de sus familias. En este marco, en el caso de las mujeres entrevistadas se produjeron situaciones similares:

Laura: Los afectos es lo primero que te choca [por ser migrante], y después nada, lo económico no me ha hecho falta, tampoco soy millonaria pero no me ha hecho falta, me podía bancar desde lo económico, pero desde los afectos, el sentirse sola y ahora sigo sola. Hoy en día veo que mis hijos lo sufren mucho porque los fines de semana son casi días comunes, somos nosotros nomás (...) Uno me lo reclamó, en la primaria vino enojado y frustrado, hasta que me lo dijo "no tengo familia, no tengo abuelo, no tengo nada" y a mí me dolió.

Tal como se puede observar en el testimonio de Laura, en su reconstrucción sobre el ser migrante prioriza "los afectos". En sus testimonios se hace presente el "sentirse sola"; un sentimiento constante de su vida en Argentina, que se remonta al trabajo de parto y el puerperio y se extiende hasta la experiencia de la maternidad. El reclamo de su hijo "no tengo familia", paradójicamente, hace presente las ausencias. En este marco, entiendo que las experiencias reproductivas de las mujeres entrevistadas se encuentran atravesadas por la ausencia, como elemento constitutivo del ser migrante (Sayad, 2010). Esta, no sólo es experimentada por aquellxs que quedan en la "sociedad de origen", sino que la experimentan quienes "se van". La soledad se constituye, entonces, en un sentimiento transversal en la maternidad generando transformaciones en el deseo de (no) tener más hijos, llevándolas a truncar sus proyectos a partir de las ausencias devenidas de la condición migratoria. Los siguientes testimonios dan cuenta de ello:

Mirta: Hay mujeres en Lima algunas sí trabajan y otras que dicen que no. Allá es más fácil porque tienes con quien dejar a tu hijo, tienes tu familia, en cambio acá no, tienes que buscar quien te lo cuide, ver que sea una persona consciente. Acá es más difícil, acá sí he sido bien maricona para tener hijos, no, acá no, porque acá sufre el bebe y sufre uno, mientras tú estás trabajando estás pensando si tu hijito está comiendo, si lo están tratando bien, y todo eso. Es difícil acá y hay muchas chicas que he visto, por ejemplo, mis amigas que tienen sus hijas, que tienen hijos, les cuesta también para dejarlo, y entre ellas se ven, porque acá si no trabajas no comes ni tienes cómo pagar el techo, acá si traes a tus hijos tienes que decirle "mira, se trabaja y ayudamos todos", acá ellos tienen que aprender lo que cuesta (...) no es fácil, hija, estar lejos, todo cuesta y es bien duro.

Laura: No sé si me hubiese gustado tener más hijos, tal vez sí, de una que otra

manera, es más lindo desde el lado del afecto porque, aunque yo sea una mujer grande, sí necesito el abrazo de una madre, de mis hermanas, abrazarlas a ellas, una está en un momento muy especial. Yo anoche le decía [a su madre] “no sé cómo mandarte un abrazo por WhatsApp”. Pero desde el afecto sí, a mí me hubiese gustado que mis hijos crezcan allí en Perú con su familia, porque mi mamá los adora, son sus varoncitos.

Mabel: Sí, es lo mismo ser mamá acá en Argentina que en Perú, pero acá sufren los chicos porque no hay con quien dejarlos, a nosotras no nos gusta dejarlos en la guardería porque no los cuidan bien, pero tampoco tienen otra opción.

Belén: No, no, no quisiera tener más hijos. Ya con uno es suficiente, tienes que trabajar y dejarlo solito, no es nada lindo, y además nos alcanza con lo justo el dinero.

Para Laura la ausencia de su madre y hermanas modifica la experiencia de la maternidad, en tanto experimenta la soledad en la crianza. De esta manera, cierta falta en la contención emocional, tanto de ella como de sus hijos, la llevan a transformar sus deseos reproductivos en no reproductivos. En la misma línea, Mabel, quien habla un poco como abuela, un poco como madre, relata el sufrimiento de dejar al bebé en la guardería, un padecimiento que considera que no debería atravesar si estuviera junto a su familia en Perú. Por su parte, para Belén, criar a su hijo bajo condiciones económicas precarias y sumado a la necesidad de dejarlo bajo el cuidado de otros, genera en ella una respuesta sin titubeos: no desea tener hijos. Mirta también habla sobre las preocupaciones respecto al cuidado de los hijos. Nuevamente, emerge la ausencia de “la familia” es decir, las redes de contención que contribuyen en las tareas de cuidado. Esta ausencia se traduce en sufrimiento, no se trata exclusivamente de “mayor o menor” trabajo, sino del padecimiento de la soledad en los procesos de crianza. Mirta enuncia de manera clara que sus deseos sobre la reproducción se vieron truncados por ser mujer migrante “he sido bien maricona para tener hijos, no, acá no”.

