

Migración, informalidad laboral y discapacidad infantil: un estudio sobre prejuicios y barreras de acceso a la salud en un centro comunitario de la Ciudad de Buenos Aires

Migration, informal employment, and childhood disability: a study of prejudice and barriers to healthcare access in a community center in Buenos Aires

Migração, trabalho informal e deficiência infantil: um estudo sobre preconceitos e barreiras de acesso à saúde em um centro comunitário de Buenos Aires



Irene Ortiz Espinosa^{1,2} (ORCID: 0000-0002-1306-982X)

María Florencia Incaugarat^{1,3} (ORCID: 0000-0002-0852-0735)

Contacto

Irene Ortiz Espinosa - Email: to.ireneortiz@gmail.com

Filiaciones

1. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, Argentina.
2. Universidad Nacional de San Martín, San Martín, Argentina.
3. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, Argentina.

Fecha de recepción: 13-02-2026

Fecha de aceptación: 20-06-2026

Citar como

Incaugarat MF, Ortiz Espinosa I. *Migración, informalidad laboral y discapacidad infantil: un estudio sobre prejuicios y barreras de acceso a la salud en un centro comunitario de la Ciudad de Buenos Aires*. Desde Acá. 2026; 6: p-p. 80-100

Resumen

A partir de las narrativas de madres migrantes de sectores populares, este artículo analiza las trayectorias de salud de infancias con discapacidad (mayoritariamente con difi-

cultades del lenguaje) atendidas en un centro de rehabilitación de carácter comunitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Mediante un enfoque etnográfico realizado en 2024, basado en observación participante, conversaciones informales y entrevistas, se indagan las formas en que la discapacidad es significada en trayectorias atravesadas por la informalidad laboral y una dependencia del sistema público que convive con dispositivos de beneficencia. Los resultados muestran que la discapacidad no se configura como una identidad central, sino como una categoría pragmática vinculada al acceso a derechos y recursos. Asimismo, se evidencian tensiones entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y las condiciones concretas de acceso, así como la presencia de prejuicios étnicos en las prácticas profesionales. El artículo reflexiona críticamente sobre el rol del Estado en la producción de desigualdades en salud.

Palabras clave: Desigualdades en la salud, discapacidad infantil, etnografía, migración, salud pública.

Abstract

Drawing on the narratives of migrant mothers from working-class backgrounds, this article examines the healthcare trajectories of children with disabilities — primarily involving language and speech difficulties — who attend a community-based rehabilitation center in the Autonomous City of Buenos Aires. Using an ethnographic approach conducted in 2024, based on participant observation, informal conversations, and interviews, the study explores how disability is understood and experienced within trajectories shaped by labor informality and dependence on a public healthcare system that coexists with charitable and community-based care arrangements. The findings show that disability is not constructed as a central identity but rather as a pragmatic category associated with access to rights, treatments, and resources. The analysis also reveals tensions between the formal recognition of the right to health and the actual conditions of access to and continuity of care, as well as the presence of ethnic biases in professional healthcare practices. The article offers a critical reflection on the role of the State in the production and reproduction of health inequalities.

Keywords: Health inequalities, childhood disability, ethnography, migration, public health.

Resumo

A partir das narrativas de mães migrantes de setores populares, este artigo analisa as trajetórias de saúde de crianças com deficiência — predominantemente dificuldades de linguagem e fala — atendidas em um centro comunitário de reabilitação na Cidade Autônoma de Buenos Aires. Por meio de uma abordagem etnográfica realizada em 2024,



baseada em observação participante, conversas informais e entrevistas, investigam-se as formas pelas quais a deficiência é significada em trajetórias marcadas pela informalidade do trabalho e pela dependência de um sistema público de saúde que coexiste com dispositivos comunitários e filantrópicos de cuidado. Os resultados mostram que a deficiência não se configura como uma identidade central, mas como uma categoria pragmática vinculada ao acesso a direitos, tratamentos e recursos. Além disso, evidenciam-se tensões entre o reconhecimento formal do direito à saúde e as condições concretas de acesso e continuidade do cuidado, bem como a presença de preconceitos étnicos nas práticas profissionais de saúde. O artigo propõe uma reflexão crítica sobre o papel do Estado na produção e reprodução das desigualdades em saúde.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde, deficiências infantis, etnografia, migração, saúde pública.



Migración, informalidad laboral y discapacidad infantil: un estudio sobre prejuicios y barreras de acceso a la salud en un centro comunitario de la Ciudad de Buenos Aires



María Florencia Incauragarat y Irene Ortiz Espinosa

Introducción

En Argentina, el acceso a la salud se encuentra formalmente garantizado como un derecho humano fundamental. El Estado no solo reconoce este derecho, sino que asume la obligación de garantizarlo y “se compromete a adoptar medidas genéricas e inmediatas destinadas a evitar la discriminación en el acceso a ese derecho”¹ (p.9). En este marco, el Sistema Público de Salud (SPS) se presenta como universal y gratuito, constituyéndose en un pilar central para amplios sectores de la población que no cuentan con cobertura por obra social o medicina privada.

Este enfoque de derechos se ve reforzado por la sanción de la Ley de Migraciones N.º 25.871 en el año 2003², que inaugura un cambio sustantivo en la relación del Estado argentino con las personas migrantes. Dicha normativa establece la igualdad de derechos entre ciudadanos nacionales y extranjeros, garantizando el acceso igualitario a la salud y a la educación, así como el derecho a la reagrupación familiar, en línea con los principios de los derechos humanos³.

No obstante, diversos estudios han señalado que el ejercicio efectivo de estos derechos se encuentra atravesado por desigualdades sociales, económicas y simbólicas que afectan de manera diferencial a determinados grupos poblacionales, entre ellos la población migrante de sectores populares. Tal como señala Jelin¹, el uso del sistema público de salud se ve condicionado por problemas estructurales vinculados a la sobresaturación, la escasez de recursos humanos y presupuestarios y las dificultades en el acceso oportuno a turnos y prestaciones, lo que impacta especialmente en quienes dependen exclusivamente de este subsistema para su atención sanitaria.



