



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Universidad Nacional de San Martín
Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales
Doctorado en Antropología Social

Procesos de salud-enfermedad-atención en movimiento: Una etnografía de la migración china en Argentina

Autora: María Florencia Incaugarat

Tesis de Doctorado presentada a la Carrera de Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctora en Antropología Social.

Directora: Dr. Gastón Julián Gil
Codirectora: Dra. Ana Carla D'Angelo

Buenos Aires
Abril 2021

HOJA TAQUILOGRÁFICA

Incaugarat, María Florencia.

Procesos de salud-enfermedad-atención en movimiento: Una etnografía de la migración china en Argentina. / María Florencia Incaugarat; director Gastón Julián Gil; co-directora Ana Carla D'Angelo. San Martín: Universidad Nacional de San Martín, 2021.- p.280.

Tesis de Doctorado, UNSAM, Escuela IDAES, Antropología Social, 2021.

1. Migración china 2. Procesos Salud-Enfermedad-Atención 3. Movilidades. 4. Encuentros. – Tesis.

I. Gil, Gastón Julián (Director); D'Angelo, Ana Carla (Co-directora). II. Universidad Nacional de San Martín, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales. III. Doctorado.

RESUMEN

Autora: Incaugarat, María Florencia

Director: Gil, Gastón Julián; Co-directora: D'Angelo, Ana Carla

Resumen de la Tesis de Doctorado presentada al Doctorado en Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, de la Universidad Nacional de San Martín - UNSAM, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctora en Antropología Social.

La presente tesis doctoral describe y analiza las representaciones y prácticas relativas al proceso de salud-enfermedad-atención de la población china en Argentina, como así los modos en que despliegan sus itinerarios terapéuticos en el contexto migratorio. La investigación, a su vez, explora los conflictos, tensiones y negociaciones que surgen entre esta población y los profesionales de la salud del sistema sanitario local. También son abordadas aquí las reconfiguraciones en la esfera familiar que se producen a partir de la migración, en torno a los modos en que los actores dan respuesta a sus problemáticas de la salud. Para ello, se llevó a cabo un trabajo de campo etnográfico en la ciudad de Mar del Plata, tanto en el ámbito sanitario local como en la esfera doméstica y laboral de los migrantes. Asimismo, se realizaron incursiones de campo en la ciudad de Buenos Aires, donde la interacción con otros interlocutores de características diferentes a las de los residentes en la ciudad costera, permitió diversificar la mirada al interior de la diáspora. Por último, una estancia de investigación en la República Popular de China permitió comprender más cabalmente el diálogo entre las llamadas “medicina china” y “medicina occidental” que llevan a cabo los migrantes, accediendo a los usos y apropiaciones que se dan en el país de origen. En suma, la presente investigación doctoral, aborda un colectivo migrante aún poco explorado en el país, deteniéndose principalmente en dos aspectos: las formas en que dan respuesta a sus problemas de salud en el contexto migratorio; y las reconfiguraciones que se dan en torno a esta problemática. De forma transversal, permite vislumbrar procesos mucho más amplios como los que se dan en una escala global y de movilidades transnacionales, hasta problemáticas concretas de Salud Pública.

Palabras-clave: Migración china; Procesos de Salud-Enfermedad-Atención; Movilidades; Encuentros.

Buenos Aires

Abril 2021

ABSTRACT

Autora: Incaugarat, María Florencia

Director: Gil, Gastón Julián; Co-directora: D'Ángelo, Ana Carla

Abstract de la Tesis de Doctorado presentada al Doctorado en Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, de la Universidad Nacional de San Martín - UNSAM, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctora en Antropología Social.

The current doctoral thesis describes and analyzes the representations and practices related to the process of health-illness-attention of the Chinese migrated population in Argentina, as well as the way they develop their therapeutic itineraries in a migration context. The research carried out also explores the conflicts, tensions and negotiations that arise between this population and national health professionals in the local sanitary system. At the same time, the new configurations in the family sphere are addressed, analyzing the reconfigurations which take place due to the migration and regarding the way in which the actors answer to their health problems. To that goal, ethnographic fieldwork was carried out in the city of Mar del Plata, both in the local sanitary environment and the migrants' workplaces and their domestic sphere. In addition, field trips were made to the city of Buenos Aires where it was possible to diversify the perspective about the interior of the Chinese diaspora by interacting with other interlocutors whose characteristics differ from those living in Mar del Plata, a seaside town. Furthermore, the participation in a research program in the People's Republic of China provided clear understanding of the dialogue between the so called 'Chinese medicine' and 'Western medicine'. This latest research allowed to access the uses and appropriations that take place in the home country and are replicated by the migrants in Argentina. In brief, the current doctoral thesis addresses a relatively unexplored migrant group in Argentina. The adopted focus is, first, on the ways in which their health problems are dealt within a migratory context; second, on the reconfigurations that occur regarding this issue. Transversally to these approaches, this thesis allows to envision much broader processes, such as those that happen on a global scale of transnational mobilities, and specific Public Health issues.

Key-words: Chinese migration; Health-Disease-Attention Processes; Mobilities; Encounters

Buenos Aires

Abril 2021

Agradecimientos

En primer lugar y principal, quiero agradecer a mis interlocutores con quienes disfruté enormemente realizar el trabajo de campo y de quienes aprendí tanto que es difícil sintetizar en estas páginas.

En especial a los migrantes, tanto en Mar del Plata como en Buenos Aires, con los cuales actualmente mantengo una relación de amistad y en algunos casos en los que desplegaron sus movilidades me fue difícil decirles “adiós”. Gracias por haberme abierto las puertas de sus hogares y familias, y haberme acercado tanto a China y sus saberes, al punto que este acercamiento e interés creciente por mi “objeto de estudio” terminó cambiando mi interior, mi vida cotidiana y, en definitiva, una pasión por mi trabajo.

Por otro lado, a los profesionales de la salud que, aunque aquí la descripción de su labor pueda resultar distante y crítica, admiro el esfuerzo que imprimen en su trabajo de cada día y cómo deben afrontar los embistes de la dura realidad presupuestaria y de distribución de recursos. El abrirme las puertas de las instituciones, de sus consultorios, e incluso del tras bambalinas de su “office” fue invaluable para poder comprender más cabalmente sus representaciones, concepciones y racionalidades que se describirán en las siguientes páginas.

En especial, agradecer a mi “informante clave”, mi profesora de idioma, quien con mucho amor y dedicación me transmitió muchísimo de su conocimiento y me acompañó en los diferentes momentos de mi camino, incluido el canto y las postulaciones a las dos becas del gobierno chino que fueron de tanta utilidad para acercarme más a China y su vastedad. Por las incontables horas y momentos que compartimos juntas, incluidos los viajes a Buenos Aires para escucharme y apoyarme en los shows de canto, su ayuda en las traducciones, por siempre sus palabras de aliento y tantísimos “加油 *jiāyóu*”!

Por supuesto, agradecimientos infinitos a mi mentor y director, Gastón, que desde el primer día me apoyó, confió y apostó en mi crecimiento. Gracias por las lecturas atentas y en tiempos increíblemente record y por el apoyo incondicional de siempre. Las palabras podrían ser muchas más, pero a buen entendedor pocas palabras.

A Ana, mi codirectora que además de su acompañamiento en este largo y enriquecedor proceso, siempre me ayudó a profundizar y hacerme buenas y nuevas preguntas.

A mi familia, que me acompañó y aguantó tantas ausencias por entregas, las dichas “deadlines”, horas de trabajo y otros “jeites” que tiene el oficio, pero no por eso es menos disfrutable y estimulante. Por siempre preocuparse y seguir cada pasito que doy. A mi mamá y abuela “Amely”, en especial, todo mi amor e infinitas gracias por los momentos cotidianos más lindos y atesorables.

A mis queridísimas amigas, que con todo el cariño siempre hicieron el paciente esfuerzo de entender a qué se dedica su amiga y todas las cosas que hace. También gracias por bancarme en las ausencias, entenderme y apoyarme siempre.

A todas las personas hermosas que conocí en el camino, especialmente mis compañeras y amigas del DAS y también colegas “sinólogos”. En especial, Lauri, mi amiga desde el día uno literalmente; Ale, quien me inspira con su crecimiento y empuje; y mi compañera de aventuras, Romi. También a Nacho, por ser siempre tan generoso, apoyar y ponerse feliz con el crecimiento de los demás. También a mis compañeros del Taller de Tesis quienes siempre me ayudaron a reflexionar, mes tras mes, durante el inabarcable inicio del proceso de escritura. También al personal del IDAES (ahora Escuela), docente y no docente, que siempre colaboraron con disposición en el transitar de este recorrido.

Por último, a mi compañero, quien fue una de las tantas sorpresas gratas que me regaló China (la más inesperada y fundamental), y definitivamente terminó de indicarme que mi viaje de “mil millas” va por el buen camino.

Lista de Imágenes

Imagen 1. "Mansiones chinas de ultramar".

Imagen 2. Tienda pequeña de "medicina china", en Hangzhou, RPCh.

Imagen 3. Una de las entradas al 回春堂 *huíchūn táng*, y los "Leones de Fu".

Imagen 4: Una de las salas destinadas a la exhibición y venta de medicación natural.

Imagen 5: Venta de productos naturales, por peso o envasados.

Imagen 6: Medicinas naturales en píldoras.

Imagen 7. Vestíbulo de una de las clínicas. En el fondo pueden observarse las ventanillas donde solicitar turnos o realizar los pagos.

Imagen 8. Uno de los dispensers de té, a la entrada de 方回春堂 *fāng huíchūn táng*.

Imagen 9. Dos (potenciales) usuarios, leyendo la trayectoria profesional de cada médico.

Imagen 10. Transcripción a modo de ejemplo (médico de la izquierda).

Imágenes 11 y 12. A la izquierda, uno de los tantos banners con información y código QR para acceso virtual. A la derecha, código QR en los vasos descartables de té gratuito.

Imágenes 13 y 14. A la izquierda, farmacia de "medicina china". A la derecha, farmacia de "Medicina Occidental"

Imagen 15. Servicios del Hospital Provincial de Medicina Tradicional China de Zhejiang

Imágenes 16 y 17. Instalaciones del Hospital Provincial de Medicina Tradicional China de Zhejiang

Imagen 18. Listado de pacientes por apellido "Chen".

Imagen 19. Los diccionarios "chino-español" que se consiguen en el Barrio Chino y son de consulta frecuente por parte de los migrantes.

Imagen 20. Ejemplo de "mancha mongólica".

Imagen 21. Imagen del "hombre de pelo blanco" utilizada para la publicidad de la "Escuela" de "Medicina Tradicional China".

Imagen 22. "Hueso" utilizado para la técnica "刮痧 *Guāshā*"

Imagen 23. Forma de aplicación de "刮痧 *Guāshā*", con las subsiguientes "marcas" que deja como resabio la técnica.