El movimiento migratorio genera formas específicas de desear pensar y ejercer la sexualidad y la (no) reproducción, habilitando imaginarios, deseos, futuros y trayectorias reproductivas específicas (Speier, Lozanski, Frohlick, 2020). Los deseos reproductivos y las relaciones de parentesco pueden emerger y transformarse producto de los procesos migratorios (Sheller, 2020). Las movilidades internacionales se generan en y a través de relaciones de desigualdad y poder dentro del cual la reproducción y la sexualidad adquieren formas específicas que son imaginadas y narradas. En este sentido, los procesos migratorios intervienen tanto en las temporalidades de la concepción, gestación y parto como en las temporalidades de volverse sujetos de derechos, volverse ciudadanx e incluso humano.

6. Reflexiones finales

A lo largo del presente trabajo busqué analizar las experiencias de mujeres migrantes peruanas en el ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos, entendiendo que el proceso migratorio está vinculado a la manera en que dichas mujeres perciben y ejercen estos derechos en relación a experiencias en otro sistema nacional de salud, sus condiciones materiales de vida y las redes de

cuidado mutuo. Asimismo, el ejercicio de estos derechos acontece en tensión entre los procesos de medicalización de la sexualidad y la agencia reproductiva. Para ello reconstruí las experiencias a partir de tres ejes: las experiencias y prácticas no reproductivas ligadas a la anticoncepción; las experiencias de reproducción durante los procesos de parto; y finalmente las transformaciones acontecidas en los proyectos (no) reproductivos a raíz del sentimiento de soledad.

En cuanto a las experiencias y prácticas de no reproducción vinculadas a la anticoncepción, estas se encuentran en el corazón de la aparente dicotomía entre procesos de medicalización de la sexualidad y agencia reproductiva. Estas dos formas de entender los procesos no reproductivos iluminan sus diversos y complejos aspectos, razón por la cual la anticoncepción acontece en la tensión de los procesos de medicalización y los márgenes de agencia. En este marco, emergen nuevamente sentidos hegemónicos y discriminatorios respecto a la figura de la mujer migrante, de manera tal que las médicas, en el lugar de “guardianas de la moral”, encuentran sus prácticas no reproductivas problemáticas y vinculadas a su condición de no nacional. En este marco, las mujeres reconocen los procesos de medicalización, tensionan con ellos desde una revalorización de “lo natural”, y evitan el uso de anticonceptivos médicos, lo que no implica la ausencia de prácticas no reproductivas, sino que estas se encuentran por fuera de dichos procesos de medicalización.

En cuanto a las experiencias reproductivas ligadas a los procesos de parto de las mujeres entrevistadas, se produjeron de manera diferenciada según se trate de parir en Argentina o en Perú. Quienes parieron en Perú tuvieron partos naturales y pudieron decidir si hacerlo en instituciones sanitarias o en sus hogares y en compañía o no de sus redes de cuidado. Los testimonios de quienes parieron a sus hijxs en Argentina dejan entrever que han atravesado casos de violencia obstétrica, puntualmente en relación a cesáreas no deseadas, ni planificadas, ni explicadas. Aun cuando se presenta un rechazo hacia la intervención de la cesárea, en los testimonios existe cierta valoración positiva respecto a parir en una institución médica. Ahora bien, se destaca en las narraciones de estas últimas, la presencia de un fuerte sentimiento de soledad que atraviesa el proceso de reproducción en su conjunto.