Las trayectorias migratorias de la mayoría de los grupos migrantes se desarrollan en contextos de precariedad laboral, informalidad, inestabilidad habitacional y dependencia de políticas sociales estatales, condiciones que inciden directamente en las formas de acceso, uso y vínculo con los servicios públicos de salud. Cuando a estas trayectorias se suma la experiencia de la discapacidad —en particular la discapacidad infantil— emergen tensiones específicas vinculadas a los procesos de burocratización del acceso a derechos y a la construcción institucional de categorías que no siempre dialogan con las vivencias de las familias. En este sentido, distintos aportes de los estudios críticos de discapacidad han cuestionado las perspectivas biomédicas tradicionales —centradas en la deficiencia individual y en la rehabilitación del cuerpo— para comprender la discapacidad como una experiencia producida en la interacción de determinadas condiciones corporales y las barreras sociales, institucionales y económicas que restringen la participación plena de las personas en la vida social^{4,5,6}. Desde esta perspectiva, la discapacidad deja de ser entendida exclusivamente como un problema individual o clínico y pasa a ser abordada como una cuestión social y de derechos humanos⁷. En esta línea, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁸, en su artículo 25, obliga al Estado a garantizar el derecho a la salud sin discriminación, reconociendo a los sujetos como sujetos de derecho y no meros objetos de asistencia.

En relación con el estado del arte sobre el campo de los estudios en migración y salud en Argentina, si bien existen aportes relevantes desde distintas disciplinas, aún se identifican vacíos analíticos. Desde la terapia ocupacional, Arrarás⁹ propone un abordaje híbrido^{a,10} para analizar las condiciones de vida y salud de migrantes subsaharianos en la costa atlántica del país, poniendo de relieve la precariedad estructural que atraviesa a esta población y la necesidad de profundizar el estudio del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, así como de la salud laboral. Desde la antropología y la psicología, investigaciones como las de De la Canal, Zubrzycki y Lastra¹¹ han analizado la construcción de alteridades y los discursos estatales en torno a la migración. Desde la antropología de la salud, Goldberg¹² analiza las desigualdades sociales y sanitarias que atraviesan a poblaciones migrantes en Argentina —particularmente migrantes bolivianos—, destacando cómo la irregularidad administrativa, la precarización laboral y las dinámicas institucionales configuran escenarios de vulnerabilidad estructural y exposición a riesgo sanitario. Por otro lado, Incaugarat¹³, a partir de una investigación etnográfica con migrantes chinos en Argentina, examina los itinerarios terapéuticos, los conflictos con el sistema de salud local, las prácticas de autoatención y las articulaciones transnacionales de cuidado, mostrando cómo las decisiones en salud se inscriben en tramas familiares, económicas y morales que exceden el sistema biomédico local. En conjunto, Goldberg e Incaugarat¹⁴ abordan estas problemáticas desde una perspectiva antropológica y transnacional, destacando la exposición de las personas migrantes en

a La propuesta de hibridez realizada por Gil & Bassi¹⁰ entre la terapia ocupacional y la antropología social articula herramientas teóricas y metodológicas de la antropología con la orientación aplicada de la terapia ocupacional, incorporando la mirada etnográfica para superar enfoques exclusivamente clínicos y comprender los problemas sociales complejos en su contexto, así como para orientar dispositivos de intervención.



situación de irregularidad a contextos de vulnerabilidad, riesgo sanitario y diversas formas de violencia.

En el campo específico de los estudios sobre discapacidad en Argentina, distintas investigaciones desde las ciencias sociales y la antropología de la salud han problematizado las desigualdades en el acceso a la atención y las tensiones entre derechos formalmente reconocidos y condiciones concretas de acceso. En particular, Venturiello^{15,16} ha analizado cómo los itinerarios terapéuticos de las personas con discapacidad en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) se encuentran atravesados por la fragmentación del sistema de salud y por la centralidad que adquieren las familias —especialmente las madres— en la gestión cotidiana del cuidado y de los tratamientos, compensando mediante múltiples estrategias las limitaciones y déficits estatales. Estas investigaciones muestran que el acceso a la atención no depende exclusivamente de la existencia formal de derechos, sino también de la capacidad diferencial de las familias para movilizar recursos, tiempos y redes de cuidado.

En este marco, el Certificado Único de Discapacidad (CUD)^b adquiere un lugar central en las trayectorias de atención. Tal como señala Levin^{18,19}, la certificación estatal presenta un carácter ambivalente: por un lado, constituye una herramienta fundamental para el acceso a prestaciones, tratamientos y derechos reconocidos legalmente; por otro, puede operar como un proceso de etiquetamiento y burocratización de la discapacidad desde edades tempranas. Desde esta perspectiva, el CUD no se reduce a un instrumento administrativo, sino que forma parte de procesos sociales más amplios de clasificación, legitimación y negociación institucional. Para muchas familias migrantes de sectores populares, su tramitación adquiere así un carácter eminentemente pragmático, asociado a la posibilidad de acceder a recursos concretos —como tratamientos, cobertura terapéutica o transporte gratuito— en un contexto de fuerte dependencia del sistema público de salud. Esta dimensión resulta particularmente relevante para el presente estudio, ya que permite comprender cómo las familias negocian cotidianamente el acceso a derechos en escenarios marcados por restricciones materiales y burocráticas.

No obstante, si bien en los últimos años se ha consolidado un campo de investigaciones sobre discapacidad, salud y acceso a derechos en Argentina, continúan siendo escasos los estudios que abordan de manera específica la intersección entre migración, salud pública y discapacidad infantil, atendiendo al rol del Estado y a las prácticas institucionales que median el acceso a derechos en contextos de desigualdad social. Desde una perspectiva crítica de la salud pública, resulta pertinente analizar cómo las políticas sanitarias, los dispositivos de atención y los discursos profesionales configuran experiencias diferenciadas de salud y discapacidad, atravesadas por relaciones de poder, procesos de etnización y desigualdades de clase.

b El Certificado Único de Discapacidad (CUD) es un documento público y gratuito que prueba la discapacidad en todo el territorio nacional, es otorgado tras una evaluación, y facilita el acceso a prestaciones médicas, asistenciales, cupos laborales, entre otros derechos (Ley 22.431)¹⁷.

