

Atención en salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina: aportes para una práctica situada

Health care, cultural diversity, and migration in Latin America: contributions to a situated practice

Dra. Gimena Pérez Caraballo (*)

(*) Doctora en Psicología. Profesora del Diplomado en Salud mental y apoyo psicosocial con personas migrantes en Latinoamérica, OIM – El Colegio de la Frontera Norte (Universidad de Tijuana). E-mail: gimenaperezcaraballo@gmail.com



Fecha de recepción: 20 de marzo de 2026
Fecha de aceptación: 30 de abril de 2026

RESUMEN

Este artículo de divulgación presenta aportes derivados de una investigación doctoral realizada en la frontera Uruguay-Brasil, en la cual se analiza cómo la diversidad cultural y lingüística atraviesa las prácticas de salud en contextos fronterizos. El análisis y la discusión se nutren además de debates sobre salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina, incorporando enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad. Los resultados destacan que la atención en salud en estos territorios requiere de competencias que exceden lo técnico, integrando dimensiones relacionales y lingüísticas como el uso del portugués para garantizar la comprensión mutua. A partir de este diálogo, el artículo desarrolla recomendaciones orientadas a fortalecer prácticas de atención situadas y culturalmente pertinentes. Estas contribuciones se proponen como marcos clave para la intervención comunitaria y la formación profesional en contextos territoriales marcados por la movilidad humana y la diversidad cultural.

Palabras claves: frontera; diversidad cultural; interculturalidad; atención en salud; migraciones

ABSTRACT

This article presents insights derived from doctoral research conducted in the Uruguay–Brazil border region, analyzing how cultural and linguistic diversity shapes health practices in frontier contexts. The analysis and discussion are further informed by debates on health, cultural diversity, and migration in Latin America, incorporating human rights, gender, and interculturality perspectives. The findings highlight that health care in these territories requires competencies that go beyond technical skills, integrating relational and linguistic dimensions such as the use of Portuguese to ensure mutual understanding. Based on this dialogue, the article develops recommendations aimed at strengthening situated and culturally responsive care practices. These contributions are proposed as key frameworks for community intervention and

professional training in territorial contexts shaped by human mobility and cultural diversity.

Keywords: border; cultural diversity; interculturality; health care; migration

INTRODUCCIÓN

Las fronteras constituyen espacios particularmente complejos, atravesados por relaciones de poder, disputas de soberanía, movilidades y formas diversas de intercambio económico, social, cultural y lingüístico por lo cual su análisis exige ir más allá de una comprensión que la restrinja a un simple margen geográfico o línea divisoria entre dos Estados. Si bien, desde una mirada más clásica, la frontera ha sido definida como límite entre Estados y como demarcación territorial de soberanías diferenciadas (Foucher, 1991; Malgesini y Giménez, 2000), otros enfoques han insistido en su carácter ambivalente, en tanto espacio que separa y al mismo tiempo articula, comunica y habilita intercambios (Bentancor, 2009; Leenhardt, 2002; Odgers, 2001). Sin embargo, esa discusión constituye solo un punto de partida ya que resulta fundamental pensar las fronteras en cuanto configuraciones históricas y políticas cambiantes, atravesadas por objetos, dispositivos, símbolos, controles, infraestructuras y sentidos que delimitan de manera más o menos porosa quiénes pueden circular, en qué condiciones y con qué grado de legitimidad (Mezzadra y Neilson, 2017).

Las fronteras contemporáneas operan también mediante formas móviles, flexibles y heterogéneas de regulación y diferenciación. Resulta entonces necesario desplazar la mirada de las oposiciones rígidas entre adentro y afuera, inclusión y exclusión, para atender a los modos en que las fronteras producen jerarquías, regulan movilidades y organizan la vida social en contextos específicos. De hecho, su forma lineal, trazado, rituales de cruce y modalidades de reconocimiento forman parte de procesos políticos contingentes, ligados al ejercicio del poder soberano y a la administración de poblaciones y movimientos. Los estudios críticos sobre migración y fronteras en América Latina han mostrado que las fronteras siguen cumpliendo una función central en la configuración del mundo contemporáneo. Hoy, estos espacios, que pueden ser comprendidos como formaciones de poder, aparecen atravesados por patrones cambiantes de movilidad, por dispositivos de control cada vez más sofisticados y por luchas migrantes que disputan esas formas de regulación (Álvarez Velasco, 2017; Aquino Moreschi et al., 2013; Balibar, 2005; Domenech et al., 2020).

La investigación que sustenta el presente artículo se sitúa en la frontera entre Uruguay y Brasil, un espacio que puede ser caracterizado culturalmente y lingüísticamente *híbrido* (Pérez Caraballo, 2014). Dicha pesquisa fue desarrollada entre 2011 y 2014, y se centró en el análisis de la actividad y de las competencias profesionales de las y los trabajadores de la salud. Aquí, la atención sanitaria requiere ser analizada en articulación con dimensiones sociales, culturales y lingüísticas que configuran las condiciones concretas de la actividad profesional. Por ello, se buscó comprender cómo las y los profesionales que trabajan en esta frontera abordan la complejidad de este territorio, atendiendo específicamente al tipo de competencias que podrían ser desarrolladas para responder a las necesidades de la pobla-

ción fronteriza que acude a los servicios sanitarios.

Los marcos de referencia de las personas usuarias pueden diferir de los de los propios profesionales y de los supuestos institucionales que organizan la atención, generando situaciones que requieren competencias específicas. En este sentido, la frontera deja de operar como un simple telón de fondo geográfico para constituirse en una dimensión activa del desarrollo de las prácticas sanitarias. El artículo propone así una lectura situada de estas prácticas, atenta a las facilidades, dificultades y a las formas de saber que emergen en territorios donde la diversidad cultural y lingüística no es una excepción, sino la condición misma de la atención.

ESTADO DEL ARTE Y ASPECTOS CONTEXTUALES

La investigación comporta un enfoque interdisciplinario para abordar el objeto de estudio, centrado en la actividad y en las competencias profesionales que se desarrollan en el ámbito de la salud, articulando aportes provenientes de distintos campos de conocimiento. En particular, se hizo hincapié en las contribuciones de la ergonomía de lengua francesa (Leplat, 1997; Malglaive, 1995; Montmollin, 1996), de la teoría de los campos conceptuales (Acioly, 1994; Vergnaud, 1996), del campo de la didáctica profesional (Pastré, 2007; Mayen, 2008, 2012), de la Clínica de la Actividad (Clot, 1995, 2004, 2007, 2008; Lhuillier, 2002), inspirada en la Escuela Rusa de Psicología, y de los estudios en interculturalidad (Abdallah-Pretceille, 1996; Clanet, 1990; Cohen-Emerique, 2011; Marandon, 2008).