Finalmente, trate de iluminar la manera en que los procesos de reproducción, donde está el embarazo, parto, puerperio y la maternidad en general, sus experiencias y prácticas, se encuentran entrelazadas con el proceso migratorio. Especialmente en aquellas mujeres pioneras de cadenas migratorias que experimentaron en sus procesos reproductivos los sentimientos de soledad por la imposibilidad de contar con redes de contención, compuestas por madres, hermanas, tías, primas, amigas. Considero que hay elementos que permiten pensar que las mujeres migrantes deciden truncar o posponer sus proyectos reproductivos, en tanto encuentran que la maternidad en el proceso migratorio se vinculada a la soledad y el sufrimiento de sus hijxs. En este sentido, la falta de redes de contención, las condiciones materiales de vida, las extenuantes jornadas laborales, se entrelazan con el sentimiento de soledad, transformando las formas de desear pensar y ejercer la sexualidad y la (no) reproducción.

7. Bibliografía

- AGACINSKI, S. (1998). *Política de los sexos*". Taurus, Alfaraqua.
- AIZENBERG, L., MAURE (2017). Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. *REMHU: Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana* , 25(51), 149-164. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880005110>
- AIZENBERG, L., RODRÍGUEZ, M., 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).
- ALVITES BAIADERA, A. (2015). Entre redes sociales. Prácticas y representaciones de la migración peruana. Córdoba: Eduvim-Colección Primeros Pasos. Argentina. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*.
- ARBUSTI, M. (2020). Fundamentos del lenguaje inclusivo. *Saga. Revista De Letras*, (11), 373-388. <https://doi.org/10.35305/sa.vi11i1.88>
- ARGUEDAS RAMÍREZ, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. [fecha de Consulta 25 de Octubre de 2020]. ISSN: 1659-0139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4769/476947241008>
- BAEZA B., AIZENBERG, L. Y OYARZO C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianos. *Si Somos Americanos*, 19(1), 43-66.
- BAEZA, B. (2014). La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo* 11(1)
- BAEZA, B., AIZENBERG, L., (2017) Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina; Editorial Office; *Health Sociology Review Journal of The Australian Sociological Association*.
- BOLOGNA, E. LEÓN; FALCÓN, M. Migración sur-sur: factores relacionales e inserción segmentada de la población boliviana y peruana en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Estudios Demográficos y Urbanos*.
- BROWN, J. (2008). Los derechos (no)reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, (30), 269-300. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332008000100015>
- CAGGIANO, S. (2007). 'Que se haga cargo su país': la cultura, los Estados y el acceso a la salud de los inmigrantes bolivianos en Jujuy", en Cristina García Vázquez,

comp., Hegemonía e interculturalidad. Poblaciones originarias e inmigrantes, Buenos Aires: Prometeo.

CANEVARI, B. (2011) Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública. FHCSyS - UNSE Barco Edita. Recuperado de: "http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20171101044809/pdf_28.pdf"

CAREF (2020). "Me tuve que hacer valer, si no, te pasan por encima". Experiencias de mujeres migrantes en sus procesos de parto en Argentina. Buenos Aires, Argentina: CAREF

CASTRO, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. En Revista Mexicana de Sociología, vol. 76, núm. 2, abril-junio, pp. 167-197. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>

CASTRO, R. Y ERVITI, J. (2015). Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca, México: Universidad Nacional Autónoma de México

CERRUTI, M. (2010) Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Buenos Aires, Argentina. Ed. Latingráfica S.R.L.

DINIZ S., CHACHAM A. (2016). "Corte por cima" e o "corte por baixo": o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva* 1(1): 80-91.

FALCÓN, M., BOLOGNA E. (2013), "Migrantes antiguos y recientes: una perspectiva comparada de la migración peruana a Córdoba, Argentina", *Migraciones Internacionales* vol. 7, núm. 1.

FELITTI, K. (2012). La revolución de la píldora: sexualidad y política en los sesenta, Buenos Aires, Edhasa. Cap. I. Pág. 19 a 60 y Cap. II. Pág. 61 a 87.

GASPARRI, J. (2019). Acerca del lenguaje inclusivo: cuestiones teóricas, razones políticas / About inclusive language: theoretical issues, political reasons. *Revista de Educación*, 0(18), 49-72.

HÉRITIER, F. (2007). Masculino/Femenino II: disolver la jerarquía. Fondo Económico de Cultura Argentina.

HONDAGNEU-SOTELO, P. (2005). Gendering migration: Not for "Feminist only", and not only in the Household, Working Paper, N 5, Centro para la Migracion y el Desarrollo, Universidad de Princeton.