Para abordar estas problemáticas, este trabajo adopta una perspectiva interseccional que permite analizar cómo la experiencia de la discapacidad infantil se configura en la articulación entre condición migrante, clase social y género. Desde este enfoque, se parte de reconocer que las desigualdades no operan de manera aislada, sino que se entrecruzan produciendo experiencias situadas y diferenciadas de acceso a la salud y al cuidado²⁰. En particular, se presta atención a la feminización del cuidado, dado que son principalmente las madres quienes sostienen cotidianamente las trayectorias terapéuticas de sus hijos, gestionando turnos, tratamientos y certificaciones en contextos atravesados por precariedad laboral, dependencia del sistema público de salud y múltiples formas de desigualdad. Estas experiencias se desarrollan, además, en escenarios donde persisten prejuicios étnicos y relaciones asimétricas en la atención profesional, que inciden en los modos en que las familias migrantes son escuchadas, interpretadas y legitimadas dentro de las instituciones de salud.

Este artículo se propone analizar las experiencias de salud y discapacidad de mujeres migrantes de sectores populares que asisten junto a sus hijos a un centro de rehabilitación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). A partir de un abordaje etnográfico, se indagan tres dimensiones centrales: las vivencias de la discapacidad infantil en contextos migratorios, los prejuicios étnicos presentes en las prácticas de atención en salud, y las formas de acceso y uso del sistema público de salud. El objetivo es comprender cómo estas experiencias se articulan con el proceso migratorio, el perfil social de las familias y el rol del Estado en la producción de desigualdades en el campo de la salud pública, atendiendo a las tensiones existentes entre el reconocimiento formal de derechos y las condiciones efectivas para su ejercicio.

Dispositivo institucional y contexto de atención

El trabajo de campo se realizó en un centro de rehabilitación infantil de carácter comunitario, un dispositivo de atención destinado a niños con discapacidad que no disponen de acceso a tratamientos debido a que sus progenitores no cuentan con obra social (OS), generalmente asociado a trayectorias laborales informales o precarias. El centro se encuentra ubicado en un barrio popular de la villa del Bajo Flores, en CABA.

Este centro brinda atención gratuita en distintas áreas terapéuticas, entre ellas terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología y kinesiología, y constituye para muchas familias el único espacio posible de acceso sostenido a tratamientos en discapacidad para los niños. No obstante, la atención ofrecida presenta una limitación temporal: las terapias se garantizan por un período máximo de tres años por niño, con el objetivo de que, una vez transcurrido ese tiempo, las familias puedan acceder a un sistema de prestaciones financiado por obra social en caso de requerir la continuidad del tratamiento. En este sentido, madres y padres reciben orientaciones y asesoramiento por parte del equipo profesional para gestionar dicho acceso, aun cuando las condiciones estructurales que



atraviesan sus trayectorias laborales y migratorias dificultan significativamente ese proceso. Esta situación resulta especialmente relevante para el análisis, ya que evidencia cómo el acceso efectivo a tratamientos de largo plazo continúa dependiendo, en gran medida, de la inserción formal en el mercado de trabajo, aún en un contexto donde el derecho a la salud y a la atención en discapacidad se encuentra legalmente reconocido.

La población atendida en este dispositivo está compuesta mayoritariamente por niños nacidos en Argentina, hijos de familias migrantes bolivianas —el grupo migrante predominante en la zona donde se encuentra el centro— y, en menor medida, de familias paraguayas y peruanas. Los niños que asisten al centro tienen entre 3 y 12 años. En relación con los diagnósticos y motivos de consulta, predominan las dificultades en el desarrollo del lenguaje y los trastornos del habla, aunque también asisten niños que presentan Trastorno del Espectro Autista (TEA) y, en menor proporción, con discapacidades motoras. La centralidad que adquieren las dificultades vinculadas al lenguaje permite delimitar empíricamente el análisis hacia experiencias de discapacidad y necesidades de rehabilitación asociadas principalmente a este tipo de condiciones. Asimismo, resulta relevante atender a estas trayectorias de la discapacidad que muchas veces se invisibilizan o se consideran “leves” tanto por el sistema médico como por las familias, pero que pueden llegar a condicionar profundamente la trayectoria escolar y social de las infancias.

Todos los costos de funcionamiento del centro —incluidos honorarios profesionales, materiales terapéuticos y tareas de mantenimiento— son cubiertos por la Comisión para las Personas con Discapacidad, dependiente del Arzobispado de Buenos Aires, a través de donaciones realizadas por personas e instituciones. El centro no percibe actualmente ningún tipo de aporte público. Esta modalidad de financiamiento evidencia las tensiones y vacíos existentes en el sistema público de atención en discapacidad, particularmente para las poblaciones que no cuentan con cobertura por obra social, y refuerza el carácter central que adquieren estos dispositivos en contextos de desigualdad social y territorial.

Desde esta perspectiva, el centro no solo opera como un espacio de atención sanitaria, sino también como un escenario privilegiado para observar las formas en que se materializan —y se ven limitados— los derechos vinculados a la salud y la discapacidad en el marco del Sistema Público de Salud, especialmente en familias migrantes de sectores populares.

Aspectos metodológicos

El estudio se inscribe en un enfoque cualitativo de carácter etnográfico, orientado a comprender las experiencias de salud y discapacidad en el marco de trayectorias migratorias de mujeres de sectores populares, madres de niños con discapacidad. El trabajo



de campo se desarrolló en el centro previamente introducido, que se constituye como un dispositivo de mediación clave entre las familias, el sistema público de salud y otras políticas sociales del Estado. Desde esta perspectiva, el interés no estuvo puesto únicamente en las experiencias individuales de las participantes, sino también en las relaciones, prácticas e interacciones cotidianas mediante las cuales se construyen y negocian los significados de la salud, la discapacidad y el acceso a derechos.

En este sentido, la investigación adopta la etnografía como enfoque y método, lo que permite una comprensión profunda de las problemáticas sociales en sus contextos naturales de interacción. Como señala Rosana Guber²¹ la perspectiva etnográfica posibilita que “el sentido de la vida social” —expresado en discursos que emergen constantemente de manera informal a través de comentarios, anécdotas y conversaciones— se transforme en un “artefacto técnico” (p. 69) de conocimiento. De este modo, se pudo comprender las experiencias de las familias más allá de los relatos retrospectivos, atendiendo a las interacciones concretas, las formas de sociabilidad y las dinámicas institucionales que estructuran la vida cotidiana en el centro.

