La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)

Brígida Norma Baeza

▶ **To cite this version:**

Brígida Norma Baeza. 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, 2013, 11, pp.179-197 Sección Tema central. halshs-00957411

HAL Id: halshs-00957411
https://shs.hal.science/halshs-00957411

Submitted on 10 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina)

Brígida Baeza [*]

Resumen: *El presente artículo se propone analizar las características que posee la memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en la ciudad de Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). En su mayor parte estas mujeres provienen de la zona rural de Cochabamba y Potosí, con registros memorísticos del parto indígena como práctica desarrollada por ellas o por las mujeres de sus familias, las cuales entran en conflicto con la medicina implementada desde el sistema de salud hegemónico en la sociedad receptora. La respuesta ante los desentendimientos es el silencio, siendo esta manifestación objeto de análisis a través de los diferentes testimonios de las mujeres migrantes bolivianas*.

Abstract: The migrant memory and listening to the silences in the childbirth experiences of Bolivian migrant women in Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina).
In the present article I analyze the characteristics that the memory of immigrants comprises and the scope of the silences in the experience of childbirth in Bolivian migrant women living in the city of Comodoro Rivadavia. The majority of these women come from rural Cochabamba and Potosi, with memories of indigenous birth as practices developed by them or by the women of their families, in conflict with the medicine implemented in the hegemonic health system of the host society. The response to the misunderstandings is silence, and this article attempts to explain these through the various testimonies of migrant women from Bolivia.

Palabras clave: mujeres migrantes bolivianas, parto, memorias, silencios
Keywords: Bolivian migrant women, childbirth, memories, silences

INTRODUCCIÓN [1]

Esta investigación surge a partir de una experiencia que se desarrolló a fines del año 2006 cuando me encontraba en medio de mi propio trabajo de parto. En una

[*] CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), UNPSJB (Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco), Comodoro Rivadavia (9000), Chubut. Argentina, brigida_baeza@hotmail.com

[1] Este trabajo se desarrolla en el marco del PICT 2010-0628 Bicentenario "Procesos de recordar y olvidar en contextos de subordinación. Una aproximación comparativa en torno a la memoria como objeto de reflexión" (2011-2013), ANPCYT Nº 98/2011, Responsable Dra. Ana Ramos (CONICET-URN).

Recibido 2013-09-24 Aceptado 2014-02-03

clínica privada de la ciudad de Comodoro Rivadavia, en un contexto de "sistema de cama caliente" donde las parturientas debíamos apurar nuestros procesos porque corríamos el riesgo de no tener lugar de internación, en la sala de pre-parto una de mis compañeras era una joven boliviana hablante quechua, en las traducciones al castellano la acompañaba una señora mayor que ella (tal vez su madre, o su hermana mayor o una amiga). Me costaba concentrarme en mi propio trabajo de parto, porque veía las innumerables peripecias que pasaban las dos mujeres tratando de entender a las enfermeras y médicas que trataban de orientar a la parturienta. Finalmente luego de mi parto, siguió el de esta joven que como signo del agotamiento que significó esa experiencia para ellas, al momento en que me retiré ese mismo día de la clínica, la parturienta, la acompañante y el bebé dormían exhaustos. Si bien mi propio proceso de parto, no me permitió intercambiar con estas mujeres, consideré que era un tema que ameritaba en algún momento detenerme académicamente.

El sistema de salud –sobre todo público- es uno de los espacios donde los migrantes limítrofes deben acudir en algún momento de sus vidas, y en el caso de las mujeres de modo recurrente, tanto por sus hijos e hijas o por ellas mismas. Por ende, las prácticas de salud se constituyen en un aspecto que los estudios migratorios deberían profundizar dado que es un contexto donde de modo permanente se producen diferenciaciones y desencuentros entre los distintos modos de concebir la salud y el cuerpo. A pesar del derecho irrestricto en atención sanitaria, de la cual gozan los migrantes de acuerdo a lo que figura en los artículos 6 y 8 de la Ley 25.871 del año 2004, independientemente de su situación migratoria, existen una serie de dificultades que remiten a representaciones de etapas anteriores en relación a elementos que se encontraban en el modo de definir las migraciones limítrofes vinculadas a la "Ley Videla" donde predominaba el carácter policial y de control migratorio. Esto se refleja en prácticas cotidianas de atención hospitalaria, o bien en el imaginario que posee la sociedad receptora respecto a la llegada de "nuevos migrantes", para el caso de Comodoro Rivadavia (Baeza 2013). Los grupos migratorios que se asientan actualmente en la ciudad provienen de países vecinos, mayormente de Bolivia y Paraguay[2].

En este estudio, nos proponemos realizar un aporte al análisis de las formas que adquieren las trayectorias de mujeres migrantes bolivianas que residen en "asentamientos informales" en la ciudad de Comodoro Rivadavia (Chubut) a partir de las características que posee la construcción de la "memoria migratoria" y la escucha de los silencios en la experiencia del parto. En particular, el análisis de las prácticas en torno al modo de dar a luz de las mujeres migrantes bolivianas en contextos de subalternidad. Interesa indagar acerca de aquellos recuerdos, olvidos y silencios, que operan al momento del embarazo y particularmente en el transcurso del parto. Estas "memorias en movimiento", en proceso de constitución como tales,

[2] Los datos del Censo Nacional de Población del año 2010 arrojaron un total de 180.000 habitantes en la ciudad. De 16.653 migrantes, corresponde a migrantes limítrofes: 14.544, siendo mayoritario el número de chilenos: 10.682, seguidos por bolivianos: 2.421, paraguayos: 1.221 y 385 peruanos, entre otros. Lo cual demuestra que el grupo de migrantes provenientes de Chile continúa siendo el más numeroso. Datos de Población total nacida en el extranjero, departamento Escalante. Censo Nacional año 2010.

se caracterizan por su complejidad al momento de indagación. Sin embargo, el análisis etnográfico, nos permitirá incursionar acerca de las formas en que las migrantes bolivianas deciden ocultar, silenciar, reproducir, visibilizar u omitir, determinadas formas de representaciones e identificaciones que considerando el contexto local, remiten al "pasaje" de un tipo de vida rural-indígena al modo de vida urbano-industrial de Comodoro Rivadavia. Las observaciones y entrevistas fueron realizadas en las viviendas de las entrevistadas, en salas de espera y habitaciones de internación de hospitales públicos, en algunos casos la observación fue de carácter participante, dado que los trámites que deben realizar las migrantes para acceder a programas de cobertura de control y parto, requieren de cierto conocimiento de las realidades institucionales locales, lo cual demandó mayor involucramiento de mi parte, cooperando en el tránsito institucional que demanda el acceso a los seguros de salud. Las mujeres que contribuyeron para que este artículo sea posible presentan diversas situaciones en relación al padre de sus hijos-hijas, desde aquellas que se encontraban en pareja formalizada conviviendo en un mismo hogar, hasta aquellas que decidieron afrontar solas la maternidad y que aún no resolvían que lugar otorgarían al padre biológico durante y luego del parto. En todos los casos pude observar mujeres que asumen la toma de decisiones, analizan opciones tales como el acceso a los programas de salud pública, consultan a familiares, amigas o vecinas. Y por cuestiones laborales o decisiones de problemas conyugales, los hombres participan escasamente del proceso de embarazo y parto. En cuanto a los profesionales de la salud entrevistados, mayormente se trata de personas jóvenes –en el caso de las parteras- que han transitado sus carreras académicas recientemente y por ende se encuentran capacitadas en metodologías actuales en torno al denominado parto "humanizado", y en otro grupo podemos ubicar a profesionales médicos pertenecientes a distintos grupos etarios que brindan respuestas y explicaciones en su mayor parte, estereotipadas y que reproducen modelos médicos hegemónicos pero cuestionados actualmente desde la normativa vigente, tal como explicaremos más adelante. Metodológicamente me inspiré también en el trabajo de Alarcón y Nahuelcheo sobre el embarazo, parto y puerperio de mujeres mapuches chilenas (Alarcón y Nahuelcheo 2008), con el recorrido realizado por quienes constituyen "las voces" de un tema de alta sensibilidad y riqueza cultural: una *machi,* una partera tradicional y una anciana conocedora de la cultura mapuche.