Imagen 24. Caracter tradicional de "气 *qì*"

Imagen 25. Infusión instantánea de jengibre y azúcar negra.

Imagen 26. Píldoras “Pollo negro y Fénix blanco”

Imagen 27. Medicina 坤宝丸 kūn bǎo Wán..

Imagen 28. Bálsamo 清凉油 Qīngliáng yóu

Imagen 29. 莲花清瘟胶囊 Liánhuā qīngwēn jiāonáng (Versión en cápsulas)

Imagen 30. Progresión histórica del carácter” 女 nǚ”

Imagen 31. Caracter “孝 xiào”

Imagen 32. Forma escrita de “bien”, “bueno”.

Imagen 33: componentes y significados del carácter “安 Ān”.

Mapas, Tablas y Gráficos

Mapa 1. Provincia de Fujian, sudeste de China.

Mapa 2: Ubicación de Hangzhou, capital de Zhejiang, en relación a la RPCh.

Mapa 3. La provincia de Zhejiang y sus provincias limítrofes.

Mapa 4. Distribución geográfica de las familias chinas que acuden al sistema de salud municipal.

Mapa 5. Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de General Pueyrredón.

Tabla 1. Distribución de pacientes y consultas según CAPS. 2013-2018.

Tabla 2. Demanda de turnos según servicio.

Gráfico 1. Porcentajes de presentismo y ausentismo de turnos solicitados en CAPS. 2013-2018.

Lista de siglas

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

APS: Atención Primaria de la Salud

CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud

CEMA: Centro de Estudios Médicos Ambulatorios

CASRECH: Cámara de Autoservicios y Supermercados de Residentes Chinos en la Argentina

DI: Desarrollo Infantil

HIEMI: Hospital Interzonal Especializado Materno

HIGA: Hospital Interzonal General de Agudos

IC: Interconsulta

INDEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos

INE: Instituto Nacional de Epidemiología

KMT: Kuomintang. Partido nacionalista chino.

MGP: Municipalidad de General Pueyrredón

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MTC: Medicina Tradicional China

OBOR: “One Belt One Road”

OMS: Organización Mundial de la Salud

RPCh: República Popular de China

SPM: Síndrome Premenstrual

TCM: Traditional Chinese Medicine

TSH: Terapia por sustitución de hormonas

Índice

0. Introducción	12
0.1. Trabajo de campo y aspectos metodológicos	15
0.2. Perspectivas y aportes teóricos	24
0.3. Algunas aclaraciones necesarias	30
0.4. Estructura de la tesis	32
1. La inmigración china a Argentina. Una primera aproximación.	34
1.1. Diáspora, transnacionalismo y movilidades: Aportes teóricos.	34
1.2. Un recorrido por las corrientes migratorias de China hacia la Argentina .39	
1.2.1. Los primeros flujos migratorios hacia América latina	39
1.2.2. Los períodos migratorios hacia Argentina	40
1.2.2.1. Primer periodo	41
1.2.2.2. Segundo periodo	42
1.2.2.3. Tercer periodo.....	46
1.2.2.4. Cuarto periodo	50
1.3. Tensiones entre taiwaneses y chinos continentales	54
1.4. Datos demográficos	62
1.5. De costa a costa: Mar del Plata como destino de la trayectoria migratoria 63	
1.5.1. Actividad laboral	64
1.5.2. Asociaciones y redes de migrantes	69
1.6. Movilidades y actores multidireccionales: la heterogeneidad de la migración china	76
1.6.1. Las empresas chinas en Puerto Madero: breves comentarios desde el campo	76
1.6.2. El caso del puerto marplatense y algunas reflexiones metodológicas	79
1.6.3. Fujian y los fujianeses: reconfiguraciones en movimiento	81
2. Encuentros y diálogos entre sistemas de saberes. Relatos y postales desde China	84
2.1. La “medicina china” y su encuentro con la “medicina occidental” desde una perspectiva histórica	86
2.1.1. La “medicina china” en los periodos dinásticos	86
2.1.2. El período entre Repúblicas	88
2.1.3. La República Popular y la consolidación de la “medicina china”	91
2.1.4. La Revolución Cultural y los “médicos descalzos”	93

2.1.5. Proceso de Reforma y Apertura. Comienzo de la era global.	94
2.1.6. El recorrido de la “medicina china” a partir de un caso: la familia de Violeta	95
2.2. Encuentros contemporáneos: usos y apropiaciones en la China actual ..	99
2.2.1. Las clínicas “tradicionales” y sus intersticios	100
2.2.2. La integración entre la “medicina china” y la “medicina occidental” en los servicios hospitalarios	113
2.2.3. Elección de modelos médicos: ¿racionalidades consensuadas?	117
2.3. Los saberes de la “medicina china” en el Capitalismo Global y la “Nueva Era”	120
2.3.1. La “medicina china” en el sistema de salud estatal.....	121
2.3.2. Escenarios globales: <i>soft power</i> , comoditización y disputas	122
3. Saberes y prácticas de salud: Itinerarios terapéuticos y encuentros en el contexto migratorio	129
3.1. Itinerarios terapéuticos: posibilidades del contexto migratorio	129
3.2. Usos y apropiaciones del sistema de salud local	133
3.2.1. Acceso a las historias clínicas de los migrantes chinos en el sistema de APS.....	134
3.2.2. Distribución geográfica de las familias chinas y demanda del servicio de salud municipal	137
3.2.3. Ramificaciones de los itinerarios terapéuticos: apropiaciones del sistema privado	145
3.2.4. Prácticas de consumo y el “Desiring Self”	149
3.2.5. Retorno del itinerario terapéutico: viajes para atención médica en China 156	
3.3. Tensiones en el sector salud: el caso de los controles de desarrollo.....	162
3.4. Problemas variados: encuentros y desencuentros	171
3.5. Los itinerarios terapéuticos “cerrados”: por donde no circulan los migrantes	177
3.5.1. Notas sobre la edad y la sabiduría: la comoditización del “saber milenario”	178
3.5.2. La “Medicina Tradicional China” como una práctica “alternativa” en el sistema de salud municipal	181
4. “Medicina china” y prácticas de autoatención en el ámbito doméstico ..	189
4.1. Saberes y prácticas de autoatención durante el puerperio	191
4.1.1. Fundamentos de la “medicina china”: equilibrio “阴-阳 <i>yīn-yáng</i> ” y factores patógenos.....	198
4.1.2. Llevar a cabo el “坐月子 <i>zuò yuè zǐ</i> ” en el contexto migratorio.....	204

4.2. Salud femenina: prácticas durante el periodo menstrual y la menopausia	
207	
4.2.1. Concepciones y cuidados en torno a la menstruación	207
4.2.2. La menopausia.....	217
4.3. Prácticas de autoatención: negociaciones entre la biomedicina y la “medicina china”	222
4.3.1.- “ <i>F... de Farmacia</i> ”: Automedicación y tensiones intergeneracionales	222
4.3.2. Estrategias complementarias en tiempos de Covid-19: integración de sistemas	225
4.4. Repertorios morales y reconfiguraciones de la “piedad filial”	230
4.4.1. La mujer y la familia en el idioma chino mandarín	232
4.4.1.1. Criterios estéticos y morales asociados al carácter de “mujer”: “女 nǚ”	232
4.4.1.2. Estructuras de parentesco y su representación en el chino mandarín	235
4.4.2. El concepto de “piedad filial” desde la perspectiva de los migrantes	237
4.4.2.1. La “piedad filial” en la vida cotidiana de los migrantes.....	239
5. Conclusiones	251

0. Introducción

La expansión global de China es un fenómeno cada vez más notorio, sobre todo a partir de las últimas décadas, siendo la migración china y la transnacionalización de su diáspora una muestra clara de ello. En este sentido, si bien la inmigración china en Argentina no es en absoluto novedosa, sí lo es el grado de intensidad y visibilidad que ha adquirido en los últimos años en el país. Así, desde la sociedad local, los migrantes chinos continúan generando diversos enigmas tanto en el público en general como en el ámbito sociosanitario, uno de los ejes principales de la presente investigación. En efecto, este desconocimiento del “otro” y los conflictos suscitados en el campo de la atención de la salud no es algo privativo de Argentina, sino que ha sido descrito en otros países donde hay presencia de migrantes chinos (entre otros, Ma, 1999; Spencer & Chen, 2004; Green et al., 2006; Chu & Sue, 2011; Leung et al, 2014; Liu et al., 2015; Simon et al, 2018).

Asimismo, a pesar de que la diáspora china conforme uno de los grupos migratorios no limítrofes más grande de Argentina, aún son escasos los estudios realizados en el país que la aborden. Entre ellos, destacan los de Sassone & Mera (2003), Zhang Tuo (2007), Trejos & Chiang (2012) y Bogado Bordazar (2016), los cuales serán retomados en distintos momentos de la tesis. Estos estudios, entre otros ejes, describen el perfil, situación e integración social de los inmigrantes chinos, y los períodos migratorios hacia la Argentina. Por otro lado, desde una lente socioantropológica pueden encontrarse estudios sobre este colectivo en lo relacionado al ámbito educativo (Sartori, 2019), empresarial (Conconi, 2020a), prácticas alimenticias (Delmonte, 2013), repertorios morales (Denardi, 2017) y asociacionismo (Grimson, Denardi, Ng, 2014). Así todo, no se ha encontrado relevado al momento en contextos latinoamericanos, el encuentro de los migrantes chinos con el sistema de salud local como así tampoco se han abordado con profundidad las prácticas de salud que llevan a cabo en el contexto migratorio.

De este modo, la presente tesis pretende describir y comprender el conjunto de las representaciones culturales y prácticas de salud de la población china que reside en la ciudad de Mar del Plata, como así los modos en que despliegan sus itinerarios

terapéuticos en el contexto de la sociedad de destino. Esto es, no deteniéndose exclusivamente en los usos y apropiaciones que realizan los migrantes del sistema de salud local (público y privado), sino reconstruyendo las prácticas de salud, simultáneas, complementarias o alternativas a las del sistema biomédico. Por otro lado, la investigación se orienta a poder describir los conflictos, tensiones, negociaciones, que surgen entre esta población y el sistema de salud local, encarnado por sus agentes sanitarios con clara preeminencia del saber biomédico. Asimismo, son abordadas las reconfiguraciones en la esfera familiar que se producen en el contexto migratorio, en torno a los modos en que los migrantes dan respuesta a sus problemáticas de la salud. Así, se retrata cómo preceptos morales como ciertos pilares confucionales se reproducen y son contestados en la actualidad. Por último, a partir de los insumos teóricos y etnográficos desarrollados aquí, se pretende contribuir no sólo al campo de la antropología de la salud, sino también al de la Salud Pública. Es decir, se aspira a fortalecer la formulación de políticas públicas que sean adecuadas a las características sociales y culturales de las poblaciones, abonando a una mayor articulación entre el sistema de salud local y sus usuarios.

