

Título: Recorridos y saberes en torno al acceso y atención de la salud de mujeres migrantes de la agricultura familiar

Bianqui, Vanina. Universidad de Morón.

licbianqui@gmail.com

Resumen:

Si bien en nuestro país la Ley de Migraciones 25.871 establece que no se podrá negar el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos/as los/as extranjeros/as que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Sin embargo, los estudios que abordan esta temática refieren que el sistema de salud continúa restringiendo el acceso a la salud, en especial cuando los/as demandantes provienen de países pobres y en particular lo que respecta a las mujeres.

Los devenires en torno a la gestión de la salud por parte de las mujeres migrantes se conjugan en torno a las dificultades y obstáculos que sortean para acceder al derecho a la salud y a la atención en los servicios sanitarios. En sus relatos dan cuenta de las múltiples dificultades que encuentran en el camino para obtener una consulta o sostener un tratamiento médico. En ese sentido, las experiencias compartidas permiten abordar una dimensión psico-socio-cultural que entrecruza aspectos sobre las representaciones de la enfermedad, los cuidados, el vínculo con profesionales y otros actores del sector, como también sus propias prácticas y tradiciones para salvaguardar la salud o enfrentar diversos padecimientos. Ante este escenario complejo y con múltiples vinculaciones cabe destacar la perspectiva de las mujeres y los avatares enfrentados cuando buscan atender aspectos de su salud.

Actualmente desde la Universidad de Morón venimos desarrollando un proyecto de investigación que se titula “Accesibilidad al sistema de salud de mujeres migrantes de la colectividad boliviana pertenecientes a la agricultura familiar del periurbano bonaerense”, desde el cual nos proponemos abordar esta problemática. Particularmente nos centramos en las experiencias de las mujeres dado su específica situación que articula el género, el territorio donde viven (en su mayoría rural y/o perirural) y el hecho de ser migrantes.

Los resultados preliminares que se compartirán se enmarcan en un estudio cualitativo de carácter exploratorio descriptivo y de corte transversal. Las participantes viven en zonas perirurales o rurales de municipios que forman parte del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Estas mujeres son parte de comunidades pertenecientes a la agricultura familiar y se dedican principalmente a la producción y/o comercialización de frutas y verduras. Muchas de

ellas combinan su trabajo en las quintas hortícolas con puestos de venta en mercados abastecedores municipales. Como técnicas de recolección de datos se utilizaron las entrevistas semidirigidas, y se realizaron visitas a las quintas como a los puestos de venta. El abordaje teórico-conceptual que se propone destaca los aportes de los estudios feministas y decoloniales, así como la perspectiva interseccional para abordar los estudios sobre accesibilidad y salud. En esta presentación nos proponemos compartir resultados preliminares que nos acercan a las experiencias y recorridos que realizan las mujeres, los saberes y estrategias que construyen para salvaguardar su salud y sortear los obstáculos que enfrentan en el acceso a los servicios del sector.

Palabras clave:

SALUD - ACCESIBILIDAD - MUJERES MIGRANTES - AGRICULTURA FAMILIAR

Presentación

En Argentina la población migrante representa aproximadamente el 5%, lo que equivale a cerca de 2.3 millones de personas. Durante el año 2020 el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Debandi, Nicolao y Penchaszadeh, 2021) desarrolló un proyecto que sistematizó, por medio de una encuesta nacional, las condiciones de vida de los y las migrantes en el país. A partir de ese informe final se constata que del total de personas migrantes un 53% son mujeres, 45% varones y un 2% pertenece a la comunidad LGTBI+. Quienes migran provienen mayoritariamente de los países limítrofes de la República de Paraguay y del Estado Plurinacional de Bolivia. En el caso de Bolivia, son las mujeres quienes mayormente migran al país (en un 55%), ubicándose en zonas periféricas a las grandes ciudades. A su vez, suelen ser empleados/as en trabajos precarizados como puede ser el sector textil. Quienes se emplean en labores rurales lo realizan más frecuentemente en el ámbito de la horticultura. Por el tipo de características socio-productivas y estilo de vida pueden incluirse dentro de la agricultura familiar.