El trabajo de campo se desarrolló entre marzo y diciembre de 2024. La estrategia metodológica principal fue la observación participante, entendida como la presencia sostenida de la primera autora en escenarios cotidianos de interacción social, donde se observan prácticas, discursos y relaciones que no son necesariamente objeto de atención consciente por parte de los actores involucrados²². Tal como señala Kawulich²³, esta técnica involucra una amplia variedad de actividades, entre ellas la construcción de vínculos, la selección de informantes, la toma de notas de campo y la consideración de aspectos éticos.

La observación participante se llevó a cabo principalmente en la sala de espera del centro, así como en algunas instancias de atención terapéutica. Este espacio permitió registrar interacciones entre madres, padres, niños y profesionales, así como dinámicas institucionales vinculadas al acceso a la salud y a la vivencia de la discapacidad. Las conversaciones informales²³ constituyeron una fuente central de información, al facilitar un intercambio distendido y la construcción de vínculos de confianza, favoreciendo la emergencia de relatos sobre experiencias migratorias, trayectorias de salud y condiciones de vida. A lo largo del trabajo de campo participaron entre 25 y 30 personas, aunque no de manera simultánea. Estas conversaciones informales tuvieron lugar tanto en grupos reducidos como, en algunas ocasiones, con la participación de la totalidad de las personas presentes en la sala de espera. La composición de estos intercambios variaba cotidianamente en función de los horarios de atención, la concurrencia al centro y las dinámicas propias del espacio. La sala de espera constituyó así un escenario privilegiado para observar procesos de circulación de información, construcción de redes de apoyo, intercambio de estrategias de cuidado y elaboración colectiva de experiencias vinculadas a la discapacidad, la migración y el acceso a la atención. La riqueza informacional y comunicativa que tuvieron estas charlas grupales permitió la construcción de



un vínculo de confianza con los participantes que se sintieron libres y con motivación para compartir experiencias de migración con la primera autora, y también entre ellos.

Complementariamente, se realizaron entrevistas en profundidad de carácter semiestructurado con dos mujeres migrantes, madres de niños que asistían al centro. Las entrevistas permitieron profundizar aspectos sociodemográficos, laborales, habitacionales y familiares, así como acceder al universo de significaciones de las participantes, manteniendo un estilo no directivo²⁴ que favoreció una relación dialógica y reflexiva entre investigadora e informantes. En este sentido, las entrevistas no constituyeron la principal fuente de información del estudio, sino una estrategia complementaria orientada a profundizar dimensiones que habían emergido previamente durante la observación participante y las conversaciones informales.

El abordaje del campo se realizó desde la articulación entre el mirar, el escuchar y el escribir, entendidos como momentos inseparables del proceso etnográfico²⁵. Las observaciones y conversaciones fueron registradas en notas de campo elaboradas posteriormente a cada jornada, preservando la riqueza descriptiva y analítica de las situaciones observadas.

El análisis de los datos se realizó de manera inductiva, mediante la codificación y organización del material empírico, identificando ejes temáticos vinculados a la relación entre migración, salud y discapacidad, desde una perspectiva interseccional²⁰ que atendió a la forma en que la condición migrante, el género, la posición socioeconómica y la discapacidad se articulan en la producción de experiencias diferenciadas de acceso a la salud y al cuidado. Finalmente, la investigación se desarrolló desde una perspectiva ética que concibe la producción de conocimiento como una práctica situada y comprometida, resguardando el anonimato de las participantes mediante el uso de seudónimos y garantizando la participación voluntaria a través del consentimiento informado²⁴.

La participación estuvo conformada casi exclusivamente por mujeres. Esta predominancia se vincula con la organización social del cuidado, que sigue siendo una tarea fuertemente feminizada, siendo las madres quienes acompañan a los niños a las terapias y sostienen las gestiones cotidianas relacionadas con la atención. Asimismo, la mayoría de las participantes eran de origen boliviano, lo que se relaciona con dinámicas de asentamiento territorial características de los barrios populares del área, donde suelen configurarse redes de proximidad y apoyo entre personas del mismo país de origen.

Resultados

A partir del análisis del material producido durante el trabajo de campo, los resultados que se presentan a continuación emergen de un proceso de escritura etnográfica, entendido como un espacio de articulación entre observación empírica y reflexión teórica. El





trabajo analítico permitió identificar dimensiones significativas a partir de lo observado y escuchado en el campo. Como señalan distintos autores de la tradición etnográfica, el trabajo de campo y su posterior escritura habilitan un proceso de descubrimiento, en el que las categorías analíticas se construyen en diálogo con las experiencias de las personas participantes y con los marcos conceptuales que orientan la investigación²⁶. Los apartados que siguen dan cuenta de este proceso, focalizando en aquellas dimensiones que resultaron centrales para comprender las experiencias de salud y discapacidad en el marco de trayectorias migratorias atravesadas por desigualdades sociales.

Vivencias de la discapacidad infantil en contextos migratorios

En las trayectorias de atención de las familias participantes, la discapacidad infantil no aparece inicialmente como una categoría identitaria central, sino más bien como una herramienta administrativa y funcional vinculada al acceso a derechos y prestaciones. La mayoría de las madres que asisten al centro tienen tramitado el CUD para sus hijos; sin embargo, varias relataron dudas y resistencias en el inicio del proceso. Estas reticencias se vinculaban al temor de que la categoría de discapacidad pudiera producir efectos estigmatizantes a largo plazo: *“yo no pensaba que mi hijo tenga discapacidad, y creía que eso le podía hacer mal más adelante”^c*.