A la luz de las transformaciones globales, la presente investigación también propone comprender desde una perspectiva local, fenómenos muchos amplios. Es decir, desde la “aldea” (Geertz, 1973) marplatense, y en parte porteña aquí abordadas, puede hablarse de procesos mucho más amplios. En este sentido las prácticas de salud de los migrantes chinos y cómo construyen sus itinerarios terapéuticos, permitirán ver otras dimensiones problemáticas de nuestra contemporaneidad. Uno de ellos, es el propio sistema de salud local y el plano de las políticas públicas de salud. Otro problema central es el siempre recurrente etnocentrismo y la incomprensión de la diversidad (y su naturalización) que el caso chino aquí abordado permite vislumbrar como algo mucho más profundo que excede al saber biomédico, el cual suele ser fácilmente edificado como “chivo expiatorio” de los problemas de la salud pública. Así, la presente investigación constituye no sólo una etnografía de las prácticas de salud de un grupo étnico en particular, sino que a su vez aborda y problematiza al sistema de salud local, incluidos los profesionales de la salud y las concepciones biomédicas. Asimismo, la presente investigación representa una etnografía de una comunidad diaspórica que porta cierto exotismo en la sociedad argentina a la vez que

de un caso singular de movilidad transnacional en el mundo global contemporáneo. Movilidad, que como se verá, tiene diversas capas y niveles, con distintos matices y dinámicas, por donde fluyen no sólo diversos actores sino también imágenes, valores, objetos, ideas, saberes, estrategias y criterios desde el orden económico-empresarial hasta estrategias de reproducción familiar con un fuerte anclaje al lugar de origen.

Por otro lado, a diferencia de la inmigración de fines de siglo XIX y mediados del siglo XX, asociada al relato del crecimiento nacional y a la representación del “crisol de razas” (tan asentada en el sentido común de la cual deriva nuestra característica “cultura nacional” desmarcada étnicamente), “la inmigración contemporánea es mirada con fuerte sospecha, cuando no directamente rechazada” (Grimson, 2005: 19). En este contexto, los migrantes chinos están sometidos a procesos de estigmatización por parte de ciertos sectores de la población local, por medio de mecanismos de estereotipación fenotípica y cultural. Suelen recibir atribuciones despectivas tales como “invasores”, “explotadores”, “competidores desleales”¹, etc., es decir, elaboraciones características del “relato de invasión”, el cual consiste en una construcción xenófoba vinculada a la búsqueda de un chivo expiatorio de la crisis socioeconómica (Ibíd.). Por el contrario, la realidad muestra que lejos de registrarse una “invasión” de inmigrantes (en donde también quedan incluidos, desde ya, los provenientes de países limítrofes), “la creciente visibilidad de estos colectivos responde más a conflictos de orden sociocultural (incluyendo discursos y prácticas discriminatorias, racistas y xenófobas contra estos grupos) que a razones estrictamente cuantitativas” (Goldberg, 2013a: 268). Un peso importante tienen en estos procesos los medios de comunicación, quienes tejen un “discurso dirigido a que la sociedad construya y consuma una percepción negativa y distorsionada del fenómeno como un *problema social*” (Ídem).

Así, “el chino”, queda sujeto a procesos de estigmatización (Sassone & Mera, 2007), donde el caso de la pandemia de COVID-19 y la adjudicación de todas las culpas a este colectivo nacional, en una escala global pero también local, representa

¹ Denardi (2013), agrega que “las representaciones sobre los migrantes chinos que circulan en los medios de comunicación y en el imaginario social argentino son la de *mafiosos* o de *competidores desleales*, ya que, al instalarse en una determinada zona, condenarían al cierre a pequeños comercios cuyos dueños son argentinos” (p.2).

una muestra elocuente de ello. En efecto, en un plano global, dicha emergencia sociosanitaria puso en escena a su vez una movilización política de estereotipos que confronta con la cada vez más acelerada expansión global del gigante asiático. Más allá de estas disputas, de forma subyacente a estos y otros prejuicios, el “chino” constituye para la sociedad local un otro exótico y prácticamente desconocido, confinado a su ámbito al parecer por excelencia, “el supermercado” (también llamado “*el chino*”). En este sentido, y como fin último, la presente investigación pretende abonar en la reducción de esa distancia percibida entre la sociedad local y los migrantes chinos, específicamente, y su madre patria, en general.

0.1. Trabajo de campo y aspectos metodológicos

A *grosso modo*, el trabajo de campo puede ser dividido en tres etapas principales. Una primera instancia llevada a cabo entre 2013 y 2015, una segunda comprendida entre 2015 y 2017 y una tercera, desde 2018 a principios de 2020. Si bien el primero y el último periodo estuvieron marcados por una mayor intensidad en el involucramiento con los actores y la realización de observación participante en el sistema sanitario, la etapa liminal brindó una continuidad en el campo, como así la exploración de otros ámbitos y vinculación con distintos actores. En efecto, cada etapa de campo reviste características diferentes en lo que refiere no sólo a la vinculación con los actores, sino a la comprensión de las preguntas de investigación en general.

Así, la primera etapa se caracterizó principalmente por la realización de observación participante en uno de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) o “*salita*” de la ciudad de Mar del Plata, principalmente en los servicios de Pediatría y Terapia Ocupacional, como así en salas de espera y en el “office” del equipo de salud. En este sentido, el ámbito sanitario emergió como un contexto sumamente rico en donde no sólo relevar situaciones interculturales², sino también observar cómo interactúan diversos conjuntos de representaciones y prácticas en

² Por situaciones de “interculturalidad” entendemos “aquellas circunstancias en las cuales dos grupos que producen identificaciones diferentes y, por lo tanto, construyen códigos comunicacionales imbricados con modos de posicionamiento distintos en la sociedad, se relacionan y comunican produciéndose conflictos, negociaciones, acuerdos e innumerables malentendidos” (Grimson, 2005:43).

relación al proceso de salud/enfermedad/atención y se despliegan relaciones de poder. Goldberg (2013a) remarca la importancia de realizar estudios de este tipo a través de una perspectiva antropológica-médica (a diferencia de estudios epidemiológicos o clínicos, entre otros), considerando que:

El enfoque narrativo de la enfermedad permite recuperar al sujeto-paciente ubicándolo en el centro del análisis contextualmente y en el marco de un sistema de relaciones y redes socioculturales. Así, enfatizando en lo holístico, se articulan los niveles micro y macro en el análisis de los problemas de salud (p.103).

Así, además de observar el encuentro entre los migrantes y el sistema de salud local, y relevar las representaciones y prácticas llevadas a cabo por parte del equipo profesional en relación a los migrantes chinos, mi presencia en el ámbito sanitario también me facilitó el acercamiento a la esfera doméstica de los migrantes. Para esa instancia, no contaba con ningún conocimiento de idioma chino, y mi método de acercamiento a los migrantes era, hasta ese entonces, en cierto punto rudimentario comparado a los que fui desplegando en etapas más avanzadas de la investigación. Así, previo a mi acceso al CAPS, había realizado algunas incursiones infructuosas acercándome directamente a los migrantes, por ejemplo, en su ámbito laboral (como veremos, principalmente el supermercadista). Ante mis intentos de acercamiento, sus respuestas solían ser taquigráficas y cargadas de escepticismo, sin lograr comprender por qué motivo quería saber de ellos. Las incursiones en el CAPS, por el contrario, me invistieron de otra figura, ya no anónima, sino ligada a la legitimidad de una institución. De esta forma, el explicarles quién era y por qué quería conocer sobre sus prácticas de salud y su “cultura”, muchas veces me abrió las puertas de sus hogares, logrando un acercamiento a su vida cotidiana hasta el momento inaccesible. Así todo, la estrategia metodológica se vería modificada a partir de un viraje impensado del campo que comenzaría a gestarse tiempo después.

En efecto, en un segundo momento, comencé formalmente mis estudios de chino mandarín con una profesora de Beijing, a quién aquí llamaré Xia, primero en el Laboratorio de Idiomas de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), y luego de dos años, de forma particular. Como veremos a lo largo de la tesis, el aprendizaje del idioma nativo abrió nuevas aristas para una mayor comprensión de diversas prácticas y cosmologías, convirtiéndose en un insumo fundamental para la

investigación. Más concretamente, esto se dio en parte, por conocer el aspecto ideográfico del idioma chino mandarín, en donde cada símbolo expresa una idea o un objeto, como así por medio de la búsqueda de sus significaciones a través de los propios nativos. Asimismo, familiarizarme con ciertos términos nativos me permitió vislumbrar con mayor profundidad cuestiones relacionadas a la mentalidad, representaciones y prácticas sobre el estar sano, enfermo y las formas de abordar ambos estados (como fue el caso del “坐月子 - *zuò yuè zi*” –práctica puerperal- o “阴阳 - *yīn/yáng*” ambas en estrecha relación con la “medicina china” y que se verán con detalle en los siguientes capítulos). Del mismo modo, se fueron desplegando paulatinamente representaciones que forman parte del cotidiano de los migrantes, fuertemente ancladas a pilares confucionales, como es el principio moral denominado “孝” “*xiào*” o “piedad filial”.

La inmersión en la lengua nativa, más allá de estas posibilidades y aperturas a nivel teórico y metodológico, asimismo, trajo aparejado otro ángulo inesperado de inserción al campo, dado ahora a partir del ingreso al mundo musical chino. Es así que, al poco tiempo de haber comenzado con el estudio del mandarín, en abril de 2016, surgió la convocatoria al “Primer Concurso de Canto en chino”, impulsada por la Embajada de la República Popular China en Argentina “con el fin de profundizar el conocimiento de la música china y la cultura china entre los argentinos, sobre todo entre los estudiantes y aficionados del idioma chino”³. En el marco de este concurso, y con la colaboración y acompañamiento de mi profesora de chino en las diferentes instancias, fui sorteando las diferentes etapas, llegando a la semifinal (que tuvo lugar en la misma Embajada) y luego hasta la final (realizada en el Teatro “Carlos Gardel” en el barrio del Abasto), donde obtuve el segundo premio.