Dentro de las problemáticas que más afecta a la población migrante en nuestro país hallamos su situación de salud en general y la accesibilidad al sistema de salud en particular. Comúnmente quienes migran presentan altos índices de vulnerabilidad, malas condiciones de vida y limitado acceso a los servicios sanitarios. Según Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti (2015) los/las migrantes registran bajos niveles educativos, deficientes condiciones de vivienda

y limitado acceso a servicios de infraestructura lo que repercute en sus niveles de salud y los de su familia. Como plantea Cerutti (2011), actualmente las/los migrantes bolivianas/os tienden a asentarse en la provincia de Buenos Aires, en particular la región bonaerense y también en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como fue mencionado, tanto en zonas urbanas como rurales o periurbanas, estas poblaciones se asientan en áreas marginales que carecen de servicios de infraestructura básica. Además, dada su condición de migrantes son contratados en empleos precarios con contratos informales y nulos beneficios laborales; o mismo son cooptados a trabajos de servidumbre o forzosos (Cerutti, 2011; Goldberg, 2014). Todos estos aspectos generan importantes alteraciones en su salud física como mental.

Por otra parte, cuando estas personas se acercan a los efectores sanitarios por problemas de salud, suelen hallar diferentes obstáculos para acceder a la atención abarcando cuestiones como cobertura del gasto en salud, barreras geográficas, administrativas, legales y psicosocioculturales. En relación a la dimensión psicosociocultural puede entenderse a partir de la existencia de diferencias culturales entre quienes migran y las personas nativas respecto a las pautas sanitarias y prácticas de cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad (Cerutti, 2011). Cuando las diferencias se dan entre personal de salud y pacientes migrantes se vuelve una barrera que limita el vínculo entre ambos, así como la adherencia al tratamiento, afectando negativamente y de forma integral el proceso de atención (Jelin, Grimson y Zamberlin, 2006).

Aizenberg, Rodríguez y Carbonetti (2015) en un estudio que realizan sobre mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza mencionan que las mujeres arriban con sus propios saberes y prácticas en relación al cuidado de la salud, que suelen diferir de los asumidos en el sistema de salud biomédico. Esta situación tiene implicancias negativas en el intercambio que se genera entre los actores, deteriora la confianza con el personal de salud y ubica a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad. Atendiendo esta cuestión, la diversidad cultural puede volverse una importante limitante, debilitando el vínculo de las mujeres con todo el sector salud, y para el personal de salud se genera un desconcierto en tanto se enfrentan con códigos y comportamientos diferentes que limitan el intercambio. Por lo general pueden observarse distintas reacciones, como atender propiedades objetivas e históricas de los procesos de salud de las personas migrantes, incluir en la intervención aspectos específicos que atraviesan al contexto migratorio o por el contrario prácticas y discursos que apuntan a un disciplinamiento y control (Aizenberg y Maure, 2017; Barria Oyarzo, 2020). Sin dudas, estas

decisiones individuales evidencian una carencia, a nivel institucional, de instancias formativas y/o de supervisión en los servicios para abordar y resolver las dificultades derivadas del vínculo con personas migrantes.

El enfoque intercultural en salud es ampliamente difundido, en lo que respecta a nuestro país existe una perspectiva intercultural¹ aplicada a la salud la cual se propone trabajar sobre las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de las diversas culturas y grupos étnicos, atendiendo como lo señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y la muerte, y los aspectos biológicos, sociales y relacionales. En nuestro país este enfoque suele estar más centrado en el trabajo con comunidades originarias². En lo referido a las comunidades migrantes se puede identificar que existe una vacancia en el área de formación sobre enfoque intercultural en salud, lo que genera que los/as profesionales deban elaborar aisladamente respuestas basadas en criterios y experiencias personales (Cerutti, 2011).

Por otra parte, para el año 2010 queda reglamentada en Argentina la ley de Migraciones 25.871, con el propósito de abordar las múltiples situaciones de vulnerabilidad que afectan a la población migrante. Entre sus artículos se destaca el N°8 el cual señala que “*No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria*”. Esta herramienta jurídica busca garantizar el acceso al derecho a la salud, asegurar el acceso a los servicios de salud y a una atención adecuada de todo/a migrante en los servicios públicos focalizando en el derecho a recibir un trato respetuoso.