El concepto de competencia constituye un eje central de este trabajo. Su definición no es unívoca y presenta un carácter polisémico, atravesado por distintas tradiciones teóricas a lo largo del tiempo. Lejos de ser entendidas como una simple suma de recursos, las competencias se abordan aquí en relación con la actividad en la que se expresan, desplazando el foco desde los atributos del sujeto hacia los procesos que organizan su acción en situaciones sociales concretas. En ese sentido, el concepto de actividad resulta central ya que ésta, independientemente de las condiciones o la forma en las que se desarrolle, no puede ser comprendida fuera de los vínculos sociales y de la vida en sociedad (Leontiev, 1976, 1984).

En diálogo con la tradición histórico-cultural del psiquismo, las situaciones de trabajo son espacios con potencial de desarrollo, en los que las competencias se construyen en la experiencia misma de la actividad (Mayen, 2008, 2012). La actividad, concebida como un proceso dinámico y como una unidad de intercambio social que no se limita a la tarea prescripta ni a la tarea realizada, incluye también aquello que no se puede hacer, lo que se intenta, lo que se hubiera querido o podido hacer, lo que se evita (Clot, 2007; Lhuillier, 2002).

El análisis de las competencias profesionales requiere ir más allá de las dimensiones técnicas, para incluir capacidades de adaptación, creatividad, escucha, responsabilidad, autonomía y trabajo colectivo (Aubrun y Orofiamma, 1990). Estos aspectos adquieren particular relevancia en contextos atravesados por la diversidad cultural, donde las aproximaciones interculturales subrayan la importancia de la descentración respecto del propio marco de referencia como condición para comprender al otro y ajustar las prácticas profesionales (Abdallah-Pretceille, 1996;

Cohen-Emerique, 2011). En el ámbito de la salud, ello implica atender las especificidades de las personas usuarias para construir intervenciones más pertinentes, situadas y eficaces.

Distintos estudios sobre la región fronteriza Uruguay-Brasil han destacado la especificidad de este espacio, marcado por dinámicas sociales, culturales y lingüísticas propias (Aveiro, 2006; Bontempo, 2013; Da Silva, 2009; Pérez Caraballo, 2011; Persia, 2010). A lo largo de sus 1.068 kilómetros (Golin, 2004), que combinan tramos de frontera seca (319 km) y fluvial (749 km), este espacio se configura como un caso especialmente fértil para pensar la frontera no sólo como límite soberano, sino como espacio híbrido y relacional. Allí, la proximidad geográfica, la libre circulación y los intercambios sociales configuran una cultura fronteriza específica. La frontera funciona, en muchos tramos, menos como barrera rígida que como espacio de contacto permanente, aunque sin borrar las asimetrías, jerarquías y diferencias que atraviesan la vida en común.

Se configura así una realidad binacional singular dado que quienes viven en este entramado cultural expresarían un *ethos* fronterizo propio, forjado en la integración cotidiana entre dos Estados (Bento, 2012). Esta condición se expresa en la configuración urbana de las ciudades fronterizas, donde la separación entre un país y otro puede estar marcada por un río o apenas una calle. En ciertos tramos, el límite se vuelve casi imperceptible, y la línea que divide ambos Estados atraviesa calles y barrios sin interrumpir la continuidad de la vida cotidiana, dando lugar a un espacio compartido, habitado por una población que construye sus prácticas en clave binacional. Las dinámicas locales no siempre se ajustan a los ritmos ni a las lógicas de las capitales nacionales, sino que se organizan a partir de acuerdos y formas de regulación propias, tanto formales como informales.



Fuente: Foto realizada por la autora.

Foto 2: Av. Brasil en Chuy - Uruguay (derecha) / Av. Uruguai en Chuí – Brasil (izquierda)



Fuente: Foto realizada por la autora.

Durante el período en que se desarrolló esta investigación, el uso de servicios de salud a ambos lados de la frontera formaba parte de una dinámica favorecida por la proximidad geográfica y la cohabitación en un mismo espacio urbano. La circulación de las personas entre ambas ciudades podía extenderse también a la búsqueda de atención en el país vecino, particularmente cuando allí encontraban respuestas más accesibles o disponibles frente a necesidades concretas (Da Silva, 2009). No obstante, su desarrollo estaba condicionado por marcos legales, administrativos y políticos que no siempre lograban acompañar la realidad en estos territorios, dando lugar a una dinámica en la que las prácticas sociales desbordaban, en parte, las regulaciones existentes (Gallo et al., 2004).

En paralelo, se observaba la disposición por parte de los centros de salud de ambos países para avanzar hacia formas de complementariedad en la prestación de servicios. Esta articulación se apoyaba, entre otros factores, en la cercanía entre las instituciones sanitarias, lo que facilitaba el acceso a prestaciones específicas y reducía la necesidad de desplazamientos hacia centros más distantes. Sin embargo, pese a estos avances y a la existencia de iniciativas de cooperación binacional (Aveiro, 2006; Bontempo, 2013), persistían limitaciones que dificultaban el desarrollo sostenido de estos intercambios, especialmente en lo relativo a la habilitación profesional y al reconocimiento de credenciales. De este modo, la atención en salud se configuraba como un campo atravesado por desfases entre prácticas de integración que emergían en la vida cotidiana y marcos regulatorios que no siempre lograban acompañarlas.

Por su parte, la dimensión lingüística adquiere un lugar central, dada la coexistencia del español y el portugués como lenguas estándar, junto con variedades locales como *el Português Gaúcho da Fronteira* y *el Português del Uruguay*, conocido popularmente como portuñol. Esto da lugar a un escenario plurilingüe en el que las prácticas comunicativas están permeadas por

relaciones de poder y de prestigio. Mientras algunas variedades se asocian a la escolarización formal, a las instituciones, otras son objeto de desvalorización y estigmatización. Estas jerarquías lingüísticas no solo organizan los modos de hablar, sino que inciden en la construcción identitaria generando, en ciertos casos, distanciamiento o invisibilización de la propia lengua.