Esta tensión refleja lo que Levin describe como el carácter dual¹⁹ de la certificación estatal: por un lado, funciona como llave de acceso a servicios y prestaciones básicas; por otro, constituye un “rito de institución”¹⁹ que consagra un límite clasificatorio entre lo normal y lo anormal. Para estas madres, la decisión de tramitar el CUD no implica la aceptación de una identidad “discapacitada” para su hijo, sino una estrategia de gestión del riesgo ante la exclusión social. El temor al “rótulo” o “cartel”¹⁹ que puede marcarles de por vida convive con la necesidad material de garantizar apoyos que el sistema no brinda de forma universal. En este sentido, el certificado se resignifica como una llave de acceso cuya relevancia no reside en la asunción de una identidad asumida, sino en su función pragmática para sortear barreras institucionales y acceder a recursos indispensables para el cuidado cotidiano.

Esta ambivalencia frente al diagnóstico y a la certificación se vincula con la forma en que las familias interpretan las dificultades de sus hijos. En los casos observados, la discapacidad —mayoritariamente asociada a trastornos del lenguaje— es vivida como un retraso transitorio en el aprendizaje más que como una condición permanente. En este sentido, el CUD adquiere un sentido predominantemente instrumental. Su tramitación se justifica menos por el reconocimiento de una discapacidad y más por las posibilidades concretas que habilita en términos de acceso a recursos. Además del ingreso a tratamientos gratuitos en el centro, algunas madres destacaban otras ventajas prácticas asociadas al certificado, como el uso gratuito del transporte público. De este modo, el

c Las citas textuales de las informantes se identifican en el texto entre comillas y en itálica.

CUD se incorpora a las estrategias cotidianas de cuidado y movilidad en un contexto de ingresos limitados y dependencia del sistema público.

Asimismo, durante las conversaciones informales en la sala de espera, la discapacidad no emergió como un tema central de preocupación ni ocupó un lugar prioritario en los relatos de las madres. Las dificultades en el desarrollo del lenguaje fueron, en muchos casos, explicadas por las participantes a partir de factores externos, especialmente la baja calidad del sistema educativo público (*“el nivel es muy bajo”*; *“no van a aprender bien”*), más que por una condición individual de los niños. Esta lectura desplaza el foco desde el cuerpo del niño hacia el entorno institucional, y permite a las familias construir sentidos alternativos a los discursos biomédicos que tienden a individualizar el problema. De manera significativa, estas interpretaciones recuperan elementos cercanos a los modelos sociales⁷ de discapacidad, al situar las dificultades no exclusivamente en el individuo, sino también en las condiciones institucionales y sociales que moldean sus experiencias.

Como veremos a continuación, estas formas de significar la discapacidad se inscriben en trayectorias migratorias atravesadas por la precariedad laboral, la informalidad y la dependencia de dispositivos estatales de asistencia. En este marco, la relación con la discapacidad se construye de manera pragmática, mediada por la necesidad de garantizar tratamientos y cuidados en un contexto de recursos limitados. Así, la discapacidad se vuelve una categoría negociada, activada en función del acceso a derechos, pero no necesariamente incorporada como parte constitutiva de la identidad familiar o del niño.

Acceso y uso del sistema público de salud

Para las mujeres migrantes participantes, el SPS constituye el principal —y en muchos casos único— recurso de atención sanitaria tanto para ellas como para sus hijos. La ausencia de cobertura por obra social, vinculada a trayectorias laborales marcadas por la informalidad y el trabajo “en negro”, condiciona de manera estructural las formas de acceso a la salud y configura una relación de dependencia casi exclusiva con los dispositivos públicos. En este marco, el centro de rehabilitación se inserta como un eslabón clave dentro de un circuito de atención fragmentado, que combina prestaciones gratuitas con múltiples obstáculos burocráticos y temporales.

En este contexto, las familias despliegan itinerarios terapéuticos,¹² que, según aborda Venturiello¹⁵, constituyen trayectorias de búsqueda y gerenciamiento del cuidado donde las familias actúan como agentes cualificados. Desde esta perspectiva de análisis, ante la inacción o ineficiencia de las redes formales de salud, estas madres deben movilizar recursos propios y conocimientos no especializados para compensar los déficits estatales^{15,16}.



Si bien las participantes valoran positivamente la existencia de un sistema de salud público, gratuito y universal, sus relatos ponen de manifiesto las dificultades cotidianas que enfrentan en su utilización. Entre las principales problemáticas mencionadas se encuentran la demora en la obtención de turnos, la escasa disponibilidad de especialistas y la discontinuidad en los tratamientos. Como relataba una madre en la sala de espera: *“tengo que hacerle unos estudios y hace meses que intento sacar turno y no lo consigo”*. Estas dificultades, que afectan a amplios sectores de la población, adquieren particular relevancia para quienes dependen exclusivamente del SPS para la atención de situaciones vinculadas a la discapacidad infantil.

En este contexto, la recurrencia al centro de rehabilitación del estudio —un dispositivo financiado íntegramente por la caridad y donaciones externas— surge como una respuesta pragmática ante la ausencia de servicios ágiles en el sistema público. Este hecho constituye un hallazgo significativo que pone en tensión la idea de salud como derecho universal. Como señala la crítica de los estudios sociales de la discapacidad, la dependencia de la filantropía para garantizar el acceso a terapias básicas representa una de las batallas históricas del colectivo de personas con discapacidad, que exige la garantía estatal frente a las respuestas benéficas. Al respecto, Damiani Pellegrini²⁷ sostiene que este tipo de políticas basadas en el asistencialismo anulan el principio de igualdad entre los seres humanos al proponer una “sutil discriminación” (p. 401) que reduce a los individuos a objetos de políticas paternalistas. De este modo, se ignora su condición de sujetos de derecho y ciudadanos portadores de derechos humanos, manteniéndolos en una posición de subordinación como “pacientes necesitados de asistencia y tutela” (p. 399). Este centro, al ocupar el lugar de un efector público ausente, se convierte en un observatorio de cómo la “caridad” termina mediando el ejercicio de derechos ciudadanos fundamentales, perpetuando modelos que, en lugar de otorgar la plena ciudadanía, suelen tratar la discapacidad como una deficiencia que justifica tratos diferenciados y menos exigentes en términos de justicia social.