Contrariamente a lo estipulado por la ley, quienes buscan recibir una atención adecuada resaltan el hecho de encontrar múltiples escollos que limitan este derecho. En el caso de las personas migrantes los efectores de salud suelen restringir el ejercicio de estos derechos, en especial hacia aquellas personas que provienen de países pobres (Molina, 2019). Además, quienes más se ven afectadas por esta situación suelen ser las mujeres. Esto puede comprenderse si se considera que son las mujeres quienes más lidian con los servicios y agentes de salud en tanto

¹ <https://www.argentina.gov.ar/salud/direccion-nacional-de-atencion-primaria-y-salud-comunitaria/coordinacion-de-salud>

² <http://www.legisalud.gov.ar/atlas/saludintercultural.html>

este tipo de tarea suele estar fuertemente feminizada. También, desde los estudios de género podemos enmarcar su situación atendiendo a la división sexual del trabajo y la organización social del cuidado (Federici, 2018; Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, 2022; Canevari y Biaggi, 2020). Mayoritariamente, son las mujeres quienes se ocupan de los distintos cuidados en torno al hogar y los/las integrantes de la familia, son ellas quienes cubren múltiples tareas en áreas vitales como la educación, alimentación, salud y cuestiones afectivas (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015; Federici, 2017). Focalizando en el área de salud las acciones que realizan son muy diversas y amplias y destinadas a cubrir las necesidades de todos/as los miembros de su familia, pudiendo extenderse a personas cercanas de su comunidad. A modo de ejemplo, las mujeres suelen encargarse de identificar problemáticas de salud, acompañar a las personas a los centros de salud, interaccionar con el personal sanitario -administrativo y profesional-, organizar la medicación (recetas, compra, distribución y toma), gestionar turnos y estudios, atender situaciones de emergencia, ir a las guardias, estar presentes en internaciones y ser de apoyo en los tratamientos crónicos.

La situación planteada se vuelve más compleja para las mujeres si además se atienden otras categorías que podrían profundizar las dificultades para garantizar el acceso al derecho a la salud y recibir una atención adecuada. En este sentido nos referimos a otros aspectos interrelacionados con la categoría mujer como ser migrantes y pertenecer a contextos de ruralidad. Por ejemplo, las/los migrantes que trabajan en la producción hortícola encuentran mayores dificultades en tanto su ubicación geográfica, deficiencias en infraestructura, dificultades económicas y aspectos psico socio culturales se configuran como barreras que restringen el acceso al sector salud (Ciarallo, 2014; García, 2016), replicando la situación de vulnerabilidad general de quienes conforman la agricultura familiar en donde se registran dificultades en la atención al sistema de salud (Logiovine, 2015; Bianqui, 2024).

Atendiendo todas estas cuestiones, el presente trabajo se propone compartir los avances de un proyecto de investigación ejecutado desde la Universidad de Morón³. Como problema general el estudio abordó las dificultades y/o barreras para acceder al sistema de salud que encuentran las mujeres migrantes hortícolas que residen en localidades ubicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Para esta oportunidad avanzaremos presentando algunos resultados

³ El proyecto se titula “Accesibilidad al sistema de salud de mujeres migrantes de la colectividad boliviana pertenecientes a la agricultura familiar del periurbano bonaerense”, integrado por la Dra. Sabrina Logiovine y la Lic. Vanina Bianqui. Con inicio en abril de 2023 y financiado por la Universidad de Morón.

preliminares abordando cuestiones que hacen a las barreras geográficas, de infraestructura, administrativas y socioculturales.

Metodología

La investigación se trató de un estudio cualitativo con perspectiva etnográfica de carácter exploratorio descriptivo y dado su alcance temporal fue de corte transversal, lo que implicó recolectar los datos en momentos de toma específicos. Respecto a la población objetivo se invitó a participar a mujeres de la agricultura familiar que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: (1) personas adultas (a partir de los 18 años), (2) que hayan emigrado del país limítrofe Bolivia (3) que se dediquen a la producción frutihortícola, de plantines o viveristas, y/o la elaboración artesanal de alimentos, (4) que sean parte de un núcleo familiar de productores/as donde el trabajo de producción sea obtenido mayoritariamente de la mano de obra familiar, (5) que residan en zonas rurales o periurbanas dentro del Área Metropolitana de Buenos Aires o municipios linderos, desde al menos 3 años, y (6) que deseen participar del estudio. Como criterio de exclusión se consideró que no cumplieran con alguno de los criterios anteriores.