Este vericuetto del campo trajo consigo una serie de virajes metodológicos, ya que el acceso a muchos interlocutores se me vio facilitado gracias a ese evento. Así, llegada la festividad del Año Nuevo Chino del año siguiente en la ciudad de Buenos Aires⁴, fui convocada por la Embajada para interpretar algunas canciones chinas junto

³ Publicación del concurso. Disponible en: <https://www.culturachina.org.ar/single-post/2016/05/13/Primer-concurso-%E2%80%9CCanta-en-Chino%E2%80%9D-en-Argentina>

⁴ Cobertura del evento por *DangDai* y por *Phoenix Dorada*: http://dangdai.com.ar/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=7520:celebrado-por-una-multitud-nacio-el-gallo-en-buenos-aires&catid=2:cultura&Itemid=9

con otras ganadoras del concurso. Ambos eventos fueron conducidos por referentes de la “comunidad”⁵ con una gran visibilidad mediática, como el conductor del programa “Milenarios”⁶ y “Chino Básico”⁷ y el actor de la película un “Cuento Chino”. El hecho de haber participado en este evento de gran importancia para los miembros de la diáspora, tanto en contexto migratorio como en su tierra natal (el de mayor importancia anual, de hecho), también me valió de grandes aportes en términos de legitimidad con mis interlocutores chinos en Mar del Plata. Así, a partir de ese evento empecé a ser convocada por otros sectores para cantar en diferentes eventos⁸. Entre ellos, eventos del Instituto Confucio⁹ y del Centro Regional de los Institutos Confucio para América Latina (CRICAL), “La Ruta del Año Nuevo Chino” (en el Teatro Güemes). Asimismo, posteriormente contacté con la representante local de la Cámara de Autoservicios y Supermercados de Residentes Chinos en la Argentina (CASRECH) en Mar del Plata, quien me invitó a cantar en las dos últimas ediciones del Año Nuevo Chino en la ciudad. La participación en estos eventos, a su vez me abrió nuevas puertas en el ámbito migrante local a partir de la buena recepción en el público chino¹⁰, ampliando así el acceso a migrantes en la ciudad. De esta forma, mi posición como la “investigadora que canta”, fue progresivamente consolidándose hasta inclusive el año 2020 en el que canté en el último show prepandemia.

<http://phoenixdorada.com/ano-nuevo-chino-ganadoras-canta-chino-argentina/>

⁵ Retomado aquí como término nativo.

⁶ Este programa se transmitía por un canal de aire (A24) de forma semanal con el apoyo de la fundación “Huaxia Medios SRL”. Consistía en un magazine “de interés cultural chino argentino”, donde se transmitían diversos contenidos culturales como filosofía, festividades, objetos y actividades tradicionales, innovación y desarrollo, entre muchos otros. El conductor de dicho programa fue a su vez el presentador del concurso de canto, y me invitó con posterioridad a que cantara en otros eventos, como en la “Ruta del Año Nuevo Chino”.

⁷ Programa anterior a “Milenarios”, de características similares, transmitido por Canal Metro. Su primer conductor fue el mismo que el del programa “Milenarios”, pero con posterioridad fue reemplazado por el actor de “Un Cuento Chino”, coprotagonizada por Ricardo Darín.

⁸ Asimismo, por fuera del ámbito de la diáspora, también fui convocada por otros sectores gestionados por argentinos y vinculados a temas de China. Así, por ejemplo, la repercusión del evento en el Teatro Güemes trajo aparejada la solicitud de un programa de radio porteño, “Clave China”, para utilizar mi versión de una de las canciones que cantara en dicho show como cortina del programa, como así para participar como entrevistada en otras ediciones.

⁹ Los Instituto Confucio, pertenecen a la Oficina del Consejo Internacional del Idioma Chino (Hanban), unidad dependiente del Ministerio de Educación de la República Popular China. El objetivo de estos institutos es la difusión y enseñanza del idioma chino a nivel internacional, teniendo alrededor de 500 sedes en más de 140 países.

¹⁰ Por ejemplo, después de cada show se acercaban al escenario a pedirme fotos, intercambiar contactos de Wechat (la aplicación china de telefonía móvil, similar a Whatsapp) y conversar.

Fue así que, a partir de conocer y poder cantar canciones chinas, logré una profundización en el campo mucho mayor a la lograda en las etapas iniciales de la investigación, cuando comenzaba a articular mis primeras oraciones en mandarín. En efecto, el acercamiento al universo musical chino, me abrió más puertas, previamente de difícil acceso, permitiéndome profundizar el vínculo con los migrantes que ya conocía al momento, como así acceder a otros migrantes que aún no conocía. De esta forma, la música china operó como una “llave” de ciertos espacios, a la vez que catalizador de la confianza en el vínculo en relación a los inicios de la investigación. Una situación de campo concreta es ilustrativa respecto a cómo el canto devino en una herramienta metodológica. Así, en una ocasión, en el supermercado al que solía ir como clienta, pero no recibía mucha atención hasta entonces, se escuchaba de fondo como música de ambiente una de las canciones que había aprendido para uno de los eventos mencionados. Al contarles que la conocía y cantarles una estrofa, se mostraron sorprendidos y aplaudieron enérgicamente. A continuación me pidieron si podía cantar otra, a lo cual accedí gustosa interpretando una canción muy famosa¹¹. El miembro mayor de la familia, un fujianés de unos 60 años, emocionado me dijo “*te escucho y me siento en China*”. Desde ese entonces, el vínculo con esa familia se vio facilitado y profundizado de un modo impensado al inicio del trabajo de campo.

Paralelamente, es en esta época donde también contacté con migrantes chinos radicados en Buenos Aires, tanto por mi participación en eventos fuera como “cantante” o por mis frecuentes viajes a Buenos Aires en los que participé como asistente en actividades organizadas por o vinculadas a la diáspora. Así, conocí a migrantes de diversas regiones de China, no sólo de Fujian y mucho menos aún, vinculados al supermercadismo (como veremos, dos características salientes de la migración actual). Entre ellos, profesores de idioma y caligrafía, empleados de una empresa china radicada en Puerto Madero, empresarios, y profesionales de la salud (de la biomedicina y de la “medicina china”). También conocí a ciertos referentes de la “*comunidad china*” en el país, muchos de ellos con alta visibilidad mediática como mencioné más arriba. Así, por ejemplo, en el caso del concurso de canto, entre el público, se encontraban además de los demás participantes y sus familias y amigos, miembros de la Embajada

¹¹ Una canción tradicional (además de la balada pop grabada previamente) llamada “Mò li huā” (茉莉花), en español “Flor de Jazmín”, compuesta durante la Dinastía Qing en el siglo XVIII y sumamente popular tanto a nivel nacional como internacional.

y representantes de medios chinos internacionales y locales, como la revista *DangDai*¹² (reconocida como “la primera revista de intercambio cultural Argentina-China”¹³, muy difundida en el ámbito local de los que están interesados en diversas temáticas vinculadas a China). Al finalizar mi presentación, se me acercaron varios de ellos a saludar y conversar un momento. Entre ellos, uno de los directores de la revista mencionada, hijo de padre chino, con quien a partir de ese evento comencé a entablar un vínculo estable a lo largo de estos años. Además de difundir en la revista siguientes eventos en los que participé tanto como cantante o como investigadora, dicho interlocutor me presentó ante otros miembros de la diáspora o académicos sinólogos de Buenos Aires, lo que también me fue facilitando una mayor inserción en el campo. En el mismo evento, conocí al padre de quien fuera la conductora del evento, Diego¹⁴ (50 años), y a su esposa. Dicho matrimonio, es muy reconocido dentro del ámbito de la sinología y de la diáspora china en Buenos Aires, ya que además de trabajar como docentes de idioma mandarín hace muchos años, también tienen su propia editorial por medio de la cual han publicado diversas obras, la mayoría de su autoría. Desde ese día, la relación con ambos fue creciendo, manteniendo actualmente un vínculo de amistad, especialmente con él, quien además es profesor de caligrafía y pintura china. En mis frecuentes viajes a Buenos Aires, solemos acordar algún momento para encontrarnos, tomar un café y “ponernos al día”¹⁵. También ha evacuado muchas de mis dudas en relación a mi investigación, por ejemplo, sobre el sistema de atención de la salud en China, sobre diversas prácticas de autoatención, o medicamentos de “medicina china” que se pueden conseguir en el Barrio Chino, etc.

En suma, en relación a este y otros casos que se irán retomando a lo largo de la tesis, durante este periodo logré un acercamiento con diversos sectores de la diáspora china, lo cual me permitió una comprensión más cabal del fenómeno de la migración china en Argentina. Así, estas experiencias colaboraron a edificar una imagen de la

¹² Sitio web: <http://dangdai.com.ar/joomla/>

¹³ “Distinción a revista de intercambio cultural Argentina-China”. Junio de 2019. Disponible en: <https://www.legislatura.gov.ar/posts/embargado-distincion-a-revista-de-intercambio-cultural-argentina-china464.html>

¹⁴ Los nombres de todas las personas que aparecen a lo largo de la tesis, fueron modificados con el objetivo de preservar su identidad. En el caso de actores con visibilidad pública, sus nombres fueron omitidos, aunque sean de sencilla identificación para los conocedores del campo.

¹⁵ Además de nunca dejarme pagar, me suele llevar algún obsequio, como té verde chino, o alguna de sus imágenes que pinta para sus amigos. Asimismo, también me suele invitar para participar de eventos como exposiciones que él organiza o en donde se exponen sus obras, o actividades de caligrafía china dictadas por él y su esposa para el público general.

diáspora mucho más compleja que la construida por la visión local la cual estereotipa y homogeniza al migrante chino como sinónimo de supermercadista. De esta forma, el dar cuenta de esta heterogeneidad y diversidad al interior de la diáspora, fue de utilidad para pensar cómo se produce el “ser chino” en el contexto migratorio, donde “lo chino” es una dimensión, pero también lo es el hecho de provenir de Fujian, Taipei, Beijing, etc., tener un supermercado o un cargo gerencial en una empresa pesquera, ser universitario o ex campesino.

Por otro lado, en este momento del campo también me dediqué a rastrear posibles itinerarios terapéuticos de los migrantes, pero partiendo de locus en donde circulan saberes e imágenes de la “medicina china”. Los resultados “infructuosos” de esta estrategia (abordados en el tercer capítulo), trajeron aparejados otros datos relevantes relativos a la forma en que los migrantes construyen criterios de legitimación en torno a la práctica de la “medicina china”, y las formas locales de comoditización de este saber.