De algún modo, esta propuesta recupera el desafío que proponen Hirsch y Ospina cuando abordan de qué modo sobreviven prácticas vinculadas a redes de parentesco de distintas generaciones de mujeres y el rol del hombre en el posparto. En un contexto de ingreso de la salud pública en la vida de las mujeres guaraníes; las autoras invitan a generar investigaciones que indaguen acerca del modo complejo en el que se imbrican la etnia, el género y la generación (Hirsch y Ospina 2011, 173-174).

En este sentido, ocuparnos de mujeres migrantes provenientes de países limítrofes, en su mayor parte indígenas y oriundas del ámbito rural[3], que acuden o

[3] Una línea similar a lo que aquí se propone fue desarrollada para el caso de mujeres indígenas tobas, que aunque no fue profundizado por la autora brinda elementos para

son “buscadas” por el sistema de salud público, nos permite ampliar y profundizar una temática aún sin explorar en Comodoro Rivadavia, en la patagonia argentina. En nuestro caso debemos considerar que quienes migran y emprenden el proceso de movilidad campo-ciudad, ciudad-ciudad, parten de situaciones de diferenciación en sus lugares de origen, pudiéndose reproducir o bien generar nuevas formas de desigualdades una vez instaladas en la sociedad receptora donde se combinan con contextos de racismo, discriminación y exclusión (Torres 2010, 11).

MUJERES BOLIVIANAS EN COMODORO RIVADAVIA

Los grupos de migrantes bolivianos incrementaron su llegada a la ciudad en el contexto de la expansión que se produjo en el mercado de trabajo con el último “boom petrolero” (2004-2008). De acuerdo a los datos censales del Censo Nacional de Población del año 2010, Comodoro Rivadavia posee un total de 180.000 habitantes, de los cuales 16.653 son extranjeros y 14.544 provienen de países latinoamericanos. Siendo los chilenos mayoría con 10.682, seguidos por los migrantes bolivianos con 2.421, de los cuales 1.303 son varones y 1.118 son mujeres. Podríamos decir que se trata de una migración de tipo familiar[4], la cual queda confirmada a partir de la información que brindan las entrevistas. Y en particular, provienen de la región de Cochabamba y en menor medida de Potosí y Santa Cruz de la Sierra, de acuerdo a los datos que arrojó un relevamiento municipal encarado desde la Dirección de Investigación Territorial, a fines de 2007 e inicios de 2008.

En otro orden, la atención académica sobre las mujeres bolivianas, nos muestra dos tendencias. En el caso particular de las mujeres bolivianas podríamos decir que en la historiografía regional –aunque escasa- es posible apreciar dos grupos de trabajos académicos, uno de ellos que reivindica el agenciamiento de las mujeres bolivianas “emprendedoras”, hacedoras de comercios, trabajadoras en diversos rubros del mercado de trabajo, dichas trayectorias de mujeres bolivianas migrantes es la destacada por la geógrafa Miryam González, (González 2009, 2012) y en trabajo de carácter audiovisual (Vezzoso y Conti 2011) ambas investigaciones para el caso de Comodoro Rivadavia. Y por otro lado, aquella línea historiográfica que problematiza dicho agenciamiento considerando las desigualdades de género para el caso de mujeres bolivianas en Ushuaia (Malimaci 2012). A nivel nacional, una línea en la cual se inscribe –en parte- este trabajo es la desarrollada por Sergio Caggiano para el caso de las mujeres aymaras en Buenos Aires, donde destaca la necesidad de centrarnos en la migración indígena y la sobrevivencia de prácticas colaborativas al interior de la comunidad en el contexto de la sociedad receptora y en particular el modo en que se despliega una serie de “diferencias culturales” alrededor del embarazo y el parto (Caggiano 2010, 47-133).

Este trabajo si bien destaca el agenciamiento de las mujeres migrantes bolivianas, también trata de mostrar una serie de condicionamientos que estas deben enfrentar

pensar comparativamente sobre todo en cuanto a similitudes en el modo en que las prácticas en torno al parto indígena son sustituidas por las del sistema médico hospitalario (Tamagno 2003).

[4] El carácter familiar de la migración boliviana es un rasgo compartido a nivel nacional, así como también se observa una tendencia a la feminización de la misma (Cerruti 2010, 36).

en el caso particular de su corporalidad en relación al sistema de salud. Buscamos explicar de qué modo se construye una memoria migratoria en torno a la práctica del parto, donde no sólo es posible observar aquellos condicionantes propios de la experiencia migratoria en sí, sino también aquellas características de los modos de concebir el género, la etnicidad y la salud en el caso de las mujeres bolivianas, principalmente provenientes del ámbito rural cochabambino y potosino de Bolivia.

MIGRANTES BOLIVIANAS EN EL SISTEMA DE SALUD

En una serie de investigaciones realizadas en Buenos Aires, en torno a las problemáticas de los migrantes limítrofes en relación al sistema de salud, se evidenció que los profesionales realizan distinciones de acuerdo a la nacionalidad de los pacientes, y que las mayores dificultades comunicativas y culturales se producen en particular con los migrantes bolivianos apareciendo como "el otro" más diferenciado por sus rasgos fenotípicos, sus costumbres, habla y vestimenta (Jelin 2006, 9).

Sumada a la visibilidad que adquieren los migrantes bolivianos en el espacio público y en particular en las instituciones de atención sanitaria[5], existe un hecho real asociado a las experiencias migratorias. Marcela Cerruti destaca para el caso de Buenos Aires, que "A *pesar de los mecanismos de contención ofrecidos por las redes migratorias, los migrantes recientes sufren considerablemente, en particular, cuando provienen de sociedades pequeñas, homogéneas y rurales y deben adaptarse a grandes metrópolis, impersonales y socialmente heterogéneas"* (Cerruti 2010, 22). El caso de Comodoro Rivadavia, aunque de menor dimensión poblacional que las grandes ciudades del país, no se caracteriza por la hospitalidad hacia el migrantes limítrofe, al contrario predomina la hostilidad y escasa aceptación hacia los denominados "nuevos migrantes" (Baeza 2011) donde se incluyen bolivianos, paraguayos, peruanos, entre otros. De este modo, se construyen denominaciones hegemónicas sobre "los de afuera"/ "los recién llegados", que justifican y naturalizan las desigualdades, a partir de conexiones pseudo-causales que conectan a ciertas minorías con determinados rasgos biológicos, psicológicos, sociales y culturales considerados como invariables (Pizarro 2012, 261). Es sobre las mujeres migrantes bolivianas donde se concentran la mayor parte de los rasgos distintivos del grupo de "migrantes nuevos" para la sociedad receptora, ya que son ellas las que diariamente transitan por las calles de los denominados asentamientos informales, negocios, centros de venta callejera, instituciones entre otros lugares del espacio público, donde adquieren visibilidad por su modo de vestir y sus rasgos fenotípicos indígenas. En el caso particular de las mujeres[6] bolivianas, son fuertemente estereotipadas por los profesionales de la salud en el caso bonaerense, donde son representadas como mujeres sumisas y sufridas y hasta son observadas como de mayor resistencia al

[5] Estudios realizados en España e Italia muestran situaciones similares donde los migrantes deben enfrentar dificultades, discriminación, entre otras situaciones donde son estereotipados en el sistema de salud. Ver Comelles y otros (2009) .