La situación del lado uruguayo de la frontera ha sido ampliamente estudiada en el campo de la lingüística y la sociolingüística, donde se ha evidenciado la complejidad de este espacio lingüístico y la necesidad de abordarlo más allá de categorías simplificadoras (Barrios, 2009; Behares, 2007; Carvalho, 2003, 2007). El denominado *Portugués del Uruguay* ha sido conceptualizado como un continuo dialectal cuyos polos son el portugués rural uruguayo y el portugués estándar brasileño, con variaciones que dependen de la pertenencia social de las/os hablantes y de las situaciones de interacción, incorporando además influencias del español en distintos niveles del sistema lingüístico (Carvalho, 2003, 2007).

El paisaje lingüístico fronterizo no puede comprenderse en términos de oposición entre lenguas, sino como un campo dinámico en el que coexisten y se articulan diferentes formas de uso. Del lado uruguayo, el español suele asociarse a la norma legítima y a la identidad nacional, mientras que las variedades locales del portugués han sido históricamente vinculadas a espacios sociales subalternizados, aunque esta relación no es homogénea ni estática y presenta variaciones según contextos y trayectorias (Barrios, 2009; Carvalho, 2007).

Resulta fundamental precisar que el término *portuñol* no remite a una realidad homogénea, sino a un conjunto de prácticas lingüísticas diferenciadas. Bajo esta denominación coexisten, por un lado, un continuo dialectal propio de la región; por otro, formas de interlengua que emergen en procesos de adquisición de una segunda lengua; y, finalmente, usos estratégicos de mezcla lingüística orientados a garantizar la comunicación en situaciones de contacto (Pérez Caraballo, 2011, 2014). Esta distinción permite superar la idea de mezcla como categoría explicativa única y habilita una comprensión más precisa de la complejidad sociolingüística de esta frontera, así como de su incidencia en la construcción identitaria y en la configuración de las relaciones sociales.

METODOLOGÍA

La investigación fue de carácter cuantitativo-cualitativo, y sustentada en la perspectiva histórico-cultural del psiquismo liderada por Vygotski (1925, 1931, 1934) y en los desarrollos de la Clínica de la Actividad (Clot, 1995, 2004, 2007, 2008; Litim, 2012). Este trabajo se llevó a cabo en Chuí (Brasil) / Chuy (Uruguay), Sant'Ana do Livramento (Brasil) / Rivera (Uruguay), y Masoller (Uruguay) con personal médico, personal de enfermería y auxiliares de servicio. La selección de estas categorías respondió a su carácter representativo dentro del sistema de salud y a la posibilidad de abarcar distintos niveles de escolarización formal y responsabilidades dentro del ámbito.

Se trató de una investigación de carácter etnográfico, basada en observaciones y entrevistas en terreno. Además, se utilizó un cuestionario socioprofesional y se implementaron entrevis-

tas de instrucción al doble y entrevistas de autoconfrontación, ampliamente utilizadas por la perspectiva de la Clínica de la Actividad para el análisis de situaciones profesionales.

La muestra se compuso de 208 participantes, de los cuales 149 se desempeñaban en el lado uruguayo de la frontera y 59 en el lado brasileño. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en criterios de accesibilidad y disponibilidad. La distribución de la muestra evidencia una mayor participación de profesionales del lado uruguayo en comparación con el brasileño, lo que se vincula, por un lado, con diferencias en la disponibilidad de profesionales en cada contexto y, por otro, con condiciones específicas del período en que se llevó a cabo la investigación.

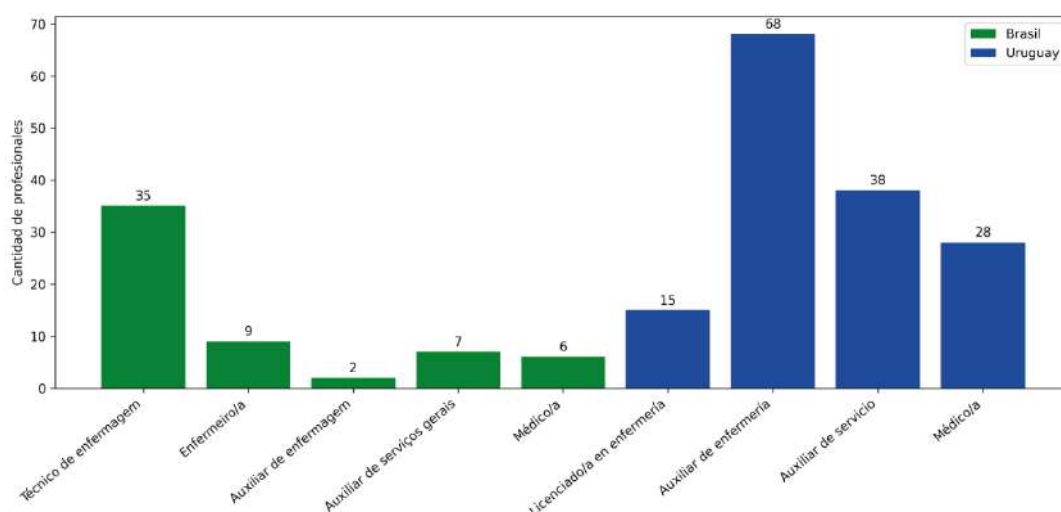
RESULTADOS

En lo que respecta a los datos cuantitativos, fueron analizados mediante el test de independencia de Chi-cuadrado, utilizando los programas SPAD (Système Portable pour l'Analyse de Données) y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), así como el método de Análisis Estadístico Implicativo (ASI). En cuanto a los datos cualitativos, se llevó a cabo un análisis clínico-interpretativo de la actividad profesional y de las competencias que se desarrollan en relación con las particularidades del contexto fronterizo.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de los 208 profesionales de la salud, según ocupación y país.

Gráfico N° 1

Distribución de profesionales de salud por categoría y país.



Fuente: elaboración propia

En relación con las prácticas profesionales relevadas en este contexto, se observa que, profesionales de salud de ambos lados de la frontera despliegan estrategias orientadas a sostener la comprensión mutua, entre ellas, se destaca el uso del lenguaje no verbal:

E1B²: *“a gente se compreende. Algumas coisas, o que não dá, eu peço pra eles repetir ou até transformar em portunhol”.*

E2B: *“mesmo que a gente tenha que perguntar no nosso portunhol. E eles se tocam, né? se expressam, né? Através do toque, através do olho, das mãos”.*

Otra estrategia central identificada es el uso del portuñol, tanto como medio de comunicación como en su calidad de continuo dialectal.