En tercer lugar, en la última etapa del trabajo de campo pudieron verse los frutos de las incursiones de la etapa anterior, tanto en lo relativo al idioma, al mundo musical, y a una inmersión cada vez mayor en las configuraciones culturales de los migrantes. Así todo, una estancia de investigación que realizara en la República Popular China (RPC) en 2018, terminó de darme una legitimidad por parte de los actores que no había sucedido hasta entonces. El hecho de “haber estado allí”, en China, me confería de una autoridad mayor para mis interlocutores, tanto migrantes como profesionales de la salud. Es decir, por un lado, para estos últimos hizo que, en suma, “*supiera de esas cosas*”, como veremos capítulos más adelante. Por el otro lado, esta estadía, sumada a mis estudios de idioma chino y mi trabajo en la universidad como profesora, me valió ser reconocida por los migrantes como “教师 *jiàoshī*” (profesora) y “*muy estudiosa*”¹⁶. A raíz de esta percepción, mis interlocutores me comenzaron a realizar diferentes consultas asociadas a recomendaciones de escuelas para sus hijos,

¹⁶ Esta mirada por parte de los migrantes terminó por asentarse cuando obtuve una beca del gobierno chino para realizar un master en Salud Pública en la Universidad de Tsinghua, considerada como “la mejor” de Asia, y fuente de orgullo para las personas chinas. En una ocasión, por ejemplo, en la que nos reunimos a cenar en la casa de Yue (noviembre 2019), al comentarles que tenía intenciones de aplicar a esta beca, se reían sorprendidos porque tendría “tres títulos” (contando la Licenciatura, Maestría de Tsinghua y Doctorado). Contando con los dedos, Yue dijo a sus amigos “*uno, dos, tres... y en ¡Tsinghua! ¡nosotros ni uno!, qué estudiosa*”.

por ejemplo, cuando cambian de jardín a primaria, o cuando algunos de ellos, nacidos en China, los traen a vivir a Argentina. Asimismo, todas estas experiencias de campo lograron que mis interlocutores me ubicaran en un plano más cercano a su universo que a otras personas argentinas. Por ejemplo, en una de las cenas que compartí con una de las familias¹⁷, en la cual éramos más de 10 comensales (entre padres, hijos, tíos, primos, etc.), y me vieron comer gustosamente utilizando “*palitos chinos*”, uno de ellos exclamó: “*¡es una chinita!, cuerpo de argentina, pero adentro es chinita*”, mientras despertó una risa generalizada y asentimiento por parte de los demás miembros de la familia. A continuación, me explicaron que ellos no abren las puertas de su hogar a “*cualquiera*”. Por el contrario, son más abiertos a entablar lazos de amistad con aquellos argentinos que demuestran conocer y querer “*aprender de nuestras costumbres, de nuestra cultura*”. Agregó: “*vos fuiste a China, te gusta China, nuestra comida, hablás, cantás... sos una chinita... ¡sólo te falta novio chino!*”, despertando la risa generalizada de toda la familia.

La estancia de un mes en China, por su parte, también trajo aparejada el poder conocer y experimentar de primera mano la dinámica y los “encuentros” (Faier & Rofel, 2014) entre la “medicina china” y la llamada “medicina occidental”, al interior del territorio chino. En el marco de una beca otorgada por el gobierno chino para participar del “Programa para Jóvenes Sinólogos Visitantes” (YSVP), además de asistir a diferentes charlas, tuve la posibilidad de visitar diferentes centros de atención de la salud. Independientemente de las visitas de este tipo que pude realizar por mi propia cuenta, fue de gran ayuda la asistencia del supervisor que me fue asignado, quien me facilitó el acceso a algunas de estas instituciones sanitarias. De esta forma, pude visitar clínicas tradicionales de “medicina china” con varios siglos de historia, como así hospitales biomédicos integrados con “medicina china”. Asimismo, visité dos museos de “Medicina Tradicional China” y la Universidad de Medicina China de Zhejiang. Esta experiencia de campo, me dio la posibilidad de conocer en mayor profundidad los usos y apropiaciones que se llevan a cabo en China respecto de los dos modelos médicos, como así los diálogos e intercambios que se producen entre ellos, tanto desde el punto de vista estatal de gestión de políticas públicas, como desde la perspectiva cotidiana de los actores. Conocer sobre estos “encuentros” pasados fue

¹⁷ Enero 2020.

de mucha utilidad para entender más acabadamente los encuentros actuales entre los migrantes y el sistema de salud argentino. Es necesario hacer una primera salvedad teórica y aclarar que la categoría de “encuentro” será retomada aquí, no desde una lente que ve el contacto entre dos o más grupos como privado de conflictos y en aparente armonía. Por el contrario, esta categoría hace referencia a encuentros que implican una constante disputa y renegociación de identidades y posiciones de status en el terreno. En este sentido, siguiendo a Faier & Rofel (2014), la noción de “encuentro” no remite aquí a su sentido más convencional.

Asimismo, en esta etapa del trabajo de campo retorné al sistema de salud local a realizar observación participante, pero esta vez a un CAPS ubicado en las periferias de la ciudad. Además de conocer a otras familias y acceder a su universo cotidiano, me fue autorizada la consulta de las historias clínicas de todo el sistema sanitario municipal lo que permitió relevar ciertos patrones generales de la diáspora en cuanto a la apropiación del sistema público local. De esta forma también, pude ratificar ciertas cuestiones que había observado en mis experiencias de campo previas, como así también pude echar por tierra ciertos prejuicios como el cuestionado “ausentismo” de los migrantes, o relevar ciertas problemáticas epidemiológicas que no había vislumbrado hasta el momento.

Como se puede ver hasta aquí, la forma de construir y delimitar territorial y conceptualmente el objeto de estudio, como así las redes que se despliegan a partir de él, estuvieron influenciadas por el aporte de George Marcus (2001) y su etnografía multisituada. Esta perspectiva propone una etnografía móvil, en donde la localización territorial del objeto de investigación no es algo que está dado de antemano, sino que es el investigador quien debe rastrearla, construirla. El territorio que abarca el objeto de investigación debe ser delimitado analíticamente, siguiendo a los actores, las cosas, las ideas o aquello que esté en movimiento y conforme al objeto, siguiendo sus conexiones y asociaciones¹⁸. Dentro de esta línea, se considera necesario seguir a los actores y sus conexiones, es decir los lugares por los que circulan, dónde se detienen, qué espacios tienen mayor o menor relevancia para ellos. En base a esto, el

¹⁸ Gupta y Ferguson (2008) cuestionan el hecho de que estos lugares que se “suman” parecieran ser unidades homogéneas y discretas. Por el contrario, estos autores nos recuerdan que esos lugares son complejos, múltiples y a la vez, constituyen nodos de otros lugares, (por lo que hay muchos tipos de localizaciones y de territorialidades que están en un mismo lugar).

supermercado, la “salita” y otros microespacios incluidos en el campo, no son concebidos como unidades autónomas, sino como nodos de una red de los cuales parten y arriban múltiples ramificaciones por donde a su vez, circulan personas, imágenes, objetos, representaciones, etc.

Como última aclaración, de forma transversal, se incorporó a la investigación el análisis de medios gráficos y redes sociales, como insumo complementario a la recolección de datos etnográficos.

0.2. Perspectivas y aportes teóricos

Si bien a lo largo de la tesis se irá realizando un diálogo teórico transversal para analizar y enriquecer el presente caso etnográfico, es conveniente definir de antemano ciertas categorías que aparecerán con recurrencia con el fin de dejar esclarecido algunos puntos de partida que contextualizarán el análisis.

Así, desde el campo de la Antropología de la Salud, una categoría central será la de “proceso de salud/enfermedad/atención” ya que permite rescatar la dimensión procesual del estar enfermo, de las formas de mantener la salud y de tratar los padecimientos. Así, este concepto permite distanciarse de posicionamientos que conciben a la salud o a la enfermedad como un “estado” definido por presencia o ausencia, a la vez que realizan un movimiento de descontextualización de procesos sociohistóricos. Así, siguiendo a Menéndez (1990), y tal como lo define Goldberg (2010):

El proceso de salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales que la integran. La enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud, son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad. [...] Padecimientos/respuestas son procesos estructurales de todo sistema y todo conjunto social. Los conjuntos sociales, entonces, no sólo generan representaciones y prácticas, sino que estructuran saberes específicos para enfrentar esos padecimientos (p.140).

Asimismo, el proceso de salud/enfermedad/atención, como todo acto humano, opera dentro de un marco de relaciones sociales, las cuales suponen transacciones (procesos de reapropiación y rearticulación) y están en constante modificación (Menéndez, 1990). En este sentido, desde una perspectiva antropológica, ni la salud ni

la enfermedad son tomadas como procesos individuales (ni contrapuestos), sino que son concebidas como expresiones de un proceso más amplio de determinación histórico-social. Es así que el proceso de salud-enfermedad-atención es entendido como una construcción social y cultural del hombre dentro de un universo que abarca además factores políticos, económicos, ideológicos, etc. De esta forma, es necesario dar cuenta de la dimensión social y cultural de este proceso, para así poder explicar cómo se interrelacionan en las prácticas de salud, en los comportamientos y estilos de vida de la población que recurren a los diversos modelos de atención, o que están comprendidos dentro de intervenciones comunitarias (Cattáneo et al., 1999). Esto adquiere mayor relevancia, cuando el equipo de profesionales, vive ciertos “factores culturales” como obstáculos para implementar una prescripción o desarrollar las intervenciones que considere pertinentes desde su cultura profesional. En este marco, se considera que, en tanto miembro de una sociedad y de un orden cultural, el ser humano presenta comportamientos ante las enfermedades, y asume y adjudica roles. Es así que las percepciones de salud y enfermedad, así como las creencias y valores sobre el cuidado de la salud, lo que significa la salud, cómo es definida la enfermedad y los supuestos sobre cómo ésta es causada, qué constituye una discapacidad, etc., están vinculados a las configuraciones culturales donde se (re)producen. Igualmente sucede para las formas de concebir cómo pueden ser curadas las enfermedades y quién es el encargado de dispensar dicha curación o atención (Bonder et al. 2002).

Cabe aquí destacar una distinción sobre el término “enfermedad”. En la lengua inglesa existen tres maneras diferentes de referirse a ella, las cuales, a su vez, reflejan distintas concepciones y dimensiones complementarias. Esta trilogía consiste en: “illness”, “disease” y “sickness”, donde la primera, corresponde al sentir individual del estar enfermo, la segunda refleja la dimensión biológica/orgánica de la enfermedad y por último la tercera, hace referencia a la dimensión sociocultural de la enfermedad (Escobar Vekeman, 2003). Como argumenta Kleinman (1980), en cualquier caso, las enfermedades son conceptos explicatorios, no entidades. Así,

Sus componentes (procesos bioquímicos alterados, estructuras anatómicas, reacciones fisiológicas, patrones de comportamiento y comunicación), aunque son características del mundo "real", solo pueden entenderse como parte de imágenes ensambladas por nuestros modelos explicativos, en los que estos elementos forman patrones coherentes (p.73).

Las enfermedades existen, entonces, como construcciones en configuraciones particulares de la realidad social y sólo pueden entenderse dentro de contextos definidos de significado y relaciones sociales.

Por otro lado, estas formas de concebir el cuerpo y las formas de abordarlo tanto cuando se encuentra sano o enfermo, como la construcción de roles en este proceso, se encuentran estructurados en toda sociedad bajo la forma de “modelos de atención de los padecimientos” (Menéndez, 2003). Esta categoría refiere “no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (p.186). Los modelos de atención no conviven libres de tensiones y conflictos, sino que, por el contrario, en su interacción operan fuerzas de hegemonía y subalternidad. Es en este sentido que Menéndez ha delineado tres modelos de atención: el Modelo Médico Hegemónico (MMH); el Modelo Alternativo Subordinado; y el Modelo de Autoatención.

El primero de ellos, también pasible de ser denominado como “Biomedicina”, o desde la perspectiva de los actores chinos como “medicina occidental”, subalterniza los otros modelos de atención, considerados “alternativos” en relación a sí mismo. Tal como lo define Menéndez (1990), por “Modelo Médico Hegemónico” se entiende al:

Conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (p.83).