[6] En una investigación realizada con migrantes marroquíes se mostró que los trastornos psicosomáticos como consecuencia del "duelo migratorio", son mayores en las mujeres, por poseer menos inserción en el espacio público, entre otros motivos (Alonso 2009, 358-370).

dolor que otras migrantes, tales como las paraguayas o peruanas (Jelin 2006, 50). Un caso extremo se presenta en la frontera con Bolivia, en La Quiaca (Jujuy), donde las mujeres bolivianas son vistas como madres que "*vienen por el documento*" para dar a luz del lado argentino de la frontera y regresar a su lugar de origen (Cerutti 2010, 74-75), una imagen que oculta las diversas situaciones que existen detrás de esta práctica fronteriza. Al punto que en este caso "*el control del cuerpo de las mujeres se vuelve prioritario"*, tal como expresa Sergio Caggiano para el caso de la frontera La Quiaca/Villazón, aquí se interrelacionan temores a la contaminación, a "las mezclas", lo racial y hasta la idea de desestabilización en la frontera binacional. De este modo el parto de la mujer boliviana, se vuelve "cuestión de Estado", y la madre boliviana es la "madre de la raza" que exhibe toda su peligrosidad (Caggiano 2010, 103).

En la investigación señalada de la frontera de La Quiaca/Villazón es posible observar de qué modo las desigualdades de género son racializadas. En nuestro caso de análisis, la situación es diferente, no se produce el venir a parir "por el documento", por un lado, ésta opción se ve desalentada por la lejanía de nuestra ciudad de estudio con respecto a la frontera con Bolivia (3.100 Kilómetros), y por otro lado, porque pudimos observar situaciones opuestas a la analizada para el caso de La Quiaca/Villazón. Al contrario del caso mencionado, en Comodoro Rivadavia pudimos observar que existen casos en que matrimonios bolivianos viajaron especialmente para registrar a sus hijos como nacidos en Bolivia. Estas situaciones nos hacen pensar que no sólo están en juego status diferentes en el modo de concebir la nacionalidad, sino diversas situaciones de discriminación racializadas hagan optar por considerar que el país de origen, aceptará "un nuevo hijo" para su nación.

En nuestro caso particular, observamos cómo estas situaciones se generan a partir de la intersección dinámica entre el género, la raza y la clase en estructuras de dominación históricas (Stolke 2004, 93). Sobre las comunidades indígenas y en particular sobre las mujeres indígenas pobres, recayeron la mayor parte de las políticas sanitarias caracterizadas por la implementación de un sistema hospitalario, donde se reforzaron los procesos de estigmatización. Los profesionales médicos "*…fueron articulando lugares de silencio y penalización al reproducir los discursos que no sólo postulaban a la biomedicina como sistema médico autorizado, sino que también desestimaban otros conocimientos sobre salud/enfermedad… construyen los silencios, condicionando las relaciones actuales entre las personas mapuche y sus conocimientos heredados … el tayïl, el baweh (hierbas medicinales), entre otras prácticas- del secreto donde los jóvenes renegocian y recrean las memorias, en este caso silenciadas, en sus contextos actuales*" (Nahuelquir, Sabatella y Stella 2011, 4).

El hecho de "portar lo boliviano" cotidianamente, agudiza en estas mujeres la posibilidad de percibir las problemáticas que aquejan a los-las integrantes de sus familias. En el caso de la salud, las mujeres consideran que *"aquí los nenes se enferman más, la gente se enferma más, los nenes con tos, con resfríos*[7]". En el caso de los hombres hay que sumar las enfermedades y accidentes vinculados a los

[7] Notas de trabajo de campo, sector de sala de espera en obstetricia del Hospital Regional, 8 de febrero de 2.013.

trabajos –en su mayor parte- en la construcción donde ellos se desempeñan (Baeza 2013).

En el caso de las mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia, los componentes de raza, género y clase se intersectan de modo complejo dado que debemos considerar también las situaciones propias de los y las migrantes limítrofes. En su mayor parte se trata de mujeres indígenas provenientes del ámbito rural cochabambino y/o potosino, sumado a que residen en los denominados "asentamientos informales" de la zona periurbana y desarrollan tareas como amas de casa, servicio doméstico y/o eventualmente en las empresas pesqueras de la zona. Quienes lograron cierta acumulación de capital económico emprendieron la instalación de comercios como verdulerías y tiendas (González 2009, 67).

Independientemente de su situación laboral, la mayor parte de las mujeres bolivianas asiste a la atención sanitaria de los centros de atención hospitalaria del sector público. El primer contacto con el servicio sanitario se realiza a través de algún tipo de consulta o por una urgencia a "la salita" barrial, o bien porque reciben la visitas de las agentes sanitarias que recorren las viviendas de los sectores de mayor vulnerabilidad social. En Comodoro Rivadavia existen centros de atención sanitaria conocidos como "la salita" ubicados en los distintos barrios de la ciudad, algunos son municipales y otros provinciales. Esto marca una diferencia importante, ya que dependiendo del tipo de institución de pertenencia, los programas con los cuales trabajan son diferentes. Una de las profesionales del ámbito social de un centro sanitario provincial explicaba que ellos: básicamente se centran en "*autocuidado y autorresponsabilidad* [8]".

Para un tratamiento de alta complejidad o para las situaciones de parto deben acudir –independientemente a si pertenecen al ámbito municipal o provincial- al denominado Hospital Regional dependiente del Ministerio de Salud de Chubut. Las prácticas de dicho organismo se encuentran enmarcadas en el "Plan Nacer" del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación, que data del año 2004 y básicamente cubre la atención del embarazo, parto, puerperio y primeros años de vida de niño o niña[9]. En el caso particular de cómo funciona cotidianamente la atención sanitaria, debemos considerar que se implementa a través de programas municipales y provinciales, los cuales poseen diferencias en cuanto a la forma de trabajo, en las observaciones de campo realizadas fue posible registrar que en los barrios y asentamientos informales de la ciudad, donde se desarrollan planes de

[8] Entrevista a una profesional del ámbito social que se desempeña en un centro de salud barrial provincial en Comodoro Rivadavia, realizada el 14 de agosto de 2012.