E3U: *“yo generalmente les respondo en español, pero si es una persona que está muy cerrada... eh... trato de ponerme a la par de la situación y hablarle el portuñol [...] como que la persona se relaja [...] hay una confianza”.*

E4U: *“vos tenés que hablarle de la misma manera de ellos [...] entonces hablando español no hay comunicación, pero en portuñol si, ahí te comunicas mejor”.*

E5U: *“acá tenemos la influencia de la frontera [...] entonces yo tengo que ir más al portugués [...] porque sino no nos vamos a entender [...] la persona me va a entender mal, va a cumplir mal el tratamiento”.*

E6B: *“eu costume, se vejo é uruguaio, falo em espanhol [...] É automático já”.*

Estos relatos sugieren que el contexto fronterizo favorece el desarrollo de repertorios lingüísticos flexibles, incluso en profesionales que se identifican como monolingües. Estas prácticas se articulan con procesos de descentración, entendidos como la capacidad de ajustarse al marco de referencia de las personas usuarias de servicios de salud.

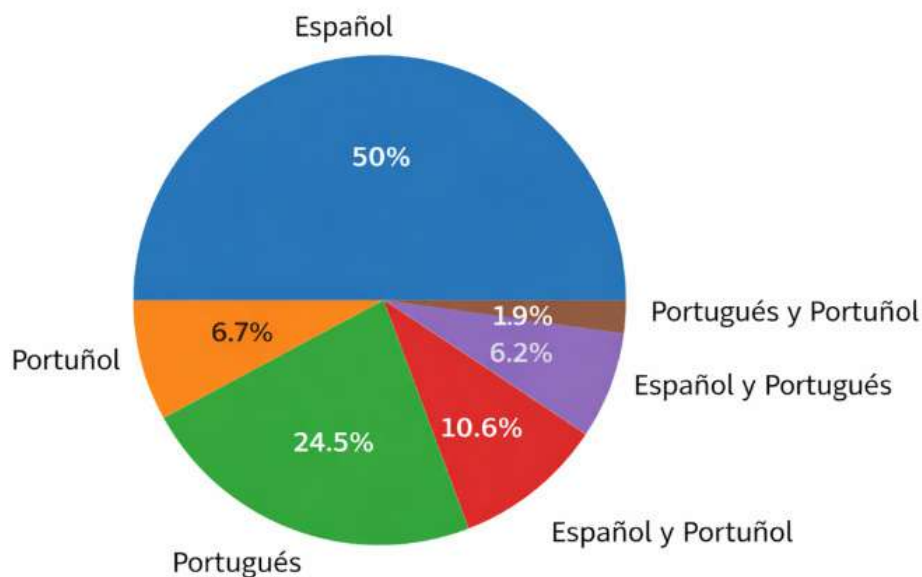
E7U: *“me parece que hay que generar un buen entorno en la consulta, de empatía también con el paciente, ponerse en el lugar del paciente y no tan tan aislado el médico paciente sino ser una realidad más uniforme ¿no?”.*

E8U: *“yo trato siempre de irme a la parte técnica [...] no en marcas de medicamentos”.*

En cuanto a las trayectorias lingüísticas, los datos muestran que la mayoría de la muestra presenta algún grado de dominio de la lengua del país vecino. En el lado brasileño, de 59 profesionales, 8 se identifican como bilingües, mientras que el resto declara el portugués como lengua materna. En el lado uruguayo, predomina el español, observándose mayor presencia de bilingüismo entre médicos/as (21%) y enfermeros/as (25%). Asimismo, el portuñol como lengua materna aparece exclusivamente en el lado uruguayo, especialmente entre auxiliares de servicio y enfermeros/as.

2 La letra “E” corresponde a entrevista, el número indica el orden de la entrevista realizada, y la letra “B” o “U” refiere al país en el que esta fue llevada a cabo (Brasil o Uruguay, respectivamente).

Gráfico 2: Lengua materna de la muestra



Fuente: elaboración propia

En conjunto, estos resultados muestran que la atención en salud en la frontera implica el despliegue de competencias que exceden lo estrictamente técnico y que integran dimensiones lingüísticas, relacionales y contextuales. Estas se expresan en prácticas concretas, como el uso de distintos registros lingüísticos, la adaptación al marco de referencia del paciente y la movilización de recursos verbales y no verbales para sostener la interacción.

Los datos permiten matizar la idea de que la diversidad lingüística constituye únicamente un desafío para la práctica profesional. En efecto, se observa que 50 personas (23% de la muestra) declaran encontrar dificultades en este contexto plurilingüe, mientras que el resto de la muestra (76%) no identifica dificultades.

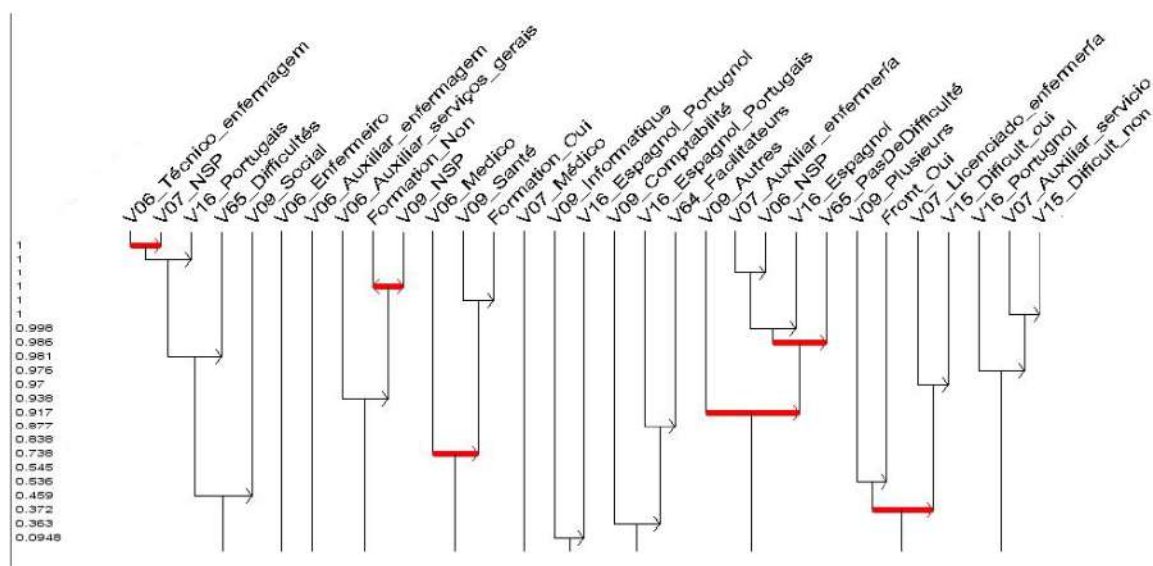
Entre quienes señalan que la diversidad lingüística facilita su práctica profesional, esta se vincula principalmente con la comunicación con el paciente. Asimismo, se observa que algunos/as profesionales mencionan que el plurilingüismo facilita el contacto que se establece entre ellos y las personas usuarias. Se identifican otras facilidades, asociadas al contacto con distintas culturas y al aprendizaje de otras lenguas. La diversidad lingüística aparece aquí como una oportunidad para entrar en relación con otras culturas y desarrollar competencias lingüísticas más allá de la lengua materna.