Entre otras características fundamentales de este modelo médico, su rasgo dominante y estructural es el biologicismo (o reduccionismo biológico), y es el que define la orientación dominante de la perspectiva médica en cuanto a las problemáticas de salud/enfermedad. Es este criterio a partir del cual se fundamenta científicamente el diagnóstico y el tratamiento, a la vez que constituye el principio de identificación y diferenciación profesional frente a las otras formas de atención. Así, el biologismo excluye o subordina en términos técnicos e ideológicos a los otros niveles explicativos posibles del fenómeno salud/enfermedad, en específico las variables psicológicas,

sociales y culturales, las cuales cumplen en todo caso un papel anecdótico (Menéndez, 2003). La enfermedad entonces, es concebida en primer lugar como un hecho natural-biológico y no como un hecho social-histórico. De tal suerte, toma en cuenta la historia natural de la enfermedad del hombre desde un punto de vista individual, dejando de lado la historia social del padecimiento (esto es, los factores sociohistóricos que producen o no la salud y la enfermedad). Esta ahistoricidad, que hace que la enfermedad evolucione, pero no tenga historia (Menéndez, 1988), a su vez, se relaciona con otra de las características del MMH que es la asociabilidad. En este sentido, dicho modelo médico no toma en cuenta a las enfermedades como hechos sociales (desde el momento en que operan en conjuntos sociales constructores de significados), como así tampoco se da relevancia a las relaciones existentes entre las enfermedades y la incidencia de acceso desigual a los servicios de salud en cuanto a pertenencia social o cultural.

Por último, Menéndez destaca otras dos características intrínsecas al MMH. Por un lado, la asimetría, tanto en relación a los otros modelos que subalterniza, como así en la relación profesional-paciente. En este último caso, se establece una relación de subordinación técnica y social del paciente, lo que implica una exclusión del conocimiento que éste porta tendiendo a considerarlo como un saber equivocado. Así, en la mayoría de los casos, el paciente termina involucrándose en su propio tratamiento desde un lugar de receptividad y pasividad. Por el otro lado, con respecto a las prácticas impulsadas por este modelo son básicamente de orientación curativa, basadas en la eliminación del síntoma. Por supuesto, la biomedicina no realiza exclusivamente este tipo de prácticas, sino que también se incluyen prácticas epidemiológicas y preventivistas. Así todo, a diferencia de la “medicina china” como veremos en los siguientes capítulos, la prevención no es estructural.

Con todo esto, no se desea invalidar ni restar importancia al correlato biológico de las enfermedades, sino que se desea resaltar la necesidad de la incorporación de todos los factores que entran en juego en las mismas de modo de construir un enfoque integral, sin que ningún factor cumpla un papel hegemónico en relación a los demás (Menéndez, 1990). Más aún, aquí no se pretende construir una imagen maniquea ni la construcción de un “chivo expiatorio” de los problemas y conflictos de los problemas de salud de las poblaciones (o dentro del sector salud). Por el contrario, como veremos,

este modelo de atención es mucho más poroso y heterogéneo de lo que *a priori* desde las lógicas condenatorias puede vislumbrarse¹⁹. Así, pediatras con diccionarios chino-español en sus consultorios, servicios de “medicinas alternativas” al interior del sistema de salud público, entre otros, formarán parte de la red también tejida en o a pesar del “modelo médico hegemónico”.

Por otro lado, como afirma Menéndez, “la hegemonía del modelo médico debe ser analizada en relación con las prácticas a las cuales subalterniza, pero sin por ello poder eliminarlas” (1988: 451). Así, queda conformado el “Modelo de Atención Alternativo-Subordinado”, en el cual quedan comprendidas las prácticas reconocidas por lo general, como “tradicionales”²⁰. Además, se incluyen prácticas de alta complejidad y organización, desarrolladas al margen de la biomedicina, como la medicina ayurvédica, la china y otras propias del circuito “*Nueva Era*”²¹, las cuales, se organizaron profesional y académicamente mucho antes que las prácticas de la “medicina occidental” (Leslie, 1976). Es bajo este modelo que quedan comprendidas las llamadas “Medicinas Alternativas y Complementarias”. Como indica D’Angelo (2014), los criterios para su definición “no están aún claramente precisados, excepto por oposición a la medicina hegemónica, biomedicina o medicina científica más que por características específicas o comunes” (p.199).

Por último, el “Modelo de Autoatención” está conformado por aquéllas prácticas de diagnóstico y atención “llevadas a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional” (Menéndez, 1983:114). Así, el modelo de autoatención supone

¹⁹ Asimismo, al tratarse de “modelos” de atención, se está haciendo referencia a constructos teóricos que representan una perspectiva y un modo de actuación ante la salud y la enfermedad, no a estructuras rígidas e inamovibles. Además, la utilización del “modelo” como instrumento metodológico, implica una perspectiva relacional que suponen procesos de hegemonía/subalternidad entre los diferentes modelos (Menéndez, 1990).

²⁰ Según la OMS (2002), “Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales”.

²¹ Siguiendo a D’Angelo (2015), este movimiento resultante de la idealización de Oriente como imagen especular y contracultural, “incluye terapias propiamente dichas que recurren a manipulación corporal o energética (acupuntura, homeopatía, reiki, bioenergía, reflexología, shiatzu, eutonía), disciplinas orientales de trabajo corporal (tai-chi-chuan, yoga) o técnicas de meditación (inspiradas en el budismo y el yoga), entre otras” (p.1).

el primer nivel real de atención y conforma la base de los demás modelos, sea cual fuese el elegido por la persona, como así es estructural a todas las sociedades.

Cómo los usuarios se apropien de un modelo u otro, de forma complementaria, alternativa o excluyente, determinará la construcción de “itinerarios terapéuticos” también llamados “carrera del enfermo” o “carrera del paciente” (Menéndez, 2003), el cual alude a la trayectoria que despliegan los sujetos buscando dar respuesta a sus problemas de salud. Seguir estos itinerarios permite “identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partimos inicialmente de los curadores” (p.187), biomédicos, tradicionales o alternativos. Como veremos en los siguientes capítulos, dar cuenta de los modos en que los migrantes conciben el cuerpo y experimentan la salud y distintos tipos de enfermedades permitirá comprender cuándo y porqué acuden al sistema biomédico y cuándo recurren a otros servicios y prácticas, vinculados a la “medicina china”. En este sentido, estas formas de dar respuesta a los problemas de salud son entendidas aquí no como contrapuestas, excluyentes, y mucho menos de forma homogénea a su interior. Por el contrario, a partir del punto de vista de los actores es posible dar cuenta del uso articulado y transaccional de las diferentes prácticas de salud. En este sentido, la categoría analítica de los “itinerarios terapéuticos”, a través de los conjuntos sociales, nos permite justamente observar:

el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos de cada curador, de cada forma de atención, lo frecuente sería la ignorancia o exclusión de las otras formas de atención o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de las mismas, así como la tendencia a focalizar la descripción en la forma específica que cada curador representa (Ibíd.: 188).

Por último, para una definición necesaria de lo que se considera como “sistema de salud”, apelaremos a la propuesta de Arthur Kleinman (*op.cit.*). Desde esta perspectiva, las respuestas socialmente organizadas a las enfermedades, constituyen un sistema cultural especial, el sistema de salud. Es decir, del mismo modo en que se habla de religión, lengua o parentesco como sistemas culturales, la medicina puede ser vista también como un sistema cultural, un sistema de significados simbólicos vinculado a instituciones sociales particulares y patrones de interacciones interpersonales. En efecto:

En cada cultura, la enfermedad, las respuestas a ella, los individuos que la experimentan y la tratan, y las instituciones sociales relacionadas con ella, están todos interconectados sistemáticamente. La totalidad de estas interrelaciones es el sistema de salud. Dicho de otra manera, el sistema de salud, al igual que otros sistemas culturales, integra los componentes de la sociedad relacionados con la salud. Estos incluyen patrones de creencias sobre las causas de la enfermedad; normas que rigen la elección y evaluación del tratamiento; Estados, roles, relaciones de poder, entornos de interacción e instituciones socialmente legitimados (1980: 24).

Asimismo, el sistema de salud es un modelo conceptual, no una entidad, en donde pueden distinguirse cinco funciones clínicas básicas. 1) La construcción cultural de la enfermedad como experiencia psicosocial. 2) El establecimiento de criterios generales para guiar el proceso de búsqueda de atención médica y evaluar los enfoques de tratamiento existentes independientemente de los episodios individuales de enfermedad. 3) El manejo de episodios de enfermedades particulares a través de operaciones comunicativas como diagnosticar (denominar) y explicar. 4) Actividades curativas *per se*, que incluyen todo tipo de intervenciones terapéuticas, desde medicamentos e intervenciones quirúrgicas hasta psicoterapia y rituales curativos. 5) El manejo de los resultados terapéuticos, incluida la cura, el fracaso del tratamiento, la recurrencia, la enfermedad crónica, el deterioro y la muerte. Como explica Klienmann, si bien se produce una gran variación en los mecanismos que realizan estas funciones, las funciones clínicas básicas las realizan todos los sistemas de atención de la salud. En este sentido, “la atención de la salud, en el sentido más amplio, puede considerarse como la suma de estas actividades. Por lo tanto, el sistema como un todo, no solo el sanador, sana” (p.26).

0.3. Algunas aclaraciones necesarias

Con respecto al uso de lengua nativa, aquí se incluirá en el texto cada vez que se haga referencia a un vocablo en chino mandarín, la versión simplificada de los caracteres, con su correspondiente pinyin (transcripción fonética). Asimismo, la denominación de la “medicina china” se utilizará realizando la traducción literal del vocablo mandarín 中医 “*zhōngyī*”. Cuando se utilice el término “Medicina Tradicional China” será cuando desde la perspectiva nativa se explicita la utilización del adjetivo “tradicional”, ausente en la denominación original en mandarín. En efecto, dicho calificativo suele incluirse en las traducciones a lenguas foráneas como el inglés

(“Traditional Chinese Medicine”) o el español, para realizar una distinción con la “medicina occidental”. Más aún, este tipo de denominación se hace visible en comunicados oficiales del gobierno chino y en medios de comunicación estatales²², presumiblemente para realzar un rasgo identitario de la nación y marcar una distancia con la “medicina occidental”. Asimismo, esta denominación puede observarse en la fundación de institutos de salud por parte de migrantes en el extranjero, como es el caso de Violeta el cual será abordado en profundidad en los siguientes capítulos. De este modo, pareciera que la denominación de “Medicina Tradicional China” (en general en mayúsculas), corresponde a una enunciación ante un “otro”, no chino, y no es muy utilizado por las personas chinas²³. Así, conversando con algunos interlocutores a lo largo de mi investigación, me recomendaron que utilizara la traducción más cercana al original en mandarín, es decir “medicina china”, ya que el adjetivo “tradicional”²⁴ puede prestarse a confusión y crear una imagen errónea de una “medicina antigua”, lo cual se aleja mucho de la realidad como veremos en los capítulos subsiguientes. Así, por ejemplo, en palabras de Xia, mi profesora de idioma:

Tradicional se usa como que “viene de antes”. Y sí, la medicina china en parte es la forma de antes, pero también tiene cosas nuevas ahora. Ahora también puede incluir cosas más nuevas, entonces por eso decimos “中医 zhōngyī”, porque en base es tradicional, pero no necesariamente sólo tradicional. Por eso mejor decir “medicina china”.