[9] El "Plan Nacer" se denomina formalmente: "Proyecto de desarrollo de seguros integrales de salud", es una estrategia de seguro público de salud, destinado a las mujeres, para el cuidado de su embarazo mediante un seguimiento permanente y hasta los cuarenta y cinco días posteriores a la finalización del parto por cualquier causa y a los niños y niñas, para el cuidado de su crecimiento saludable desde el nacimiento hasta los seis años de vida. Para el caso de las comunidades indígenas el "Plan Nacer" posee cláusulas especiales que contemplan el desarrollo de acciones de promoción de la salud que rescaten y consideren sus recursos técnicos y terapéuticos. Más información en la web:
http://www.plannacer.msal.gov.ar/index.php/contents/detail/institucional.
Acceso, 29 enero, 2014.

salud dependientes del Ministerio de Salud provincial, las políticas sanitarias desplegadas exigen mayor conocimiento y control por parte de los agentes sanitarios. Cada agente posee un número de familias asignadas a las cuales visita todas las semanas y atiende en diversos servicios, los cuales oscilan entre la entrega de pastillas desparasitarías para los perros hasta la orientación que requiere una embarazada a la cual se la incita a que acuda al control mensual de su embarazo.

Esta activa presencia de los agentes sanitarios en algunos sectores de la ciudad, puede ser vista como el avance de la medicalización, definida por Michel Foucault como la ampliación del sistema de salud, y el avance de la medicina y sobre todo del dominio de los cuerpos (Foucault 1993). La expansión del control de la salud en todo el territorio de la ciudad, donde agentes sanitarios recorren diariamente y despliegan el poder policial, nos recuerda que *"…la salud cotidiana de todo el mundo, será en lo sucesivo un objeto permanente de cuidado e intervención para la policía… habrá toda una política de un nuevo equipamiento, un nuevo espacio urbano que se ordenará y subordinará a principios y ocupaciones de la salud"* (Foucault 2006, 373).

En este marco, el control de la capacidad de reproducción de las mujeres y la construcción de la maternidad caracterizada por la idea de un lazo indisoluble entre madre e hijo y el tipo de cuidado de los hijos e hijas, fue ocupando un lugar trascendental en la agenda estatal y eclesial (Hirsch y Ospina 2011, 173).

La implementación de la medicalización, para los profesionales de la salud posee un obstáculo para el caso de las migrantes bolivianas, representado en "el machismo" de los hombres bolivianos. Estas representaciones de lo masculino y lo femenino, representan (para los profesionales) un impedimento para la aplicación de políticas que poseen cierta inspiración "malthusiana"[10] de la reproducción poblacional, sobre todo con respecto a los migrantes limítrofes, donde no sólo aparecen como "problema" las bolivianas, sino también chilenas y otras "pobres" nativas. Particularmente existe una tipificación en clave nacional, donde las mujeres bolivianas son representadas como las que logran menor control de la reproducción, una profesional médica nos explicó:

> …tengo una boliviana…que es un caño la boliviana…el año pasado estuvo embarazada entonces estuvo haciendo los inyectables y después no vino

[10] El clérigo-demógrafo Thomas Malthus (1776-1834) desarrolló su teoría acerca del crecimiento geométrico de la población versus el crecimiento aritmético de la población. Aunque desechada, podríamos decir que en determinadas épocas posee su reactualización. Por ejemplo, hacia 1960 desde E.E.U.U. y con el apoyo del gobierno boliviano, se implementaron en los Andes centrales una serie de programas de esterilización de mujeres campesinas, esta historia está documentada en versión cinematográfica: *Sangre de cóndor (Yawar mallku),* de Jorge Sanjinés, Bolivia, 1969. También a la luz de las políticas neoliberales en América Latina, un exponente de la aplicación del control de la natalidad estuvo en el Presidente peruano Alberto Fujimori que implementó una serie de crueles políticas de control de la natalidad que tuvo como resultados 270.000 esterilizaciones "voluntarias", un hecho que se encuentra en disputa judicial por lo atroz del plan avalado desde la Ley Nacional de población, cuyo objetivo era llegar a 2,5 hijos promedio. Acceso 19 febrero, 2013 http://amecopress.net/spip.php?article1199.

> más…obviamente quedó embarazada, quedó recontraembarazada. Ahora está embarazada y tiene 4 ya. Encima en las condiciones en que viven. Y lo le dije el año pasado y ella me dijo ´pero yo no quiero´. Es como que ahora ellos ya entienden lo que es una ligadura porque la ligadura está muy relacionada con la hombría: pasa por una cuestión cultural[11].

Estas representaciones sobre cómo son, cómo piensan, cómo sienten, las mujeres bolivianas, generan un "clima hostil" que en un contexto como las situaciones de preparto y parto, influyen en el modo en que pacientes y profesionales de la salud ingresan en un espacio de incomprensión y desentendimiento.

EL PARTO Y LA CONSTRUCCIÓN DE MEMORIAS EN CONTEXTOS DE DESPLAZAMIENTOS MIGRATORIOS

En este apartado abordaremos el modo en que se produce la selección de olvidos, recuerdos y silencios en torno a la memoria migratoria del parto. Básicamente partimos de la noción de agencia de las mujeres migrantes bolivianas, en su mayor parte de habla quechua y aymara, que deben enfrentar una serie de condicionantes a partir de lo que significa el contacto con los profesionales de la salud. En tanto, debemos considerar el carácter constrictivo y habilitante/posibilitante de las estructuras sociales (Grossberg 2012, 4; Giddens 1995, 28; Boivin, Rosato y Arribas 2004, 156-159). Lo cual nos advierte a considerar que a pesar del contexto de hostilidad y diferenciación inicial en la cual se enmarca la situación: profesional de la salud/paciente migrante boliviana, estas mujeres generan una serie de "estrategias" que les permite recurrir al bagaje de conocimientos transmitidos por sus madres y abuelas o bien al acompañamiento de quienes las sustituyen: vecinas, comadres, amigas, parejas o en los casos ideales el acompañamiento de sus madres. Estos "acompañantes" surgen de la construcción de nuevos marcos de relacionalidad que las migrantes incorporan a partir de la generación de nuevos lazos y experiencias de estar relacionados (Carstens 2000). En el proceso migratorio se constituyen nuevos vínculos y lazos de reciprocidad, que sustituyen a los que se dejaron en la sociedad de origen.

La figura del acompañante está admitida y podríamos decir que es "solicitada" sobre todo por las parteras, ya que pueden oficiar de "traductoras" del lenguaje cuando la parturienta habla quechua o aymara exclusivamente. El hospital público de la ciudad cuenta con un tipo de infraestructura adecuada donde las parturientas pueden gozar de privacidad[12]. Una de las parteras entrevistadas comentó: *"…el hospital posee habitaciones individuales con baño privado donde las parturientas pueden sentirse cómodas de hacer lo que quieran, pueden ducharse, caminar, son todas muy cómodas. El suero es algo último. No se hace ni rasurado ni enema… Tienen una camilla de parto que se inclina a 45°, apoya los pies en los estribos y tiene*

[11] Entrevista realizada por Susana Vidoz a profesional de la salud, Comodoro Rivadavia, 27 de diciembre de 2012.

[12] Algunas experiencias llevadas adelante en Buenos Aires, sostienen que en algunos hospitales se han adaptado lugares específicos para facilitar las prácticas de parto (Cerrutti, 2010, 115), "propias de las migrantes bolivianas".

dos bandas para atarlas… hace como una ranita…" (Entrevista a partera profesional, 18 de febrero de 2013). Este relato nos muestra la existencia de prácticas en varios puntos "cercanas" al denominado *parto humanizado*[13]. Sin embargo, las profesionales consideran que por falta de mutua comprensión es imposible de practicar con las parturientas bolivianas.