Se trabajó con una muestra de tipo no probabilística incidental (Tomás, 2009), en la cual se incorporaron un total de 14 mujeres, se utilizó el criterio de saturación de la información (Osse, Sánchez e Ibáñez, 2006), estableciendo como límite la redundancia de la información recabada y que no aporte datos relevantes para el estudio. Para la selección de la muestra se apeló a contactos previos con trabajadores/as del INTA AMBA, cooperativas rurales, mercados locales y organizaciones sociales quienes facilitaron el acceso a mujeres rurales de las zonas seleccionadas. Asimismo, se recurrió al mecanismo de muestreo en cadena o por redes conocido como "bola de nieve", el cual nos permitió que quienes participan del estudio habiliten el contacto con nuevas personas interesadas también en participar. Las técnicas de recolección de datos elegidas para la muestra fueron 7 entrevistas semidirigidas individuales y una entrevista grupal con 7 mujeres. Respecto al análisis de los datos toda la información obtenida fue transcrita y analizada utilizando el soporte técnico Atlas Ti.

Resultados

Las dimensiones geográficas y de infraestructura:

Retomando los relatos de las mujeres que participaron del estudio se registra una gran dificultad para sortear cuestiones de tipo geográfico y de infraestructura.

Las participantes en su mayoría viven en zonas rurales o periurbanas, sin que medien extendidas distancias desde sus domicilios hasta un centro de salud. Todas ellas ubicaban rápidamente un centro de atención primaria (o “salita”) próximo a su residencia. Respecto al hospital general si bien suelen acudir por diversos motivos, por ejemplo consultas programadas o guardias, en la mayoría de los casos no quedaba cerca de su domicilio o lugar de trabajo.

Sin embargo, lo que más destacaba era la dificultad para sortear cuestiones de infraestructura. Las mujeres indicaron que debían salir de sus casas a muy temprana hora, alrededor de las 3 a.m, para llegar a tiempo al horario de entrega de turnos. Una vez que ingresaban aguardaban en una fila para la entrega de turnos médicos o estudios, si precisaban acceder a una consulta ese mismo día, debían esperar más horas en el establecimiento.

Por otra parte, el traslado hasta el centro de salud fue mencionado reiteradas veces dando cuenta de las dificultades que acarrea. Esto puede comprenderse en tanto los caminos suelen estar en muy malas condiciones, en su mayoría son de tierra con pocas calles asfaltadas, sumado a ello la frecuencia con la que pasan colectivos por sus zonas es distante entre un servicio y otro, incluso no cumpliendo con los horarios estipulados. Quienes cuentan con algún recurso económico contratan traslados privados informales o bien coordinan con algún miembro de su familia para que las traslade hacia el centro de salud. Ninguna de las mujeres entrevistadas manejaba, aunque varias de ellas contaban con un vehículo familiar. Además, varias de ellas registraban la peligrosidad que implicaba estar largo tiempo en una parada de colectivo durante las horas de la madrugada. La falta de luminaria también era una escasez en ese lugar.

Estos recorridos se agudizan en su dificultad si consideramos que gran parte de ellas los ejecuta en situaciones de emergencia. Por ejemplo, en los relatos daban cuenta de accidentes hogareños con los/las niños/as o una descompensación física de un familiar anciano/a.

Atendiendo a estas cuestiones, comúnmente aspectos que hacen a controles periódicos prefieren gestionarlos para sí o para terceros/as en los centros de salud más próximos, en tanto estos cuentan con las especialidades médicas como pediatría, ginecología, medicina general y salud mental. Lamentablemente según relatan estas especialidades no suelen estar cubiertas en el primer nivel de atención.