Los datos muestran que quienes reportan mayores dificultades son las personas cuya lengua materna es el portugués (45%). En cambio, quienes tienen como lengua (s) materna (s) el español, el portuñol o la combinación español-portugués reportan menos dificultades. Dicho de otro modo, las personas hablantes nativas de portuñol presentan los niveles más bajos de dificultad (14%), seguidas por aquellas que tienen el par “español-portugués” como lenguas

maternas (15%). Asimismo, los datos indican que, para las personas nativas de esta variedad lingüística, la diversidad lingüística no solo no dificulta la actividad profesional, sino que incluso tiende a facilitarla.

Los resultados obtenidos mediante el método de Análisis Estadístico Implicativo³ indican además una asociación entre el portuñol y el personal auxiliar de servicio. Esto confirma las observaciones realizadas en el terreno, en la medida en que este grupo profesional del lado uruguayo de la frontera presenta un uso más extendido del portuñol.

Gráfico 3: Clasificación jerárquica orientada (árbol cohesitivo: modelo clásico)



Fuente: elaboración propia

Al mismo tiempo, esta relación se vincula con otras similitudes, como la asociación de estos/as profesionales con la ausencia de dificultades, así como con el hecho de no haber realizado otras formaciones. A su vez, los y las licenciadas en enfermería de Uruguay son quienes presentan mayor asociación con la experiencia de facilidades lingüísticas en este contexto.

Los resultados indican que se trata de un contexto que favorece el desarrollo de competencias que exceden las dimensiones técnicas. Este contexto también permitiría ampliar las competencias profesionales en un sentido más general. Para una parte de los/as profesionales, el espacio fronterizo funciona como una situación potencial de desarrollo (Mayen, 2008, 2012). Sea por la falta de recursos, por empatía o por humanidad, muchas veces se va más allá de la tarea prescripta y/o de las competencias técnicas para asegurar la calidad en la atención en salud.

E3U: “no te preparan para eso... va un poco en la impronta personal porque de repente yo

3 Este método se concibe como un campo teórico centrado en el concepto de cuasi-implicación estadística (Gras et al., 2009) y se operacionaliza mediante el software C.H.I.C (Clasificación Jerárquica Implicativa y Cohesitiva), que permite establecer relaciones de implicación, cohesión y similitud entre las diferentes variables que forman parte de un estudio.

puedo decir “bueno, ta en eso yo no me meto, no me corresponde, lo mío es tomate la pastillita a tal hora y que te vaya bien”. Pero a mi manera de ver y a mi manera de ser, bueno, hay que ser, ir un poquito más más allá. [...] Hay pacientes que yo ya conozco su caminar, cuando yo veo que viene caminando de tal manera, yo ya sé que viene con algún problema, ahí ya sé que tengo que incorporar el psicólogo antes de más nada ¿no? Porque eso es otra cosa, somos un poco de cada cosa, pasamos del limpiador hasta el sostén ante una situación emocional de una persona”.

E9U: “ese es el tema, que nosotros somos médicos generales, pero en el medio rural también sos pediatra, entonces mucha gente le huye a las guardias del interior por eso mismo, porque en casi ninguna puerta de emergencia de salud pública hay pediatra de guardia y ahí solucionas todo tú, sos traumatólogo, ginecólogo, pediatra, psicólogo [...] todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí”.

E9U: “ese es el tema, que nosotros somos médicos generales, pero en el medio rural también sos pediatra, entonces mucha gente le huye a las guardias del interior por eso mismo, porque en casi ninguna puerta de emergencia de salud pública hay pediatra de guardia y ahí solucionas todo tú, sos traumatólogo, ginecólogo, pediatra, psicólogo [...] todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí”.

E10B: “termino desenvolvendo outras competências que não são minhas de técnica de enfermagem, [...] por exemplo, avaliar um paciente”.

E11U⁴: “Muchas veces los pacientes ya buscaron otras formas de curarse, tomando alguna infusión curativa, yendo a ver alguien que los santigüe, sobre todo para los casos de culebrilla¹”.

Finalmente, el contexto parece desempeñar un papel central en el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas. Del mismo modo, la ampliación de la actividad profesional se vincula con la noción de *trabajo bien hecho*, en tanto, más allá de la falta de recursos y de otras variables que intervienen, los/as profesionales logran resolver la diversidad de situaciones que se presentan en la práctica cotidiana, desarrollando otras formas de actuar para asegurar una atención adecuada.

DISCUSIÓN

Globalmente, se configura como un espacio fronterizo en el que los/as profesionales del ámbito de la salud recurren al uso del lenguaje no verbal, a la solicitud de ayuda a un/a colega, a la utilización del nombre de los principios activos de los medicamentos, a la consideración de las condiciones de vida de las personas usuarias, al hablar de forma pausada y clara y al uso de un registro lingüístico comprensible.

Estas prácticas se inscriben en lo que podríamos llamar *competencias de descentración, relacionales y lingüísticas*, impulsadas por un contexto híbrido que actúa como potenciador de habilidades, competencias e iniciativas que exceden las prescripciones del oficio. Las diferencias culturales y lingüísticas se configuran como una oportunidad para el enriquecimiento y la

⁴ Es el caso del herpes zóster, conocido en algunos lugares como “culebrilla”. Se trata de una erupción cutánea de origen infeccioso. En el marco de creencias populares, esta afección se asocia a la forma de una serpiente y se sostiene que si se unen sus extremos, la vida de la persona corre peligro. A partir de estas interpretaciones, algunas personas tienden a privilegiar prácticas de cuidado basadas en rezos y/o preparados caseros.

ampliación de la actividad profesional, en la medida en que el propio contexto favorece el despliegue de respuestas situadas que aseguran una atención con enfoque intercultural y de derechos humanos.