De todas las migrantes: paraguayas, dominicanas, chilenas, argentinas… las bolivianas son consideradas como "*las diferentes*". El resto de las migrantes *"…son iguales a nosotras… muy parecidas a nosotras"*, pero con las mujeres bolivianas *"…Se puede llegar a dar un parto en la casa, atendemos el puerperio… pero ellas nunca vuelven, tratan de irse enseguida, vienen a último momento y se van enseguida porque los chicos quedaron solos… Sé que se alimentan muy mal, vienen con un tecito con pan… Su raza hace que tengan hijos con contextura grande"*. Estas representaciones contribuyen a establecer y reforzar actuaciones de racialización, como forma social de marcación de alteridad que niega la posibilidad de que determinadas diferencias y marcas se diluyan, descartando el intercambio a través de las fronteras sociales (Briones 2005, 17). Algunas de las profesionales sostienen "no entenderlas", ni saber de qué modo "acercarse para comprenderlas". Estas desigualdades de género racializadas, están vinculadas al poder médico que se ejerce a partir de las indicaciones acerca del "modo correcto" del cuidado del cuerpo en el transcurso del embarazo, de cómo deberá enfrentarse el parto, de cómo cuidar al recién nacido, entre tantas otras indicaciones que en su mayor parte entran en conflicto con aquellas enseñanzas que recibieron de sus madres o tías, cuando compartieron sus experiencias. Otras contadas familiares se acercan a las que difunde actualmente el poder médico, tal como caminar mucho en los momentos previos al parto. Pero lo que molesta a las mujeres bolivianas que debieron concurrir a la atención sanitaria, es el modo en que es impartido el saber médico, *"son cortantes aquí!"* manifestó una de las entrevistadas. El carácter taxativo de la comunicación de los agentes de la salud, sumado a una concepción del modo de mostrar -o no- el cuerpo de las mujeres bolivianas, donde predomina el pudor, es interpretado como antipatía, letargo, conservadurismo, entre otras expresiones que se generan a partir de las consultas médicas.

Entre los "reclamos" que las parteras realizan a las migrantes bolivianas se encuentra la ausencia de vínculo maternal con el recién nacido, el cual se encuentra naturalizado al punto que es incuestionable la necesidad que éste se demuestre con

[13] Dentro de las características del "Parto humanizado" se reconocen: Reconocer en padres e hijos a los verdaderos protagonistas. No intervenir o interferir rutinariamente en este proceso natural, no habiendo una situación de riesgo evidente. Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia (en una institución o en su domicilio). Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semisentada, o como desee). Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de asistencia profesional. Respetar la necesidad de elección de la mujer de las personas que la acompañarán en el parto (familia, amigos). Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios. Acceso 25 febrero, 2013. http://www.partohumanizado.com.ar/.

una mirada, la expresión de cariño o determinadas palabras. Sin embargo, algo como el "instinto maternal" que parece "natural" y necesario, ha sido investigado históricamente demostrándose que su oscilación va de la mano de los cambios socioeconómicos que confluyeron en que actualmente la mujer occidental conciba el amor maternal como preformado, automático y necesario ante el nacimiento de un hijo (Badinter 1991, 7). Una de las profesionales relató:

> (…) la mujer boliviana es muy sumisa, a veces pareciera que para ellas el parto tiene que doler. Cuando le preguntas cómo se va a llamar el bebé piden que le preguntes al marido. Nosotras acostumbramos a dejar el cordón para que sigan el contacto… pero ellas no… parecen estar en un tercer plano… no dan muestras de nada… no son maternales. (Entrevista a partera profesional, 18 de febrero de 2013)

Se solicita "instinto maternal" pero como "el nuestro", el cual constituye una construcción social, a partir de lo que nuestras madres nos inculcan, los profesionales de la maternidad en clases, cursos, medios de comunicación, entre otros canales. Pero no se repara en lo traumático del momento del parto que puede llegar a estar atravesando esta mujer alejada de sus familiares que en estos casos "orientan" y contienen, de la distancia social existente en una sala de espera de hospital y luego en las distintas instancias que deben transitarse hasta dar a luz al bebé. Sin embargo, estas imágenes de "frialdad" y "ausencia maternal" están alejadas de la cotidianeidad de estas madres bolivianas que transitan con sus bebés corporalmente juntos al trasladarlos en sus *aguayos*[14].

También esta "sumisión" y dureza ante el dolor, o la ausencia masculina en el momento del parto, son observados como elementos problemáticos para los profesionales de la salud. La "imposición" de la figura del acompañante puede llegar a ocasionar otros inconvenientes, tal como relató Maggie quien vivió la experiencia con su hermana, que fue acompañada por su esposo pero que como justo coincidió el nacimiento de su hijo con el cumpleaños del esposo-acompañante, éste asistió al parto "tocadito" (ebrio) y "arruinó el nacimiento" porque tuvo que ser retirado de la sala de parto (Entrevista realizada el 15 de enero de 2014). En otras experiencias comentaron acerca de hombres que desmayaron en medio del parto. Y en muy pocos casos el hombre y la mujer pudieron disfrutar de la experiencia, tal como José nacido en Mar del Plata e hijo de bolivianos, casado con Carmen oriunda de Sucre (Nota de trabajo de campo, 19 de enero de 2014).

Entonces, si culturalmente la mujer aprendió en la tradición que el parto es un acto solitario e íntimo, porque ella debe elegir que este momento será un espectáculo compartido con el compañero? La experiencia en el trabajo de campo realizado con mujeres migrantes embarazadas, nos muestra que justamente el padre

[14] Tejido que posee múltiples usos, tales como trasladar productos alimenticios, bebés o bien como manta de uso en el hogar. En esta advertencia acerca de la cercanía corporal que brinda el *aguayo,* comencé a considerarla a partir de una conversación con Peregrino, un "informante clave" que desde que tomé contacto con los grupos de migrantes bolivianos en Comodoro Rivadavia, ha contribuido a enriquecer y problematizar distintos aspectos de la comunidad.

del bebé no figura como "el preferido" para acompañarlas en el momento del parto, en general es otra mujer que puede ser la madre, hermana, vecina o amiga.

Es posible trazar varias analogías entre la práctica del parto en las comunidades mapuche y quechua. Tal como sostienen Alarcón y Nahuelcheo, existen una serie de cuidados de las embarazadas para evitar el desprendimiento de la matriz, el acompañamiento de los momentos previos al parto por parte de los espíritus y de la comunidad son fundamentales. Un fuerte paralelismo se presenta con respecto al significado de la placenta y la ritualización que esta genera: "*a la placenta las mujeres mencionaron que ésta se lee, interpreta y dispone de ella de acuerdo a las reglas de la cultura mapuche. La lectura de la placenta fue concebida como un acto cultural vital para conocer el destino del niño y evitarle sufrimientos en la vida. …esta lectura la hace la partera…Las mujeres mencionaron que la placenta debe ser enterrada debajo de un árbol nativo o frutal, lo cual daría protección y fortaleza física al niño*" (Alarcón y Nahuelcheo 2008,197).

La práctica vinculada al entierro de la placenta por parte de las mujeres quechuas y aymaras tiene estrecha vinculación con el regreso a la madre tierra-proveedora, este hecho en principio rechazado y curioso para los profesionales argentinos, actualmente se encuentra en proceso de naturalización, en nuestro caso de análisis, una partera comentó que ante la solicitud de una abuela de la placenta de su hija, ella accedió y permitió que la abuela se llevase la placenta en una bolsita de plástico. La presencia de distintas generaciones en el transcurso del acto del parto, marca una distancia importante con respecto a quienes se encuentran solas en ese momento. Las parturientas acompañadas por quienes están relacionadas, pudiendo ser sus vecinas, comadres, familiares y/o su esposo, se sienten "cuidadas" y con mayores posibilidades para resolver los inconvenientes que se pudiesen presentar. Sin embargo, las mujeres migrantes que se encuentran solas en Comodoro Rivadavia, tienen muchas dificultades para afrontar el momento del postparto.