La dimensión geográfica y de infraestructura se suelen eslabonar con la dimensión administrativa, ya que luego de sortear las primeras el obstáculo inmediato que encuentran es acceder a cubrir el/los turno/s que requieran. En varias situaciones las mujeres dan cuenta de lo engorroso que puede ser cubrir una consulta médica y la coordinación con estudios médicos,

retiro de resultados y retorno a la consulta. Por lo general, todos estos pasos implican varios viajes en diversos horarios, lo que no solo eleva los costos y tiempos insumidos, sino que se vuelve inconciliable con su trabajo productivo y comercial.

Por otra parte, quienes migran no suelen establecerse desde un inicio en una misma zona, sino que muchas veces van trasladándose de una provincia a otra. En varias oportunidades, primero se asientan en provincias limítrofes con Bolivia como Salta y Jujuy, en otros casos luego se trasladan a otras provincias como Mendoza o Neuquén, y finalmente buscan radicarse en Buenos Aires. Estos traslados implican un reinicio completo respecto a la gestión de tratamientos crónicos, la mayoría de las participantes son quienes se encargan de los trámites requeridos para atender un tratamiento crónico, por lo cual en cada nuevo lugar de residencia rápidamente deben accionar para cubrir las necesidades médicas y de medicación requeridas. En los relatos todas mencionaron que este tipo de acciones estaban dirigidas a un familiar y no a ellas.

La dimensión psico-socio-cultural:

Abordar la dimensión psicosocial refiere a atender el modo en que las personas entienden el proceso de salud-enfermedad, cómo significan la enfermedad y la salud, que saberes y prácticas ponen en acción frente a una enfermedad y/o para mantener la salud, y cómo vivencian el vínculo con los distintos actores del sistema de salud y sus recorridos dentro de los servicios de salud.

Cuando se empieza a indagar estos aspectos lo que suelen resaltar son cuestiones vinculadas a expresiones discriminatorias desde los servicios de salud. Estas expresiones discriminatorias permean el vínculo con el sector salud en general y con los distintos agentes que lo conforman. Durante las entrevistas individuales y la grupal las participantes relatan variadas situaciones en las cuales fueron discriminadas. El trato que reciben bien puede considerarse un termómetro de cómo se irá sorteando el vínculo establecido con los agentes de salud, pudiendo ser una limitante del sostenimiento dentro del sector por parte de las participantes.

Expresiones como “*soy peleadora*” “*me planto*” “*si me tengo que pelear, me peleo*” aparecen de forma temprana para dar cuenta que las interacciones con el sector administrativo, el área de enfermería y durante las consultas suelen ser tensas o registran malos tratos. Varias entrevistadas mencionan que ya no suelen callarse durante una visita médica, y si lo requieren vuelven a repreguntar para despejar dudas sobre los tratamientos o indicaciones médicas. Sin embargo, hay otras situaciones que son expulsivas y generan una imposibilidad de acción directa, por ejemplo, cuando se les niega la entrega de un turno.

Por otra parte, las participantes indican que la mayoría de las veces su última consulta no fue programada, sino que se dirigieron al sector de guardia por alguna emergencia médica. Varias mujeres contaron que luego de un período prolongado de malestar decidieron acercarse a un centro de salud (comúnmente un hospital). Esto evidencia amplios períodos de latencia desde la aparición de una alteración hasta el acceso a la consulta. Durante ese período suelen recurrir al uso de remedios caseros, frecuentemente plantas medicinales que tienen en sus domicilios.

Dimensión de los cuidados:

Como ya se fue mencionando en lo que hace a la gestión del cuidado de la salud durante las entrevistas las mujeres redundan en relatos sobre cuidados destinados a miembros/as de su familia. Mayoritariamente el cuidado de la salud está orientado hacia otras personas, por lo general marido, padres y madres e hijos/as pequeños/as. Estos cuidados implican una gestión integral de la salud, lo que redundan en un caudal de acciones destinadas a atender aspectos de la salud que van desde la obtención de turnos, acompañar esperas, interactuar con los médicos y personal de salud, gestionar la administración de la medicación, recibir informes médicos, etc. Particularmente en lo que refiere a la recepción de informes médicos e interactuar con el personal de salud suele generar desconcierto y/o temor, por desconocer la terminología o procesos implicados en los tratamientos. En la mayoría de las ocasiones, estas gestiones las realizan en solitario, sin que otros/as miembros de la familia estén presentes.