En efecto, como veremos, la “medicina china” no sólo ha incorporado técnicas y conocimientos de la biomedicina, sino también avances tecnológicos en materia diagnóstica y terapéutica. De esta forma, calificar a este modelo médico de “tradicional” sería incorrecto desde la lógica nativa.

Por último, aunque se puede afirmar la existencia de una medicina científica occidental, en el campo de la Antropología de la Salud, se prefiere el uso del término “biomedicina” o “modelo médico hegemónico”. Esto se debe a que, bajo la

²² *Xinhua, People’s Daily y China Daily*, entre otros, los cuales serán retomados como fuentes en diversos momentos de la tesis.

²³ En una situación en particular, cursando una de las materias de la maestría en Salud Pública de la Universidad Tsinghua, “Filosofía china”, le realicé una consulta al profesor vinculada a la “TCM” (como suele abreviarse el término de “Traditional Chinese Medicine” en la bibliografía especializada de habla inglesa). Mostrando cara de confusión me preguntó qué significaba “TCM”. Al contestarle a lo que me refería, me dijo “oh, yes... 中医, Chinese Medicine...”.

²⁴ En las pocas ocasiones que mis interlocutores incluyeron este adjetivo en la traducción, fue, por ejemplo, para marcar la diferenciación si un “médico chino” más allá de su nacionalidad, practicaba la “medicina china” o la “occidental”.

conceptualización de "Occidente", se diluyen y homogenizan las diversas formas de atender y concebir la salud que se dan en esta vasta región del planeta. Sin embargo, cuando aquí se utilice este término, se lo tomará teniendo en cuenta la clasificación nativa entre la “medicina china” (“中医 *zhōng yī*”) y la “medicina occidental” (“西医 *xī yī*”), ampliamente difundida en la literatura especializada y los discursos nativos.

0.4. Estructura de la tesis

A fin de contextualizar el caso de la presente investigación, en el primer capítulo se reconstruyen las diferentes trayectorias migratorias que se han sucedido desde China hacia Argentina, haciendo finalmente hincapié sobre la diáspora en Mar del Plata. Asimismo, se destacan las diferentes características políticas, económicas y sociales que han representado a cada periodo migratorio, como así las diferencias entre el caso chino y el taiwanés. Por último, habiendo realizando una delimitación y fundamentación teórica, se retratan las movilidades y multidireccionalidad que despliegan los migrantes, como así la diversidad al interior de la diáspora.

Habiendo realizado esta primera aproximación, a partir del segundo capítulo ya nos adentramos en el campo de la salud. Así, a partir de mi experiencia de un mes en la *RPCh* en el año 2018, sumado a los relatos de migrantes y un diálogo con la revisión bibliográfica, este segundo capítulo aborda los usos y apropiaciones de los distintos modelos de atención de la salud que se dan en la sociedad de origen. Para esto, desde una mirada retrospectiva, se reconstruyen los encuentros entre la llamada “medicina occidental” y la “medicina china” y las formas en las que se interrelacionan en la actualidad. Por un lado, entonces, estos encuentros previos permitirán entender más acabadamente los “encuentros terapéuticos” que se suscitan aquí en Argentina entre los migrantes chinos y el sistema de salud local. Por otro lado, el caso planteado hará visible el carácter dinámico y dialógico de los encuentros, como así el carácter imprevisible de lo “global” y las formas en que operan las hegemonías y se despliegan las relaciones de poder.

En los capítulos tercero y cuarto, se retratan el encuentro entre dos sistemas de concepción y atención de la salud y la enfermedad, en principio, distintos y en muchos aspectos contrapuestos. Estos son, el sistema de salud biomédico, representado por el

ámbito sanitario local, y los saberes propios de la población migrante, sumamente atravesados por la llamada “medicina china”. Así, el tercer capítulo se enfoca en seguir los itinerarios terapéuticos de los actores involucrados, dando cuenta de los usos, apropiaciones y tensiones que se dan en torno al servicio de salud local. Por otro lado, el cuarto capítulo recuperará los saberes de la población migrante, retomando nociones como equilibrio “阴-阳 *yīn-yáng*”, “oposición frío-caliente”, en diálogo con la prevención o tratamiento de ciertos padecimientos, vinculados, por ejemplo, a prácticas desarrolladas durante el periodo puerperal. En ambos capítulos, se ponen en diálogo datos de campo de principalmente dos ámbitos específicos, cada uno atravesado por lógicas y encuentros distintos. Por un lado, el ámbito sanitario municipal, y el universo doméstico y laboral de los migrantes. El acceso a este espacio permitió el dar cuenta de toda una gama de prácticas, representaciones y saberes que se veía obturada bajo los espacios y lógicas biomédicas.

1. La inmigración china a Argentina. Una primera aproximación.

Para contextualizar el caso de la presente investigación, es fundamental realizar un trazado histórico de las diferentes trayectorias migratorias que se han sucedido desde China hacia Latinoamérica. Puntualmente en este capítulo se desarrollarán, por un lado, las corrientes migratorias hacia Argentina y finalmente se detallará el caso puntual de la ciudad de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. Por otro lado, se destacarán las diferentes características políticas, económicas y sociales que han representado a cada periodo, como así las diferencias entre el caso chino y el taiwanés. Antes de ello, sin embargo, me detendré en unas aclaraciones teóricas necesarias para comprender el fenómeno migratorio en cuestión. Así, el objetivo del presente capítulo será brindar una aproximación a la diáspora china en el país, realizando una mirada general, para luego adentrarnos a partir del segundo capítulo en el campo de la salud.

1.1. Diáspora, transnacionalismo y movilidades: Aportes teóricos.

Como adelantara en la introducción, si bien el término “comunidad”, y en menor medida el de “colectividad”, emergieron en el campo como categorías nativas enunciadas por los migrantes a la hora de autodenominarse como colectivo, aquí no serán utilizadas con fines analíticos. Esto se debe a que la categoría de “comunidad” plantea una noción de homogeneidad, unidad y consenso (Trapaga, 2018) que, al menos en el caso de los migrantes chinos, no corresponde a lo observado en el campo. En efecto, es de notar que estas terminologías surgieron en el campo en ciertos contextos en donde se pretendía generar una imagen de unidad y coherencia interna ante un otro, puntualmente un público argentino. Un ejemplo de ello, representan las festividades en las que participé en calidad de asistente o cantante, como fueron los festejos del Año Nuevo Chino tanto en la ciudad de Buenos Aires como en Mar del

Plata. Un análisis al respecto de la construcción, la organización y la finalidad de estos eventos escapa a los objetivos de la presente investigación, y han sido detalladamente problematizados por Denardi (2016) a partir de su investigación doctoral. Así todo, aquí sirven de ejemplificación y como contraste de las situaciones cotidianas en las que simplemente los actores utilizan expresiones como: “*los chinos somos así...*”, “*a los chinos nos gusta...*”, “*en China hacemos...*”, remarcando la identidad nacional como factor de cohesión. En efecto, en contadas ocasiones escuché por parte de mis interlocutores la utilización de las terminologías “comunidad” o “colectividad”, salvo en los contextos mencionados²⁵. Más aún, a diferencia del caso porteño, como veremos, en la ciudad de Mar del Plata los migrantes no presentan formas de asociacionismo relevantes²⁶ salvo para fines laborales. Por estas razones, aquí se delimitará una lente de análisis construida a partir de otros conceptos que dan cuenta de la heterogeneidad, dinamismo y movilidad que caracterizan en general a la migración china llamada de “*ultramar*”²⁷.

Uno de esos conceptos es el de “diáspora”. A raíz de que este término ha generado profundos debates al interior de las Ciencias Sociales en general y de la Antropología en particular, es necesario especificar desde qué perspectiva debe ser entendido aquí. Para esto no me detendré en dichos debates, sino que me limitaré a delinear el lugar de enunciación sobre el cual me posicionaré.

En este sentido, como plantea Grimson (2011), “la adjudicación de una identidad diaspórica a todos los migrantes implica una esencialización” (p.143). Es decir, no toda migración constituye una diáspora, sino que para ser considerada como tal debe estar ligada a un “sentimiento de pertenencia” o “identificación”. Más concretamente, “la diáspora es una configuración cultural transnacional, un espacio de heterogeneidad articulado, una de cuyas condiciones necesarias es la identificación

²⁵ En otros contextos donde también se utilizan con frecuencia estos términos, es en medios de comunicación o en entrevistas de ciertos representantes de la “*comunidad*” dadas para medios locales. En efecto, “*la comunidad china*” tuvo dos programas televisivos, los ya mencionados “*Chino Básico*”, transmitido por Canal Metro, y “*Milenarios*”, en canal A24.

²⁶ A diferencia de los casos estudiados de los españoles e italianos en Argentina, por ejemplo, que muestran la importancia y extensión de ese asociacionismo en la ciudad y en el país (Gil, 2007).

²⁷ “*Overseas Chinese*” o “*华侨 Huáqiáo*” es la denominación en inglés y en chino mandarín, respectivamente. Según Barabantseva (2012), este término, ampliamente utilizado en discursos oficiales del gobierno chino, refleja “una extensión de la nación china, un símbolo de su continuidad, cohesión y coherencia” (p.80).

compartida” (p.146). Es importante tener en cuenta esta distinción para evitar la utilización del término “diáspora” como un eufemismo de aquellos otros de los cuales uno pretende distanciarse para evitar esencializaciones, como en este caso, es la noción de “comunidad”.

De esta forma, es necesario delimitar la noción de diáspora para que no refiera a cualquier población dispersa o fenómeno migratorio (Brubaker, 2005; Mera, 2011). Más aún, siguiendo la propuesta de Mera (Ibíd.), es necesario replantearse las características de este concepto para dejar de lado su connotación esencialista y poder “enfaticar la hibridez, la fluidez, el sincretismo y el movimiento constante de transformación” (p.3). Una vez resuelto esto, la noción de diáspora permitirá comprender más cabalmente las nuevas formas de existencia que adoptan los grupos migrantes en la presente etapa de la globalización, caracterizada por una mayor proximidad posibilitada por las nuevas tecnologías de comunicación y transporte, y una mayor circulación de productos materiales y simbólicos.