El acceso a tratamientos en discapacidad se encuentra atravesado, además, por las limitaciones del propio dispositivo de atención. En este contexto, una de las estrategias promovidas por el centro para garantizar la continuidad de los tratamientos una vez finalizado el período de atención gratuita de tres años, consiste en el acceso a una obra social. Para ello, se orienta a las familias a regularizar su situación laboral a través de un empleo formal o, en su defecto, a inscribirse en el régimen de monotributo y abonar una obra social que cubra las terapias necesarias. No obstante, en las conversaciones mantenidas con las madres, esta alternativa aparecía como problemática y poco viable.

Si bien las participantes reconocían que el principal —y en muchos casos único— beneficio de contar con un trabajo “en blanco” o con monotributo era el acceso a una obra social y, por ende, a tratamientos de rehabilitación para sus hijos, las desventajas asociadas a esta formalización eran percibidas como significativamente mayores. Varias madres expresaban su preocupación ante la posibilidad de perder ayudas sociales, en





particular la Asignación Universal por Hijo (AUH)^d (Ley 24.714)²⁸, a partir de relatos transmitidos por otros “paisanos”: “*con obra social te quitan la AUH*”. En este sentido, la información circulante en las redes comunitarias operaba como un elemento central en la toma de decisiones.

Asimismo, el costo económico del monotributo era señalado como un obstáculo difícil de afrontar. Para muchas familias, cuyos ingresos provienen del trabajo informal y resultan inestables, el pago mensual del monotributo y de una obra social implicaba un gasto incompatible con la subsistencia cotidiana. Como señalaban algunas participantes, “*el monotributo es muy caro*” y no podían prescindir de las ayudas estatales, que constituían un ingreso indispensable para cubrir necesidades básicas.

Frente a este escenario, las decisiones en torno a la continuidad de los tratamientos se construyen en un marco de fuerte restricción estructural. Cuando se les preguntaba por sus planes una vez finalizados los años de atención gratuita, las madres oscilaban entre la posibilidad —vivida como lejana— de formalizar su situación laboral y, con mayor convicción, la interrupción de los tratamientos. Esta alternativa no se presentaba como una elección voluntaria, sino como el resultado de un entramado de políticas sociales, condiciones laborales precarias y dispositivos de atención fragmentados, que colocan a las familias ante dilemas que tensionan el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Esta situación se define como una forma de injusticia ocupacional²⁹ ya que las condiciones sociales y económicas privan a estas mujeres y a sus hijos de participar en ocupaciones necesarias para su salud y bienestar, restringiendo sus oportunidades de desarrollo personal y autonomía en función de la mera supervivencia biológica.

Las experiencias de uso del sistema público de salud revelan, entonces, una tensión permanente entre el reconocimiento formal del derecho a la salud y las condiciones concretas en que dicho derecho se ejerce. Si bien el SPS es valorado como un recurso indispensable, las limitaciones estructurales del sistema, sumadas a las condiciones de precariedad laboral y habitacional de las familias, producen formas de acceso desiguales y discontinuas. Estas tensiones se expresan con particular fuerza en el campo de la discapacidad infantil, donde la continuidad de los tratamientos y la articulación entre distintos niveles de atención resultan fundamentales para el cuidado y el bienestar de los niños.

d La Asignación Universal por Hijo (AUH) para protección social es un seguro social de Argentina que otorga a personas desocupadas, que realizan trabajo no registrado o que ganan menos del salario mínimo, vital y móvil un beneficio por cada hijo menor de 18 años e hijo con discapacidad (Ley 24.714)²⁸.

e Este término era el utilizado por las participantes del estudio para referirse a otras personas de su misma nacionalidad.



Prácticas profesionales y prejuicios étnicos en la atención en salud

En el trabajo de campo emergieron algunas tensiones en la relación entre las profesionales del centro y las familias migrantes, vinculadas principalmente a las formas de comunicación, al seguimiento de los tratamientos y a las prácticas de crianza. En diversas ocasiones, tanto en conversaciones informales en la oficina como durante observaciones en sesiones terapéuticas, las profesionales manifestaban dificultades para sostener los tratamientos, atribuyéndolas a una supuesta falta de comprensión de las pautas por parte de las familias. Según expresaban, las madres “no entendían lo que se les explicaba”, y “no sabían hablar ni escribir bien”, por lo que no estimulaban adecuadamente el desarrollo del lenguaje de sus hijos.

En estos relatos aparecían también estereotipos asociados al origen nacional de las familias. En una ocasión, una profesional señalaba que “*las bolivianas son poco habladoras, sin embargo, las paraguayas hablan por los codos*”, estableciendo generalizaciones que operan como formas de etnización de las dificultades en la atención. Tal como señalan Jelin, Grimson y Zamberlin³⁰, estos estereotipos tienen efectos concretos sobre las prácticas de salud y constituyen indicadores del tipo de vínculo que se establece entre profesionales y usuarios del sistema sanitario. En su investigación, estos autores también registran discursos profesionales que refieren a obstáculos comunicativos con pacientes bolivianas, asociados al lenguaje, a las formas de expresión y a la interpretación de consignas.

Estas formas de explicación, que remiten las dificultades en la atención a supuestas causas “culturales”, se inscriben en un patrón más amplio identificado en otros estudios sobre salud y migración en Argentina. Por su parte, Gil e Incaugarat³¹ describen cómo, en la atención a personas migrantes chinas, los equipos de salud tienden a racionalizar problemas como las incomprensiones, la baja adherencia o el incumplimiento de indicaciones a partir de explicaciones “culturales”, que invisibilizan las condiciones estructurales y las asimetrías presentes en la relación terapéutica.

Los desencuentros entre saberes profesionales y prácticas culturales de las familias se expresan también en situaciones concretas de atención. Una de las madres relató haber sido cuestionada por una profesional de la salud del SPS por el uso del aguayo. Se trata de un tejido que es usualmente utilizado por las mujeres del altiplano de Bolivia y Perú para llevar cargas a la espalda, y que en la crianza es una práctica tradicional llevar en él a los hijos para poder continuar con las tareas cotidianas. Según su relato, la doctora le indicó que esa práctica podía ser perjudicial para el crecimiento de su hijo y le pidió que dejara de hacerlo. La madre expresaba no comprender el motivo de dicha indicación —“*siempre se hizo así en mi país*”— y señalaba haberse sentido mal por el comentario recibido. No obstante, afirmó haber acatado la recomendación profesional y haber abandonado el uso del aguayo.