Una experiencia muy fuerte fue la que transité con *Mary*, proveniente de la zona rural de La Paz, esta "paceña" como se autodefinió ella, al nacer su bebé relató cómo veía a su bebé recién nacido: "*lo veo que nació con pena, por eso llora tanto, yo estoy así por eso nació así"* (Notas de trabajo de campo, 8 de noviembre de 2012). La solución para *Mary* era "sahumar" al bebé y realizar una práctica que me relató como una solución ante la pena de su bebé, como sabe que las enfermeras no permiten generar humo en la habitación, le pidió a su *comadre* que le traiga aceite y azúcar para "curar" a su hijito que "nació con pena". Me explicó que le pondrían agua con azúcar en la colita y luego 3 veces invocarían su nombre. Haciendo un ademán con la mano y el brazo, ese rito ayudaría a dispersar ese estado de angustia con la que nació su bebé[15].

[15] *Mary* reside en uno de los asentamientos informales de la ciudad, en "la zanja" como le llamaron las agentes sanitarias, siempre dispuesta a comunicarse, esta joven migrante cochabambina de 25 años, no tuvo problemas en confiarme lo difícil que es vivir "afrontando enfermedades". Su esposo también joven, sufre de esclerosis múltiple y ella de múltiples enfermedades que provocaron que tenga un embarazo de alto riesgo (era su segundo hijo). Su mamá murió en el transcurso del parto de su última hermana. Y quizás eso mismo le generaba aún más miedo cuando se acercaba el momento de dar a luz. En una serie de encuentros con *Mary* fue posible observar de qué modo estas "mujeres solas" buscan

A *Mary* la conocí y visité en varias oportunidades a lo largo de su difícil embarazo, a través de ella conocí otros casos que poseían en común recuerdos traumáticos del parto, al punto que no deseaban volver a tener hijos/as por las dificultades que vivieron. Ellas me comentaron que una de las vecinas viajó a Bolivia a tener su bebé, una explicación simple y pobre que podría darse en "clave nacional" es que pretendía que su bebé fuese boliviano. Sin embargo, se debía al pudor[16] que para ella representa ser examinada por los médicos/médicas de la ciudad, situaciones que trató de evitar regresando a Cochabamba. Aunque la realidad indica que también en Bolivia sería difícil "escapar", porque sobre todo en el gobierno de Evo Morales, el avance del sistema de salud nacional se extendió también al ámbito rural. Principalmente a través del programa SUM (Seguro Universal Materno Infantil), que consta de 547 prestaciones en diferentes rubros que cubren a la mujer embarazada, neonatología, pediatría, entre otros servicios. También existen otros programas, como el de Extensión de Cobertura a Áreas Rurales (EXTENSA), que tiene como objetivo ampliar la cobertura en zonas rurales, funciona como base en Brigadas Móviles de Salud (BRISAS) que trabajan de manera coordinada con los agentes sanitarios de salud (Ledo y Soria 2011, 113). A este grupo de políticas sanitarias pertenece el "Bono Juana Azurduy" que impactó positivamente en la región de Cochabamba, con el descenso de los índices de mortalidad de madres e hijos/hijas[17].

Tal como comentó una migrante boliviana camba (de Santa Cruz de la Sierra), es imposible hoy no hacerse los controles pre-natatales en las "salitas": "*Actualmente todos los departamentos hacen los controles a las embarazadas. Hoy en día hay grupos de mujeres que van a hacer capacitaciones al campo, las mujeres tienen obligación de hacerse los controles y tener sus bebés en hospitales*". (Entrevista realizada el 27 de febrero de 2013). Sin embargo, de acuerdo a los relatos de mujeres que visitan y están al tanto de los cambios ocurridos en Bolivia con las políticas sanitarias actuales, destacan que el gobierno de Evo Morales, trata de recuperar determinadas prácticas vinculadas al parto y al cuidado de la parturienta, tal como "la sopa de pollo" que el marido o familiares preparan a la madre[18].

De acuerdo a lo que *Mary* y sus vecinas relataron, lo difícil no sólo es el parto, sino las complicaciones que surgen luego, como infecciones en episiotomías o

sustituir la presencia y acompañamiento de madres y abuelas, por amigas, vecinas o comadres que colaboran en el cuidado de sus hijos o la visita hospitalaria. Notas de campo, julio, septiembre, noviembre de 2012.

[16] El pudor también fue otro de los elementos que aparecieron en diversas investigaciones realizadas en Buenos Aires (Jelin y otros 2006) y Jujuy entre los migrantes bolivianos (Caggiano 2010).

[17] "Bono Juana Azurduy redujo índices de mortalidad en madres y niños". Acceso 23 enero, 2014. http://www.boliviatv.bo/noticias/sociedad/27-05-2013/bono_juana_azurduy_redujo_indices_de_mortalidad_en_madres_y_ninos_000952aad50ec2c2c992aecef92df012.htm.

[18] En los hospitales bolivianos, actualmente se trata de resguardar esta práctica mediante la implementación de cocinas donde el esposo puede preparar la "sopa de pollo" que sirve para recobrar fuerzas luego del parto. Entrevista a Lidia, proveniente de la zona de Cochabamba, Caleta Olivia, Santa Cruz, 30 de marzo de 2013.

cesáreas[19], dificultades para cuidar al resto de sus hijos durante el posparto, entre otros problemas que dan muestra de lo difícil que es transitar y comprender los patrones de cultura médica hegemónicas para estas mujeres migrantes.

¿Cómo es un "parto normal"? Es la pregunta que se formuló Tristan Platt, a partir de lo cual pudo establecer la reconstrucción de un parto en una comunidad quechua de Potosí, buscando establecer explicaciones míticas a la mortalidad materna (Platt 2001, 633-678). Algunas de las características giran en torno a concebir el parto como un asunto doméstico e íntimo, en el cual se involucra sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé. Según Platt: "*Se adoptan varias posiciones para dar a luz: en cuclillas (chukusqa), sentada (tiyasqa), de pie (con el apoyo de los presentes), agarrada al lateral del catre (si se da a luz a solas), a cuatro patas (wakachasqa). El marido puede apoyar a su mujer, tomándola por la cintura desde atrás, con una partera o una pariente sentada delante para recibir el bebé…"* (Platt 2001, 657).

En cierto modo este "parto normal" es cercano al relato que Dina (mamá de Madai, quien recientemente tuvo un bebé), tiene 54 años. Ella tuvo a todos sus hijos en Potosí y Cochabamba, por parto natural de modo íntimo en su casa y en cuclillas. Dina explicó:

> Había hospital pero yo no iba… a puro apretar la panza… solita no más, cuando sabía que iba a tener caminaba y caminaba, después unas pujadas y listo. En cambio del último sufrí mucho y fue en un hospital… Siempre los partos eran dentro de un cuarto, sola. Mi mamá me dijo: "cuando tenés bebés nadie te tiene que ver. Tenés que estar solita no más, por eso yo lo hice así. Los tuve sentada, agarrada de la cama. Aprendí de mi mamá que decía cada vez que iba a tener un hijo: no quiero que me vea nadie… cuando me estoy doblando de dolor no quiero que me vea nadie… y entonces cerraba la puerta.