Aquí la comunicación empática, cercana y confiable adquiere centralidad como competencia transversal ya que supone la capacidad de reconocer a la persona usuaria como sujeto situado, cuyas referencias culturales, condiciones de vida y trayectorias influyen en la comprensión de la salud en cuanto proceso de salud, enfermedad atención y cuidado (PSEAC).

La centralidad de estas competencias permite, a su vez, reconocer la coexistencia de distintas concepciones vinculadas a los PSEAC, en función de creencias, prácticas y valores, así como la diversidad de modos de atención presentes en cada territorio. En este sentido, se destacan la biomedicina, que ocupa un lugar central en la organización institucional de los sistemas de salud, la medicina tradicional o popular, las medicinas alternativas o paralelas, las tradiciones médicas no occidentales y la autoatención (Menéndez, 2003).

Esta coexistencia no resulta excepcional, sino estructural en contextos latinoamericanos marcados por la diversidad cultural y por dinámicas de movilidad humana que no solo reconfiguran la composición de las poblaciones atendidas, sino que también habilita la ampliación de los repertorios de prácticas y saberes profesionales.

El reconocimiento de la diversidad de modelos de atención se vincula directamente con la posibilidad de garantizar una atención más pertinente, accesible y respetuosa de los derechos de las personas usuarias. Esto implica incorporar herramientas comunicacionales y relacionales, y sobre todo revisar críticamente los supuestos que organizan la práctica profesional y los modos en que se legitiman ciertos saberes en detrimento de otros.

En este punto, la discusión sobre los modelos de atención se vincula con el acceso efectivo a la salud como derecho, reconocido en diversos instrumentos internacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), las personas migrantes y refugiadas se ven expuestas a los mismos determinantes de la salud que afectan al conjunto de la población. Sin embargo, las condiciones presentes a lo largo de todo el ciclo migratorio (origen, tránsito, destino y retorno) pueden implicar niveles adicionales de complejidad que, en interacción con otros factores, dan lugar a vulnerabilidades específicas con impacto en la salud. Estas configuraciones se inscriben en un escenario global caracterizado por la presencia sostenida de población migrante.

Gráfico 4: La migración en el mundo

Migrantes internacionales	281 millones	de migrantes internacionales en 2020 (el 3,6% de la población mundial)
Mujeres	135 millones	de migrantes internacionales de sexo femenino en 2020 (el 3,5% de la población femenina mundial)
Hombres	146 millones	de migrantes internacionales de sexo masculino en 2020 (el 3,7% de la población masculina mundial)
Niños y niñas	28 millones	de niños y niñas migrantes internacionales en 2020 (el 1,4% de la población infantil mundial)
Trabajadores migrantes	169 millones	de trabajadores migrantes en 2019
Migrantes desaparecidos	Alrededor de 8.500	migrantes muertos o desaparecidos en 2023

Fuente: elaboración propia en base a McAuliffe y Oucho, 2024

Se estima que en 2024 el número de personas migrantes en América Latina y el Caribe alcanzó los 17,5 millones, de los cuales aproximadamente el 80% se desplazó dentro de la propia región, principalmente en América del Sur (UNDESA, 2024). A diferencia de la tendencia predominante, entre noviembre de 2024 y agosto de 2025 se registró una inversión en la dirección de los desplazamientos: en lugar de dirigirse hacia el norte, miles de personas comenzaron a movilizarse hacia el sur. En Argentina, el 4,2% de la población total del país es migrante internacional y las mujeres representan el 54,9% de las personas migrantes (INDEC, 2022).

En este escenario, las condiciones de vida de las poblaciones adquieren una relevancia central para el análisis de las desigualdades en salud, en tanto permiten identificar grupos que, en función de múltiples factores, pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad. Entre ellos se incluyen mujeres, población LGBTIQ+, personas migrantes, refugiadas y desplazadas, poblaciones originarias, personas afrodescendientes, personas mayores, niños, niñas y adolescentes, familias en situación de pobreza, personas con enfermedades crónicas, y personas con discapacidad, quienes se encuentran más expuestas a desigualdades estructurales, violencia, discriminación, racismo y xenofobia, entre otras vulneraciones de derechos humanos.

Estas condiciones de vulnerabilidad se ven reforzadas por las barreras que atraviesan el acceso efectivo a los servicios de salud, las cuales no se distribuyen de manera homogénea entre los distintos grupos poblacionales. Los obstáculos para el acceso a la atención sanitaria incluyen,

entre otros, factores como diferencias lingüísticas y culturales, costos elevados, discriminación, restricciones administrativas, limitaciones para la afiliación a sistemas locales de cobertura, condiciones de vida adversas, ocupación o bloqueo de territorios y falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud. En conjunto, estas barreras dificultan el acceso a los servicios y pueden derivar en consecuencias negativas en la salud mental de las personas (OMS, 2024).

La articulación entre condiciones estructurales y representaciones sociales en los equipos de salud adquiere aquí un lugar central, en tanto estas últimas pueden incidir en las formas de atención y en las posibilidades concretas de acceso. Según las percepciones sobre las personas migrantes identificadas por profesionales de la salud del primer nivel de atención (Finkelstein, 2017), es posible observar que las personas migrantes han sido asociadas a: aprovechadoras de servicios, usuarias que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje, personas en condiciones de vulnerabilidad y portadoras de enfermedades importadas.

La presencia de estas representaciones se inscribe en tramas institucionales y sociales que condicionan la relación entre equipos de salud y personas usuarias. Su análisis permite desplazar la atención desde las supuestas “dificultades” atribuidas a las personas migrantes hacia los marcos interpretativos desde los cuales dichas dificultades son construidas.

De este modo, la incorporación de una perspectiva de derechos, intercultural e interseccional no se reduce a un posicionamiento normativo, sino que se constituye como una herramienta analítica y operativa para problematizar estos sentidos (OIM, 2020). El desafío radica en intervenir sobre las lógicas que reproducen estigmas en el ámbito sanitario, en tanto estas afectan directamente las condiciones de acceso y la calidad de la atención.