Asimismo, estos episodios permiten comprender la discapacidad infantil desde una perspectiva interseccional. Tal como señalan los enfoques interseccionales²⁰, las desigualdades no operan de manera aislada, sino que se articulan produciendo experiencias situadas de exclusión. En los casos analizados, la experiencia de la discapacidad se encuentra atravesada simultáneamente por la condición migrante de las familias, su pertenencia a sectores populares y la feminización de las tareas de cuidado. La gestión cotidiana de tratamientos, derivaciones, certificaciones y trámites recae principalmente sobre las madres, quienes deben desenvolverse en instituciones que, en ocasiones, reproducen estereotipos vinculados a su origen nacional, sus prácticas de crianza o sus formas de comunicación. De este modo, las barreras observadas no pueden atribuirse exclusivamente a la discapacidad ni exclusivamente a la migración, sino al modo en que ambas dimensiones se articulan y producen posiciones específicas de vulnerabilidad en el acceso a la salud y al ejercicio efectivo de derechos.

Episodios como el del aguayo dan cuenta de las asimetrías que atraviesan la relación entre profesionales y familias, donde el saber biomédico se impone sobre otros saberes y prácticas, aun cuando estos últimos forman parte de trayectorias culturales significativas. En este sentido, los desencuentros observados no pueden ser reducidos a problemas de comunicación o diferencias culturales aisladas, sino que deben comprenderse como el resultado de relaciones de poder desiguales en el campo de la salud. Tal como proponen Stier et al., resulta necesario “crear un intercambio entre saberes, advertidos de las diferencias de poder y armar algo nuevo”³² (p. 149), con prácticas de atención más dialógicas y situadas.

Discusión y conclusiones

Los resultados presentados permiten comprender cómo las experiencias de salud y discapacidad de mujeres migrantes de sectores populares se configuran en la intersección entre trayectorias migratorias, condiciones de precariedad social y dispositivos estatales de atención. Si bien en Argentina el acceso a la salud se encuentra formalmente garantizado como un derecho humano, el análisis etnográfico muestra que su ejercicio efectivo se ve condicionado por desigualdades estructurales que atraviesan de manera particular a la población migrante sin cobertura por obra social.

En relación con la vivencia de la discapacidad infantil, el estudio evidencia que esta no se construye prioritariamente como una preocupación, sino como una categoría pragmática, activada en función del acceso a tratamientos y recursos. El CUD aparece, así como un dispositivo ambivalente: por un lado, habilita derechos fundamentales —como la atención terapéutica y el uso gratuito del transporte público—; por otro, se inscribe en un entramado burocrático que obliga a las familias a negociar permanentemente entre diagnósticos, ayudas sociales y estrategias de subsistencia. Más que una identidad asumida, la discapacidad emerge en estos casos como una categoría administrativa y





relacional cuya relevancia se encuentra estrechamente vinculada a la posibilidad de acceder a recursos escasos. Esta forma de vinculación instrumental con la discapacidad cuestiona las miradas biomédicas que tienden a fijar identidades y desatiende las condiciones sociales en las que se producen estas experiencias.

El análisis del acceso y uso del SPS pone de relieve una tensión persistente entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud y las condiciones materiales que hacen posible —o no— su ejercicio. Las dificultades para obtener turnos, la fragmentación de los dispositivos de atención y la exigencia implícita de formalización laboral para sostener tratamientos de largo plazo, colocan a las familias ante dilemas que no responden a elecciones individuales, sino a un entramado de políticas públicas, mercado de trabajo informal y sistemas de protección social. En este sentido, la interrupción de tratamientos no puede ser leída como falta de compromiso, sino como el resultado de restricciones estructurales.

Asimismo, el caso analizado pone de relieve una tensión central entre el reconocimiento formal de derechos y las condiciones efectivas para su ejercicio. Si bien la atención observada se desarrolló en un dispositivo comunitario que constituye un recurso altamente valorado por las familias, su existencia también evidencia las limitaciones de las respuestas estatales para garantizar de manera oportuna y sostenida los tratamientos requeridos. En este contexto, organizaciones comunitarias y dispositivos no estatales terminan asumiendo funciones que deberían encontrarse garantizadas como parte del derecho a la salud. Lejos de desmerecer el papel fundamental que cumplen estas iniciativas, los hallazgos invitan a problematizar los riesgos de que el acceso a derechos dependa de recursos comunitarios, redes de solidaridad o formas de asistencia que operan allí donde las políticas públicas resultan insuficientes. Cuando el acceso a tratamientos, apoyos y cuidados queda crecientemente supeditado a este tipo de recursos, existe el riesgo de que la garantía de derechos sea reemplazada por lógicas asistenciales o filantrópicas, en las que las personas son reconocidas principalmente como destinatarias de ayuda antes que como sujetos titulares de derechos con demandas legítimas hacia el Estado.

Por último, las prácticas profesionales observadas permiten problematizar el lugar de los prejuicios étnicos y de clase en la atención en salud. La etnización de las dificultades en el seguimiento de los tratamientos, así como la deslegitimación de prácticas culturales de crianza, evidencian relaciones asimétricas entre profesionales y familias, en las que el saber biomédico se impone como único marco legítimo de interpretación. Estas dinámicas refuerzan procesos de desigualdad y pueden obstaculizar la construcción de vínculos terapéuticos basados en la confianza y el reconocimiento mutuo.

La perspectiva antropológica aporta al análisis de este caso una mirada situada que permite desnaturalizar categorías como “discapacidad”, “adherencia” o “acceso”, mostrando cómo estas se configuran en entramados sociales, económicos y políticos espe-

cíficos. Así, el enfoque etnográfico posibilita comprender no solo las barreras formales al ejercicio del derecho a la salud, sino también las formas en que las familias migrantes negocian, resignifican y pragmatizan dichas categorías en contextos de precariedad.