JELIN, E., GRIMSON A., ZAMBERLIN, M. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. Elizabeth Jelin, dir., Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y

Social (IDES).

KORUKCU O, AYDIN R, CONWAY J, KUKULU K. (2017). Motherhood in the shade of migration: A qualitative study of the experience of Syrian refugee mothers living in Turkey. *Nurs Health Sci.* 2018 Mar;20(1):46-53. doi: 10.1111/nhs.12379.

LEÓN PRADO, R. (2010). Construcción de la nacionalidad, políticas de Estado y peruanos en la ciudad de Córdoba (Tesis de maestría en Antropología). Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba.

MAGLIANO, M. J. (2017). Las trabajadoras invisibles: experiencias laborales de mujeres migrantes en MAGLIANO, María José, PERISSINOTTI, María Victoria, & ZENKLUSEN, Denise. (2015). El origen nacional y la condición migratoria como generadores de conflictos y formas de violencia en un barrio de la periferia urbana de Córdoba. *Cuadernos de antropología social*, (42), 109-124. Recuperado en 25 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2015000200007&lng=es&tlng=es.

MENÉNDEZ, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En, R. Campos Navarro. (Comp.), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

MEÑACA, A. (2007). Sistema sanitario e inmigración. El papel de la cultura. En M. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 103-116). Bilbao: OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.

MORROW, M., SMITH J., LAI Y., JASWAL, S. (2008) Shifting Landscapes: Immigrant Women and Postpartum Depression, *Health Care for Women International*, 29:6, 593-617, DOI: 10.1080/07399330802089156

NUCCI, M. (2012). La píldora anticonceptiva, ¿una droga de "estilo de vida"?: Ensayo sobre el proceso actual de medicalización de la sexualidad. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (10), 124-139. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872012000400006>

OSO CASAS, L. (2005) "Migración, género y hogares transnacionales". Acceso 20 octubre, 2020. Disponible en https://www.manosunidas.org/sites/default/files/laura_oso-migracion_genero_y_hogares_transnacionales_complemento.pdf

PEDONE, C. (2008) "Varones aventureros vs. madres que abandonan: reconstrucción de las relaciones familiares a partir de la migración ecuatoriana", *REMHU, Revista Interdisciplinaria da Mobilidade Humana*, año XVI, núm. 30, Pp. 45-64.

SASSEN, S., (2003) *Contra geografías de la globalización. Género y ciudadanía en los*

circuitos transfronterizos. Madrid, España: Traficante de sueños.

SAYAD, A. (2010) La Doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado. Anthropos.

SCOTT, J. (1986), "Gender: a Useful Category of Historical Analysis", American Historical Review, núm. 91, pp. 1053-1075.

SHELLER, M. (2020). The reproduction of reproduction: theorizing reproductive (im)mobilities, Mobilities.

SPEIER, A., LOZANSKI, K., FROHLICK, S. (2020). Reproductive mobilities. Mobilities, 15(2)

VAGGIONE, J. (2012) Introducción. En: Sexualidades, desigualdades y derechos: reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos. Eds. Moran Faundes, Sgro Ruata, Vaggione. 1er Ed. - Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad

VIEIRA, E. (1999). A medicalização do corpo feminino. Parte I - História, política, conceitos. En Giffin, K., and Costa, SH., orgs. Questões da saúde reprodutiva [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiorescruz. 468 p.

WANG, L. (2010). Ideas y prácticas en torno a la salud sexual y reproductiva en jóvenes migrantes paraguayas que se trasladan a la Argentina. Ea-Journal, 2 (2), 1 - 49



Este trabajo está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 2.5 Argentina (CC BY-NC-SA 2.5)



CIENCIA Y TÉCNICA
SECRETARÍA DE CIENCIA,
TÉCNICA Y POSGRADO

IMESC
INSTITUTO MULTIDISCIPLINARIO DE
ESTUDIOS SOCIALES CONTEMPORÁNEOS
FFYL | IDEHESI - CONICET

Esta Revista es publicada por la Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Filosofía y Letras, Instituto Multidisciplinario de Estudios Sociales Contemporáneos. El IMESC es el Nodo Mendoza de la Unidad Ejecutora en Red del CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Argentina), Instituto de Estudios Históricos, Económicos, Sociales e Internacionales (IDEHESI).