Este punto coloca en primer plano la necesidad de sostener procesos de formación continua en los equipos de salud, orientados a la revisión crítica de las prácticas y al fortalecimiento de competencias profesionales. A la vez, remite a la importancia de fortalecer instancias de cooperación en salud que permitan articular respuestas conjuntas en contextos atravesados por la movilidad humana y la diversidad.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La atención en salud se configura como un espacio atravesado por la diversidad de trayectorias, saberes y condiciones de vida. La presencia de poblaciones migrantes, personas que habitan territorios de frontera, pueblos originarios, poblaciones afrodescendientes y otros grupos expuestos a desigualdades estructurales coloca en primer plano la necesidad de prácticas capaces de abordar esa heterogeneidad sin simplificarla.

La perspectiva intercultural, de derechos, de género e interseccional ofrece un marco consistente para orientar la intervención. Permite situar a las personas como sujetos con trayectorias específicas, reconocer las condiciones que inciden en los PSEAC, y ajustar las respuestas

institucionales. La dimensión de género atraviesa estas dinámicas, tanto por la feminización de los flujos migratorios, como por las desigualdades en el acceso, los cuidados y la relación con los servicios de salud.

A partir de lo expuesto en este artículo se delinean algunas recomendaciones que buscan fortalecer la respuesta sanitaria:

- Garantizar el acceso a la atención en salud sin discriminación, independientemente de la situación migratoria de las personas.
- Incorporar mecanismos de registro, monitoreo y abordaje de situaciones de discriminación, violencia institucional o vulneración de derechos en los servicios de salud.
- Integrar los enfoques interseccional e intercultural en la toma de decisiones, considerando la interacción entre género, origen, clase, edad, situación migratoria y pertenencia étnico-racial en las trayectorias de salud.
- Transversalizar la perspectiva de género en las políticas, programas y prácticas de salud, considerando las desigualdades en el acceso, las cargas de cuidado y las formas específicas de violencia que atraviesan a mujeres y diversidades en contextos de movilidad.
- Impulsar mecanismos de cooperación en salud entre jurisdicciones y países, especialmente en zonas fronterizas, que contemplen la continuidad de cuidados, incluyendo derivaciones transfronterizas, reconocimiento de tratamientos iniciados en otros sistemas y acuerdos operativos entre servicios.
- Fortalecer el enfoque de salud comunitaria como eje de la atención, integrando de manera activa a familias, organizaciones sociales y actores territoriales en los procesos de cuidado, y promoviendo estrategias de trabajo territorial.
- Promover la producción de conocimiento situado desde los equipos de salud, incentivando sistematizaciones, investigaciones aplicadas y registros de prácticas que retroalimenten las políticas públicas.
- Incorporar el análisis crítico de las prácticas institucionales, revisando rutinas, protocolos y criterios de atención que, aun sin intencionalidad explícita, puedan reproducir desigualdades o exclusiones.
- Desarrollar dispositivos institucionales que contemplen la dimensión lingüística de manera integral, incluyendo intérpretes y mediadores/as culturales, y reconociendo las lenguas y registros como parte constitutiva de la experiencia de salud.
- Incorporar herramientas de prevención, detección temprana y atención integral para personas víctimas/sobrevivientes de trata y tráfico de personas, incluyendo protocolos claros de actuación, articulación interinstitucional y formación específica de los equipos de salud,

especialmente en fronteras.

- Fortalecer espacios de intercambio entre equipos de salud que permitan revisar prácticas, compartir experiencias y construir respuestas colectivas frente a situaciones complejas.
- Promover procesos continuos de formación en los equipos de salud orientados al desarrollo de competencias interculturales, comunicacionales y relacionales.
- Difundir información clara y accesible sobre los derechos en salud, los circuitos de atención y los recursos disponibles, en formatos y lenguas pertinentes a las poblaciones atendidas.

El campo abordado proyecta líneas estratégicas para el desarrollo de futuras investigaciones y tesis en salud colectiva y gestión territorial. En particular, se destaca la importancia de profundizar en el análisis de las prácticas interculturales en los servicios sanitarios, el papel de la comunicación y la mediación lingüística en la calidad de la atención, y la transversalización de la perspectiva de género, intercultural y de derechos. Resulta igualmente pertinente indagar en la dinámica de los servicios en territorios de frontera, la continuidad de cuidados en contextos de movilidad y la identificación de barreras institucionales desde la experiencia de los equipos de salud. A ello se suman líneas vinculadas a la salud comunitaria, el trabajo intersectorial con actores territoriales y la construcción de vínculos de confianza con las comunidades en cuanto aspectos ineludibles para una práctica situada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdallah-Pretceille, M. (1996). Compétence culturelle, compétence interculturelle. Pour une anthropologie de la communication. *Le français dans le monde*, (n.º spécial Recherches et applications: culture, cultures), 28-38.

Acioly, N. M. (1994). *La juste mesure: une étude des compétences mathématiques des travailleurs de la canne à sucre du Nordeste du Brésil dans le domaine de la mesure* [Tesis de doctorado] Université René Descartes - Paris V.

Álvarez Velasco, S. (2017). Movimientos migratorios contemporáneos: entre el control fronterizo y la producción de su ilegalidad. Un diálogo con Nicholas De Genova. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 21(58), 153-164. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/server/api/core/bitstreams/4fb28384-0d0a-47e0-a693-1522eabf6936/content>

Aquino Moreschi, A., Décosse, F. y Varela-Huerta, A. (Eds.). (2013). *Desafiando fronteras. Control de la movilidad y experiencias migratorias en el contexto capitalista*. Sur+ Ediciones.

Aubrun, S. y Orofiamma, R. (1990). *Les compétences de 3e dimension, ouverture professionnelle? Rapport de recherche*. CNAM.

Aveiro, T. (2006). *Relações Brasil-Uruguai: A nova agenda para a cooperação e o desenvolvi-*

mento fronteiriço [Tesis de maestría]. Universidade de Brasília, Brasil.

Balibar, E. (2005). Fronteras del mundo, fronteras de la política. *Alteridades*, 15(30), 87-96.

Barrios, G. (2009). Repertorios lingüísticos, estándares minoritarios y planificación: el purismo idiomático en situaciones de contacto lingüístico en Y. Hipperdinger (Dir.), *Variedades y elecciones lingüísticas* (pp. 15-39). EdiUNS.

Behares, L. (2007). Portugués del Uruguay y educación fronteriza en C. Brovetto, J. Geymonat y N. Brian (Drs.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe* (pp. 99-163). ANEP-CEP.

Bentancor, G. (2009). *Rivera-Livramento: una frontera diferente*. Editora Universitária/UFPEL.