Desde una perspectiva crítica de la salud pública, este trabajo aporta, a su vez, elementos para reflexionar sobre el rol del Estado en la producción y reproducción de desigualdades en el campo de la salud y la discapacidad. Lejos de cuestionar la existencia de un sistema público universal —valorado y defendido por las propias participantes—, los hallazgos invitan a pensar la necesidad de políticas y prácticas institucionales que reconozcan las trayectorias migratorias, las condiciones materiales de vida y la pluralidad de saberes involucrados en el cuidado y en la salud. En este sentido, promover dispositivos de atención más integrales, accesibles y culturalmente situados resulta central para garantizar el derecho a la salud más allá de su reconocimiento formal. De este modo, la antropología puede contribuir en la construcción de prácticas más reflexivas y dialógicas, capaces de reconocer esa pluralidad de saberes, problematizar los prejuicios institucionales y atender a las asimetrías presentes en la relación terapéutica. Incorporar esta perspectiva en la formación profesional y en el diseño de políticas públicas resulta fundamental para avanzar hacia prácticas sanitarias más equitativas y culturalmente situadas, capaces de reconocer que el cuidado no se produce únicamente en el espacio clínico, sino también en tramas comunitarias y en objetos y gestos —como el aguayo— donde se inscriben otras racionalidades del sostener, acompañar y sanar.

Referencias bibliográficas

1. Jelin E. *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Ides; 2006.
2. Ley n° 25.871 de Migraciones, del 17 de diciembre de 2003. Boletín Oficial del Congreso de la Nación Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25871-92016>
3. Dirección Nacional de Población. La migración reciente en Argentina entre 2012 y 2020. Buenos Aires: Dirección Nacional de Población; 2021. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/11/migracion_internacional_reciente_en_la_argentina_entre_2012_y_2020.pdf
4. Barnes C, Thomas C. Introducción. En: Barton L, compilador. *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Ediciones Morata; 2009. p. 15-18.
5. Ferrante C. Renguear el estigma. *Cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Buenos Aires: Biblos; 2014.





6. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: versión abreviada [Internet]. Ginebra: OMS; 2001 [citado 2026 May 29]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
7. Victoria Maldonado JA. *El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos*. Bol Mex Derecho Comp. 2013;46(138):1093-1109.
8. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Ginebra: OHCHR; 2006 [citado 2026 May 29]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
9. Arrarás D. “Ni selva, ni desierto”: una aproximación al estudio de la salud laboral de las comunidades subsaharianas en la costa atlántica. Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud. 2023; 3(1): 91-103.
10. Gil GJ, Bassi Bengochea AI. *Antropología y terapia ocupacional. Apuntes para una perspectiva híbrida en problemas socio-sanitarios*. Revista de Salud Pública. 2021; 26(2): 125-138.
11. De la Canal R, Zubrzycki B, Lastra MS. *Antropología de la migración en el siglo XXI: la incidencia de las políticas migratorias en la construcción de alteridades*. Investigación Joven. 2020; 7(2).
12. Goldberg A. *Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires*. Cuad Antropol Soc. 2014;(39):91-114.
13. Incaugarat MF. *Usos y apropiaciones del sistema de salud privado por parte de los migrantes chinos en Argentina*. Saude Soc. 2023;32(2):e210937es. doi:10.1590/S0104-12902023210937es.
14. Goldberg A, Incaugarat MF. *Antropología, Migraciones y Salud*. Aiken. Revista de Ciencias Sociales y de la Salud. 2023; 3(1): 11-15.
15. Venturiello MP. *Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares*. Physis (Rio J). 2012; 22(3): 1063-1083.
16. Vázquez N, Sustas S, Venturiello MP, coordinadores. *Acceso a la salud de la población con discapacidad en Argentina: demandas, barreras y derechos*. Buenos Aires: TeseoPress; 2022.



17. Ley N° 22.431 del 16 de marzo de 1981 de Sistema de protección integral para personas discapacitadas. Boletín Nacional del Congreso de la Nación Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/certificado-unico-discapacidad>
18. Levin A. *El “trabajo con el certificado de discapacidad”: Un estudio sobre las estrategias profesionales en el monovalente de salud mental infanto-juvenil argentino*. Runa Arch cienc hombre. 2024; 45(1): 227-246
19. Levin A. Discapacidad desde la infancia: un estudio sobre la certificación estatal argentina. *Kairos Rev Temas Soc.* 2020; 24(46): 82-105.
20. La Barbera MC. Interseccionalidad. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*. 2017;(12):191-198.
21. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. 1a ed. Siglo Veintiuno Editores; 2011.
22. Jociles Rubio MI. La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista Colombiana de Antropología*. 2018; 54(1): 121-150.
23. Kawulich B. *La observación participante como método de recolección de datos*. Forum Qualitative Social Research. 2005; 6(2).
24. Guber R. La entrevista antropológica: Introducción a la no directividad & La entrevista antropológica: Preguntas para abrir los sentidos. En: *El Salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós; 2004. p. 203-250.
25. Cardoso de Oliveira R. *El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir*. Ava Revista de Antropología. 2004; 5: 55-68.
26. Quirós J. *Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología*. Publicar. 2014; 17: 47-65.
27. Damiani Pellegrini LR. *Fundamentos teórico-conceptuales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas: la teoría de los derechos humanos y el modelo social de la discapacidad*. *Anu Mex Der Inter*. 2023; 23. DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24487872e.2023.23.17903>
28. Ley N° 24.714 del 29 de octubre de 2009 de Asignación Universal por Hijo (AUH). Boletín Oficial del Congreso de la Nación Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24714-39880>

29. Wilcock A, Townsend EA. *Occupational terminology: interactive dialogue*. J Occup Sci. 2000;7(2):84-86.
30. Jelin E, Grimson A, Zamberlin N. Los pacientes extranjeros en la mira. En: Jelin E. *Salud y migración regional: ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Ides; 2006.
31. Gil GJ, Incaugarat MF. *Salud e interculturalidad: saberes, asimetrías y lugares comunes*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2022;30:e3334. doi:10.1590/2526-8910.ctoEN25553343
32. Incaugarat MF. La Terapia Ocupacional en el abordaje de grupos étnicos: una mirada desde la antropología. En: Gil GJ, Valverde F (Comp.). *Terapia Ocupacional & Antropología*. 1a ed. Juliana Burgos; 2022. p. 135-154.