Es la madre quien indicó a Dina cómo sería el momento del parto, cuál el mejor modo de afrontar un momento tan difícil, el resguardo de la privacidad y la posición adecuada para el momento del nacimiento. Dina vino desde Cochabamba para acompañar a su hija en el transcurso del nacimiento de sus hijos, si bien no pudo transmitir los conocimientos que recibió de su madre, si logró transitar con su hija acompañando el proceso de dar a luz. Quizás sus recuerdos "de otras épocas" en que aún era común parir en el hogar, y que se transmitieron a partir de prácticas corporales Connerton (1999), contribuyeron a que Madai tuviese "un parto normal". De hecho de todas mis entrevistadas fue a quien vi más relajada y gozando del cuidado de sus hijos.

En otros casos el relato de las madres estuvo acompañado por las contadas de otras mujeres de la familia, tal como Lidia que recordó el parto de su tía: "*…se que*

[19] En un primer contacto con una de las ginecólogas entrevistadas al comentar sobre mi trabajo lo primero que mencionó acerca de las migrantes bolivianos fue: *"aaa son buenas y confunden cesárea con episiotomía, ellas dicen que tienen dos operaciones"*. Nota de trabajo de campo, 7 de febrero de 2013. "Ser buena" en el contexto del parto es no gritar, ni llorar… Sin embargo, esta característica es lo que las "vuelve diferentes" porque no manifiestan el dolor.

otras los tienen sentadas, como mi tía, su marido la sostenía detrás para que la agarre y le sobaba la espalda, eso me decía mi mamá que es para el dolor…" (Entrevista a Lidia, Caleta Olivia, 30 de marzo de 2013).

De acuerdo a Connerton los recuerdos de Dina y Lidia se encuentran entre las tres clases de memoria, la Memoria personal (refiere a los actos de recuerdo que toman como su objeto la historia de vida de uno). La Memoria cognitiva (refiere a los usos del recuerdo sobre el significado de las palabras, las líneas de un verso, bromas, historias…) Y la Memoria-hábito (nuestra capacidad para reproducir cierta acción) (Connerton 1999). En el parto se interrelacionan las tres clases de memoria, siendo una práctica corporal en la cual es posible ver cómo las imágenes y el conocimiento del pasado son comunicados y sostenidos por performances (más o menos rituales) (Connerton 1999). Es en esta instancia donde las mujeres bolivianas parturientas optan por silenciar determinados saberes transmitidos generacionalmente por temor a la resistencia que puede generar entre los médicos/médicas y demás profesionales que intervienen en el proceso del parto. O bien ocultar otros conocimientos y modos de enfrentar el momento del parto, al punto de ni siquiera mencionar o solicitar a los/las profesionales otra forma de parir al bebé, como puede ser la posición en cuclillas, entonces optan por el silencio que en general es interpretado como desinterés y frialdad por los agentes de salud. Esta elección por el silencio "evita el dolor" al decir de Nahuelquir y Ramos (2013), a modo de "prácticas de resistencia" (Scott 2000) estas mujeres hacen uso de la decisión de "no hablar", de poder dominar ese momento de inmensa intimidad que las conecta con sus hijos e hijas en el momento de su nacimiento. Es el momento de agenciamiento de estas mujeres donde consideran "…*que lo mejor es no comunicar, guardar silencio y, de esta forma, se asume que no existen determinados acontecimientos, personajes o pasajes pretéritos*" (Mendoza García 2005, 12). Este silencio es interpretado de diferentes modos por parte de los profesionales de la salud, como desconocimiento, sumisión, antipatía, negación, entre otros modos posibles que ubican a estas mujeres como cerradas y frías.

En este sentido, en las problemáticas que intervienen en las prácticas en torno al parto es necesario considerar la noción de afecto no entendiendo como tal una relación material entre los cuerpos. En donde es necesario considerar sus relaciones con el Estado u otras agencias de poder (Grossberg 2012, 229). Para Grossberg: "…*el afecto está siempre organizado por aparatos discursivos o culturales, que a su vez son lugares/agentes de la producción de lo real y la lucha en torno a él, en forma de hábitos y de lo habitual*…" (Grossberg 2012, 232). En las prácticas del parto el sistema de salud hegemónico posee una serie de prescripciones, normas y formas discursivas que permanentemente encuentran obstáculos y mutuo desentendimiento entre las migrantes bolivianas, superarlo implicará en principio el reconocimiento del "otro"/ de la "otra", desde su subjetividad y experiencia en registros de memoria social que junto con el desplazamiento desde sus lugares de origen traen "acumulados".

Como formas de agenciamiento que demuestran la capacidad de agencia de las mujeres bolivianas podemos citar el caso del ingenio empleado para seguir practicando el "sahumado" del bebé recurriendo a sustitutos de la "práctica original", o bien el hecho de incursionar entre entes gubernamentales saldando

obstáculos burocráticos para la atención hospitalaria por medio de acceso a planes socio-sanitarios[20]. Datos que nos permiten observar que nos encontramos cerca de otros ejemplos donde existen registros etnográficos entre mapuche, donde el silencio fue superado por medio del agenciamiento sobre todo de jóvenes que renegocian y recrean las memorias, a través del tayïl, el baweh (hierbas medicinales), entre otras prácticas silenciadas (Nahuelquir, Sabatella y Stella 2011, 4). Esta dinámica social nos aleja de la visión estática y de sumisión que se posee de las mujeres indígenas, y en particular de "nuestras" mujeres migrantes indígenas bolivianas.

CONCLUSIONES

Son necesarias mayores instancias de intercambio a desarrollarse desde los centros de salud, desde las instancias escolares, o en el espacio de las uniones vecinales, donde las "diferencias culturales" sean expuestas, analizadas en un marco de acercamiento y recuperación de la memoria de estas mujeres migrantes que transitan sus vidas como madres, abuelas, esposas, trabajadoras… en el contexto de una ciudad que justamente no se presenta "blanda", al decir de Hannerz (1993, 280).

A pesar de la "dureza", de la visibilidad y estereotipos que poseen las mujeres migrantes bolivianas en los espacios y situaciones de atención hospitalaria, actualmente se producen intersticios que son utilizados por las mujeres migrantes bolivianas, sobre todo quechuas y aymaras que poseen registros memorísticos de lo que se acerca –al menos en parte- al denominado "parto normal" en un contexto complejo pero que también habilita a resaltar la agencia de estas mujeres.

Apostar a los diálogos interinstitucionales y a la apertura del conocimiento e intercambio entre los agentes de la salud y las mujeres migrantes bolivianas, generará la posibilidad de que estas historias del "parto normal" fluyan de los recuerdos narrados por tías, madres y abuelas, al intercambio en el contexto de relacionalidad que forma parte del proceso migratorio y a que los silencios y olvidos dejen lugar a las hoy voces silenciadas. Por ahora el silencio es la opción válida para enfrentar el momento complejo de estas mujeres bolivianas que deben transitar muchas veces con sufrimiento prácticas médicas extrañas y lejanas a lo que ellas consideran parir a sus hijos/hijas.

Sin duda esta investigación genera una serie de interrogantes, pero también posibilidades de continuar con la incursión en la problemática aquí planteada, una de ellas es profundizar de qué modo en el caso de las mujeres migrantes bolivianas, su condición de mujer indígena podría ser considerada como condicionante sobre el ser migrantes. En varios de los ejes aquí planteados, predominaron las situaciones de racialización donde estar mujeres son interpeladas como mujeres indígenas, luego "leídas" en clave nacional.