Bento, F. (Dir.). (2012). *Fronteiras em movimento*. Paco Editorial.

Bontempo, C. (2013). *A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais 2003-2011* [Tesis de maestría]. Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

Carvalho, A. M. (2003). Rumo a uma definição do português uruguaio. *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, 1(2), 125-150.

Carvalho, A. M. (2007). Diagnóstico sociolingüístico de comunidades escolares fronterizas en el norte del Uruguay. En C. Brovetto, J. Geymonat y N. Brian (Drs.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe* (pp. 49-98). ANEP-CEP.

Clanet, C. (1990). *L'interculturel: introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences Humaines*. Presses Universitaires du Mirail.

Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie* (2a ed.). La Découverte.

Clot, Y. (2004). Action et connaissance et clinique de l'activité. @ctivités, 1(1). <http://activites.org/v1n1/clot.pdf>

Clot, Y. (2007). Le schème, les invariants et les variations en M. Merri (Dir.), *Activité humaine et conceptualisation: questions à Gérard Vergnaud* (pp. 179-184). Presses Universitaires du Mirail.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF.

Cohen-Emerique, M. (2011). Pour une approche interculturelle en travail social. *Théories et pratiques*. Presses de l'EHESP.

Da Silva, M. (2009). *Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento/Rivera* [Tesis de maestría]. Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

Domenech, E., Herrera, G. y Rivera Sánchez, L. (Coords.). (2020). *Movilidades, control fronterizo y luchas migrantes*. CLACSO; Siglo XXI. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2023/04/Movilidades-control-fronterizo.pdf>

Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones Internacionales, Reflexiones desde Argentina*, (2), 40-58.

Foucher, M. (1991). *Fronts et frontières: un tour du monde géopolitique*. Fayard.

Gallo, E., Costa, L. y Moraes, A. (2004). A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do Mercosul -SIS- Mercosul en E. Gallo y L. Costa (Dirs.), *Sistema integrado de saúde do Mercosul: SIS Mercosul: uma agenda para integração* (pp. 41-53). OPS.

Golin, T. (2004). *A fronteira* (Vol. 2). L&PM.

Gorlero, C., Finkelstein, L., Pérez Caraballo, G., y Durruty, L. (2021). *Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://argentina.iom.int/sites/g/files/tmzbd1901/files/documents/Manual-de-Salud-Mental-y-Apoyo-Psicosocial.pdf>

Gras, R., Régnier, J.-C., y Guillet, F. (2009). *Une méthode d'analyse de données pour la recherche de causalités*. Cepadues Éditions. https://www.adatic.fr/ASI/LivreASI_RNTI2009/ASI_2009_RNTI-E-16.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. <https://www.indec.gob.ar>

Leenhardt, J. (2002). Fronteiras, fronteiras culturales e globalização en M. H. Martins (Dir.), *Fronteiras Culturais - Brasil - Uruguai - Argentina* (pp. 27-34). Ateliê Editorial.

Leontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Editions sociales.

Leontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Editions du Progrès.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. PUF.

Lhuillier, D. (2002). Travail en J. Barus-Michel, E. Enriquez y A. Lévy (Dirs.), *Vocabulaire de Psychosociologie* (pp. 284-295). Erès.

Litim, M. (2012). Les méthodes indirectes à l'épreuve de la pratique: questions d'intervention. en Y. Clot (Dir.), *Vygotski maintenant* (pp. 155-174). La Dispute.

Malgesini, G. y Gimenez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Catarata.

Malglaive, G. (1995). Compétences et ingénierie de formation en F. Minet, M. Parlier y S. De Witte, *La compétence: mythe, construction ou réalité?* (pp. 153-168). L'Harmattan.

Marandon, G. (2008). Expérience pluriculturelle et pratique professionnelle dans le travail social. *Empan*, 3(71), 60-68.

Mayen, P. (2008). Dix développements sur la didactique professionnelle et le développement en Y. Lenoir y P. Pastré (Dirs.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 109-125). Octarès.

Mayen, P. (2012). L'appropriation des situations en Y. Clot (Dir.), *Vygotski maintenant* (pp. 289-305). La Dispute.

McAuliffe, M., y Oucho, L. A. (Eds.). (2024). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Mezzadra, S. y Neilson, B. (2017). *La frontera como método: o la multiplicación del trabajo*. Traficantes de Sueños.

Montmollin, M. (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome en J.-M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 189-199). PUF.

Odgers, O. (2001). *Identités frontalières: immigrés mexicains aux Etats-Unis*. L'Harmattan.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Guía para el fortalecimiento de la perspectiva intercultural y de derechos humanos destinada a formadoras/es en la República Argentina*. OIM; Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. <https://argentina.iom.int/sites/g/files/tmzbd1901/files/documents/Gu%C3%ADa-para-el-Fortalecimiento-de-la-Perspectiva-Intercultural-y-de-Derechos-Humanos-destinada-a-Formadores-en-la-Rep%C3%BAblica-Argentina.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360465/9789240054820-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Refugiados y Migrantes, 2019–2030*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/52e2898b-bcb3-4c1e-8e61-45b066a12c1f/content>

Pastré, P. (2007). Champs conceptuels et champs professionnels en M. Merri (Dir.), *Activité humaine et conceptualisation: questions à Gérard Vergnaud* (pp. 79-86). Presses Universitaires du Mirail.

Pérez Caraballo, G. (2011). *Construction identitaire dans les espaces frontaliers: quel lien entre l'appartenance territoriale et l'identité linguistique? Le cas de la population frontalière habitant entre le Brésil et l'Uruguay* [Tesis de maestría]. Université Lumière Lyon 2.

Pérez Caraballo, G. (2014). *Activité et compétences professionnelles dans des espaces culturellement et linguistiquement hybrides: le cas des professionnels de santé à la frontière Uruguay-Brésil* [Tesis de doctorado]. Université Lumière Lyon 2.

Persia, A. (2010). Frontera como recurso, frontera como límite: una perspectiva antropológica. *Estudios Históricos*, (4), 1-11.

UNDESA (2024). *International Migrant Stock 2024: Key facts and figures*. UN DESA/POP/2024/DC/NO. 13.

Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation en J.-M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 275-292). PUF.

Vygotski, L. (1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores en *Obras Escogidas* (Tomo III). Aprendizaje Visor. (Trabajo original publicado en 1931).

Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage* (3a ed.). La Dispute. (Trabajo original publicado en 1934).

Vygotski, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. La Dispute. (Trabajo original publicado en 1925).