Conclusiones

A lo largo de esta presentación se buscó aportar información acerca del acceso a los servicios de salud desde las experiencias relatadas por mujeres migrantes hortícolas. Sus vivencias nos sitúan concretamente en una temática necesaria de ser puesta en común de forma permanente. Las barreras, que bien podrían significarse como murallas, persisten de un territorio a otro pero se agudizan según las particularidades de quienes deban sortearlas. Cada una de las dimensiones descritas se eslabonan unas a otras desplegando una serie de obstáculos, difíciles de sortear aisladamente y peor aún cuando se presentan articulados.

La salud es abordada de manera fragmentada, en tanto los servicios no articulen una atención de manera integral e integrada. Lo fragmentado aquí da cuenta de la forma en que son organizados los servicios de salud y los recursos disponibles, generando un desapego respecto al cuidado de la salud por parte de las personas en tanto abordar estas cuestiones supone sortear múltiples y simultáneos obstáculos.

Bibliografía

Aizenberg, L. y Maure, G. (2017). Migración, salud y género: abordajes de proveedores de salud en la atención de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza, Argentina. *Rev. Interdiscip. Mobil. Hum*, 25 (51), p. 149-164.

Aizenberg, L., Rodríguez, M. L., Carbonetti, A. (2015). Percepciones de los equipos de salud en torno a las mujeres migrantes bolivianas y peruanas en la ciudad de Córdoba. *Migraciones Internacionales*, 8 (1), 65-94.

Barria Oyarzo, C. (2020). Gestión de políticas públicas en salud: mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Anthropologica*, 38 (44), p.157-185.

Bianqui, V. (2024). Accesibilidad, salud y cuidados: un recorrido en torno a las experiencias de mujeres hortícolas de la agricultura familiar. *Revista de la Escuela de Antropología*, 34, s.p.

Recuperado

en:

<https://revistadeantropologia.unr.edu.ar/index.php/revistadeantropologia/article/view/292/314>

Canevari, C. y Biaggi, C. (2020). Mujeres, producción y reproducción. En de Arce y Salomón (Comp.): *Una mirada histórica al bienestar rural argentino*. Buenos Aires: Ed. Teseo.

Cerutti, M. (2011). Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA.

Ciarallo, A. (2014). Se vamo' a la de dios. Migración y trabajo en la reproducción social de familias bolivianas hortícolas en el Alto Valle del Río Negro. Córdoba: Centro de Estudios Avanzados.

Debandi, Natalia, Nicolao, Julieta y Penchaszadeh, Ana Paula (2021). Anuario Estadístico Migratorio de Argentina 2020. Buenos Aires, Red de Investigaciones en Derechos Humanos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Federici, S. (2017). Revolución en punto cero: Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Buenos Aires, Argentina: Traficantes de Sueños.

Federici, S. (2018). El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo. Buenos Aires: Traficante de sueños.

García, L. (2016). Personas migrantes y acceso a la justicia. Notas para pensar una tutela efectiva a partir de los casos judicializados de personas en situación de expulsión. *Derecho y Ciencias Sociales*, 15, 21 -46.

Goldberg, A. (2014). Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*, 11, 199-216.

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, Buenos Aires, Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).

Logiovine, S. (2015). Psicología y Salud Rural: aportes desde la psicología comunitaria para pensar las barreras en el acceso al sistema de salud en una población rural. *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, Fac. de Psicología, UBA. Memorias del Congreso, 125-128.

Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad (2022). La igualdad de género en el mundo del trabajo. Cuadernillo de Formación. Buenos Aires: Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad.

Molina, C. (2019). La salud de los migrantes como desafío para la salud pública. *Revista de trabajo social y ciencias sociales*, 29, s.p.

Osses, S., Sánchez, I. e Ibáñez, F. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios pedagógicos*, 32(1), 119-133.

Rodríguez Enríquez, C. M. y Marzonetto, G. L. (2015). El trabajo de cuidado remunerado: Estudio de las condiciones de empleo en la educación básica y en el trabajo en casas particulares. Buenos Aires: Documentos de Trabajo “Políticas públicas y derecho al cuidado”.

Tomás, J. (2009). Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Universidad Autónoma de Barcelona.