[20] Una de nuestras entrevistadas que posee un trabajo "en negro" tramitó el acceso al "Plan Nacer" Derechos y Prestaciones de las embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón, Ana M. y Yolanda Nahuelcheo. 2008. "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas". *Chungara Revista de Antropología Chilena* 40 (2):193-202.

Alonso, M. 2009. "Mujeres inmigrantes marroquíes en el sistema sanitario catalán". En *Migraciones y salud*, compilado por J. Comelles y otros, 358- 373. Tarragona: Urv publicacions. Acceso 1 septiembre, 2013. http://issuu.com/publicacions-urv/docs/migraciones_salud

Baeza, Brígida. 2011. "Migración boliviana en Comodoro Rivadavia (Chubut): Asociacionismo y lazos transnacionales". En *Migraciones internacionales contemporáneas. Estudios para el debate*, coordinado por Cynthia Pizarro, 223-242. Buenos Aires: Editorial Ciccus.

---. 2013. "Subalternidad, diferenciaciones e identificaciones de grupos migrantes limítrofes. Fronteras internas y marcaciones en el caso de Comodoro Rivadavia". En (libro del) *Taller Binacional Argentino-Chileno 2011*, directora de la obra María Andrea Nicoletti, 206-223. Bariloche: UNRN.

Badinter, Elisabeth. 1991. *Existe el instinto maternal?: historia del amor maternal*, siglo XVII al XX. Barcelona: Paidós.

Boivin, Mauricio, Ana Rosato y Victoria Arribas. 2004. *Constructores de otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural*. Buenos Aires: Antropofagia.

Briones, Claudia. 2005. *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de la alteridad*. Buenos Aires: Geaprona.

Caggiano, Sergio. 2010. "Del Altiplano al Río de La Plata: la migración aymara desde La Paz a Buenos Aires". En *Derechos en riesgo y tramas culturales,* coordinado por Alicia Torres. Quito: FLACSO. Sede Ecuador : UNICEF. TACRO : AECID.

---. 2007."Madres en la frontera: género, nación y los peligros de la reproducción". *Iconos. Revista de Ciencias Sociales* (28):93-106.

Carsten, Janet. 2000. "Introduction: cultures of relatedness". En *Cultures of Relatedness. New Approaches to the Study of Kinship.* Cambridge: Cambridge University Press.

Cerruti, Marcela. 2010. *Salud y Migración internacional: Mujeres Bolivianas en la Argentina*. Colaboración de Sergio Caggiano y Laura Mombello. Centro de Estudios de Población. Buenos Aires: CONICET.

Comelles, J y otros, comp. 2009. *Migraciones y salud.* Tarragona: Urv publicacions. Acceso 1 septiembre, 2013. http://issuu.com/publicacions-urv/docs/migraciones_salud.

Connerton, Pablo. 1999. *Cómo recuerdan las sociedades.* Cambridge: Cambridge University Press.

Foucault, Michel. 1993. "Historia de la medicalización". En *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación,* 55-69. Buenos Aires: Editorial Altamira.

---. 2006. *Seguridad, territorio, población.* Buenos Aires: FCE.

Giddens, Anthony. 1995. *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración.* Buenos Aires: Amorrourtu.

González, Miryam. 2009. "Mujeres migrantes en Comodoro Rivadavia: Redes, estrategias migratorias y territorialidad". *Segundas Jornadas Patagónicas de estudios de las mujeres y género*, Temuco, 25 al 27 de marzo de 2009 (inédito).

González, Myriam Susana. 2012. "Migración, género y territorio. Mujeres migrantes en una ciudad patagónica: de la invisibilidad a la presencia". *La última frontera. Migraciones. Voces en el Fénix* (2):64-67. http://www.vocesenelfenix.com/.

Grossberg Lawrence. 2012. *Estudios Culturales en Tiempo Futuro*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXII.

Hannerz, Ulf. 1993. *Exploración de la ciudad. Hacia una antropología urbana*. México: FCE.

Hirsch, Silvia y Marcela Amador Ospina. 2011. "La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino. Encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad". En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, coordinado por Karina Felitti, 155-177. Buenos Aires: CICCUS.

Jelin, Elizabeth (dir), Alejandro Grimson. Nina Zamberlin. Laura Mombello. Marcela Cerrutti. Sergio Caggiano y Lidia Abel. 2006. *Salud y migración regional.* Buenos Aires: IDES.

Ledo, Carmen, y René Soria. 2011. "Sistema de salud de Bolivia". *Salud Pública de México* 53 (2):109-119. Acceso 14 enero, 2014. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342011000800007&lg=es&tlng=es.

Mallimaci Barral, Ana Inés. 2012. "Revisitando la relación entre géneros y migraciones. Resultados de una investigación en Argentina". *Mora (B. Aires)* 18 (2).

---. 2011. *Las lógicas de la discriminación Nuevo Mundo Mundos Nuevos.*

Mendoza García, Jorge. 2005. "Exordio a la memoria colectiva y el olvido social". *Athenea Digital* (8):1-26.

Nahuelquir, Fabiana y Ana Ramos. 2013. "Pensando la memoria a través de los silencios". Ponencia presentada en *X Reunión de Antropología del Mercosur (RAM). Situar, actuar e imaginar antropologías desde el Cono Sur*., Córdoba, Argentina.

Nahuelquir, Fabiana; Sabatella, María Emilia y Valentina Stella. (2011). "Sentidos políticos de los olvidos: Buscando perspectivas". Presentado en *IV Seminario Internacional Políticas de la Memoria*. *Ampliación del campo de los derechos humanos. Memoria y perspectivas.* Centro Cultural de la Memoria Haroldo Conti (Espacio para la Memoria y la Promoción de los Derechos Humanos - Ex ESMA), Buenos Aires., Argentina. Acceso 25 enero, 2014. http://conti.derhuman.jus.gov.ar/2011/10/mesa_23/nahuelquir_sabatella_stella_mesa_23.pdf

Pizarro, Cynthia. 2012. "El racismo en los discursos de los patrones argentinos sobre inmigrantes laborales bolivianos. Estudio de caso en un lugar de trabajo en Córdoba, Argentina." *Convergencia Revista de Ciencias Sociales* 19 (60):255-285

Platt, Tristan. 2002. "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes". En *Estudios Atacameños*. Acceso 25 febrero, 2013. http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31502208

Scott, J. 2000. *Los dominados y el arte de la resistencia.* México: Editorial Era.

Stolke, Verena. 2004. "La mujer es puro cuento: la cultura del género". *Estudos Feministas* 12 (spe): 264.

Tamagno, Liliana. 2003. "Identidades, saberes, memoria histórica y prácticas comunitarias. Indígenas tobas migrantes en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires". *Campos* (3):165-182,

Torres, Alicia, 2010. "Introducción" En *Derechos en riesgo y tramas culturales,* coordinado por Alicia Torres. Quito: FLACSO. Sede Ecuador : UNICEF. TACRO : AECID.

Vezzoso, Ornella y Maira Conti. 2011. "Migraciones de mujeres bolivianas: el caso de Comodoro Rivadavia", Tesis de Licenciatura. Departamento de Comunicación Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNPSJB (sede Comodoro Rivadavia).