A partir de autores como Bruneau (2010) y Brubaker (2005), coincidimos aquí con Mera (2011) que “el elemento fundamental para hablar de diáspora no será la expulsión por un hecho traumático [...] sino el sentido de pertenencia o de una conciencia que se refiere a una identidad nacional, cultura o religión”²⁸ (p.4). En adición, estas formas de identificación si bien toman como eje de anclaje la referencia nacional, ponen en juego “formas de construir las identidades y de mantener una unidad de la misma en el plano transnacional” (idem). Así, “las diásporas se articulan en espacios físicos y simbólicos transnacionales que posibilitan a los grupos migrantes traspasar las barreras planteadas por las normativas tradicionales de los Estados” (Mera, 2016: 92). De esta forma, la diáspora también puede ser entendida como una “configuración cultural transnacional” (Grimson, 2011: 146) caracterizada por su heterogeneidad y por la identificación compartida como una de sus condiciones necesarias.

²⁸ Esta lente se distancia de posturas que toman a las diásporas judía, griega y armenia como modelos arquetípicos de la noción de diáspora (asociadas a un hecho traumático o catástrofe en la sociedad de origen). Una de las razones fundamentales de esta diferenciación es que “estas diásporas clásicas se concebían como fenómenos cristalizados, cosificados, estabilizados y centrados sobre una fuerte identidad” (Mera, 2011: 3).

Como puede observarse, en relación a esta concepción, aquí se desprende una segunda categoría analítica, la de “transnacionalismo”, que también será de suma importancia en la presente investigación a la hora de entender el fenómeno migratorio chino en Argentina.

La diferenciación, y muchas veces superposición de los términos de diáspora y transnacionalismo, ambos muy populares especialmente desde la década del ‘90, también han despertado profusos debates al interior de las ciencias sociales (Bauböck & Faist, 2010). Por un lado, aquí tomaremos como referencia la propuesta de autores como Weinar (2012) o Bruneau (2010), quienes argumentan que no toda comunidad transnacional deviene en diáspora. La diferencia de esta última radica en el papel central que tiene la vinculación de los migrantes con su territorio de origen, sea real o imaginada (Anderson, 1993). Por otro lado, tal como señala Faist (2012), mientras el término de “diáspora” refiere a un grupo social, el de “transnacionalismo” da cuenta de procesos que trascienden las fronteras internacionales y, por lo tanto, describe fenómenos más abstractos. En efecto, “el uso del término transnacional busca la puesta en relación de los espacios, las movilidades y los circuitos cruzando las fronteras nacionales” (Osorio Ramírez, 2012: 90). En tanto excede los límites nacionales, esta categoría “habilita concebir el espacio migratorio en términos de redes y de relaciones y libera a los migrantes de las ataduras a la tradicional relación entre el Estado Nación y una comunidad migrante anclada en un país de recepción” (p.93). De esta forma, este concepto introduce una visión dinámica de las migraciones que contrasta con una visión anterior en la que se enfatizaba el movimiento en términos dicotómicos (salida-llegada, instalación-regreso, temporal-permanente, etc.) (Ibíd.).

Por último, aquí también se retoma la óptica de Elliot & Urry (2010) respecto al concepto de “movilidades” con el fin de entender los flujos y trayectorias de los migrantes desde una mirada complementaria a la propuesta por las nociones de diáspora y transnacionalismo. En este sentido, como veremos, los migrantes chinos distan mucho de la figura arquetípica del migrante que se asienta en territorio lejano para no volver a su madre patria. Por el contrario, muchos de los migrantes chinos se comportan como actores móviles bidireccionales y multidireccionales. En efecto, fue habitual en mi trabajo de campo conocer migrantes que visitaran China en reiteradas ocasiones (incluso por extensos periodos de tiempo), tomaran vacaciones en las

Cataratas del Iguazú o Ushuaia, o visitaran a su cónyuge en algún país del sudeste asiático, como Singapur. Asimismo, como también veremos, otros grupos en cierto punto minoritarios en comparación a la gran mayoría de migrantes provenientes de Fujian, como es el caso los empleados de empresas pesqueras o las multinacionales radicadas en Puerto Madero, despliegan movibilidades aún mayores. En este sentido, es necesario aclarar que la movilidad, por un lado, va más allá del concepto de movimiento y plantea preguntas sobre cómo una sociedad móvil reconfigura identidades, actividades cotidianas, relaciones interpersonales y las conexiones con el mundo en general. Dichos autores plantean que las consecuencias salientes de las movibilidades aceleradas en la vida de las personas provocan la reconfiguración de las identidades "en términos de flexibilidad, adaptabilidad y transformación instantánea" (p.7). Por otro lado, esta categoría hace referencia no sólo a un movimiento cada vez mayor de personas por el mundo, sino también de objetos, capital, información, ideas y valores. En sintonía con este escenario, "el nuevo paradigma de las movibilidades implica analizar redes, relaciones, flujos y circulación, en contraposición a lugares fijos" (Sheller & Urry, 2018: 3). Desde esta perspectiva, entonces, el caso de la diáspora china (y sus decenas de millones de miembros en el extranjero) constituye uno de los tantos tipos diferentes de práctica social de movilidad contemporánea (Elliot & Urry, 2010).

Por supuesto, las nociones hasta aquí retomadas están sumamente relacionadas con el siempre cuestionado concepto de globalización. Es por esto que, sin hacer un desarrollo en profundidad de los debates que se han suscitado al interior de la antropología de los procesos globales, es importante aquí fijar una posición al respecto. Aunque diversas interpretaciones y visiones de lo global discrepan en múltiples aspectos, existe un reconocimiento general que, en menor o mayor grado, con menores o mayores consecuencias, cuando se alude a la globalización aparecen "las ideas de interdependencia acelerada, disminución del mundo (erosión de las fronteras y de las barreras geográficas por las actividades socioeconómicas), acción a distancia, compresión del espacio y del tiempo" (Abélès, 2008: 39). Con esta idea de la aceleración del tiempo, o de que éste anula o disminuye la relevancia de la territorialidad, se hace referencia al hecho de que nuestra cotidianeidad está, en cierta medida moldeada, configurada por procesos que no están presentes "aquí". No tienen

materialidad, no tienen anclaje territorial, pero intervienen en nuestra configuración del día a día. A pesar de que las tensiones que se dan entre las posiciones “globalistas” y “antiglobalistas” (Ibíd.) tengan que ver en parte con el carácter inédito de estos fenómenos, hay una coincidencia al menos, en esta noción de la aceleración como un fenómeno sin precedentes. Y por esta noción, se hace referencia a la idea de que algo que ocurre en un punto del mundo, rápidamente se transmite, se resignifica y llega a otro lugar distante geográficamente, generando impactos concretos, a nivel financiero, ideológico, moral, estético, entre otros.

1.2. Un recorrido por las corrientes migratorias de China hacia la Argentina

Habiendo hecho las aclaraciones teóricas necesarias, ahora me detendré en las trayectorias migratorias de los actores involucrados basándome en sus propios relatos y en bibliografía especializada. La lógica para trazar este recorrido será cronológica, y desde una mirada global a una cada vez más local hasta abordar el caso específico de los migrantes en la ciudad de Mar del Plata. Por supuesto, toda periodización implica una simplificación de procesos mucho más complejos, pero aquí retomaré esta aproximación a fines descriptivos con el fin de contextualizar el caso migratorio en cuestión.

1.2.1. Los primeros flujos migratorios hacia América latina

Los primeros flujos migratorios chinos hacia América Latina comenzaron durante la época colonial con la primera expansión española hacia Filipinas en el siglo XVI. Así todo, su apogeo fue a mediados del siglo XIX, especialmente hacia Perú, Cuba (predominantemente) Panamá y Brasil, y se estima que algunos de los inmigrantes chinos se dispersaron hacia otros países de la región (Bogado Bordazar, 2002). Es en los países mencionados en donde hoy se encuentra la mayor concentración de población de origen chino en el subcontinente (Zhang Tuo, 2007). Es así que los primeros flujos importantes de migración china se ubican concretamente

entre los años 1845 y 1920, pero tuvieron como característica principal el comercio de los llamados “*culies*” o “*coolies*”²⁹. Este término hacía referencia a peones de origen chino generalmente contratados para trabajar en el campo y en las minas, labores que desarrollaban en condiciones de semiesclavitud. Según Bogado Bordazar (2002), “estos trabajadores eran trasladados en grandes barcos mercantiles, con contratos temporarios para trabajar en haciendas, en la construcción de vías de tren y en minas de oro” (p.94).

Este momento histórico coincide con el período tardío de la Dinastía Qing (1644-1912), y más específicamente con el devenir de las Guerras del Opio (1839-1860). Este avance colonial si bien trajo aparejado un desarrollo de la navegación de ultramar, al mismo tiempo produjo una apertura económica forzada y un recrudecimiento de las malas condiciones de vida de la población. Estos factores, sumados a una alta demanda del trabajo semiesclavo por parte de América (donde la esclavitud fue abolida justamente en la segunda mitad del siglo XIX), explican el fenómeno masivo de los *culies* en el continente³⁰ (Oviedo, 2017). El caso de Argentina será distinto en este último aspecto. Esto se debe a que mientras el comercio de *culies* se realizaba con la mayoría de países latinoamericanos, “Argentina no fue centro de atracción de la inmigración china durante el siglo XIX y gran parte del siglo XX. Incluso se dice que los primeros chinos que arribaron al país lo hicieron indirectamente desde Perú y Chile como braceros y comerciantes” (Chen, 1984: 23).

1.2.2. Los períodos migratorios hacia Argentina

Existen diferentes formas de clasificar los momentos del proceso migratorio chino en el país. Aquí, la periodización propuesta toma como referencia la clasificación más extendida dentro de los estudios sinológicos en Argentina³¹. Así,

²⁹ El término derivaría del homónimo mandarín “*kūli* 苦力” que significa “fuerza amarga” en relación al trabajo duro en condiciones de esclavitud o semiesclavitud.

³⁰ Un ejemplo paradigmático es el de los *culies* en Estados Unidos ya que, durante la segunda mitad del siglo XIX, fueron los encargados de la construcción de las vías férreas de costa a costa, siendo incalculable la cifra de muertos en el proceso debido a las condiciones de trabajo insalubres.

³¹ Vale aclarar que otra perspectiva, posicionada desde los estudios internacionales (Oviedo, 2017), rastrea los diferentes momentos del proceso migratorio siguiendo el criterio de las relaciones diplomáticas entre los Estados involucrados (que en el caso chino serían en un primer momento la República de China, y posteriormente la RPCh y Taiwán). De este modo, también habría tres periodos, pero que irían desde la fundación de la República de China (1912) hasta 1945, año en el que se

pueden trazarse cuatro períodos migratorios con características diferenciales, y en particular, importantes diferencias en lo referente a la inmigración proveniente de Taiwán y la de China continental.

1.2.2.1. Primer periodo

El primer periodo es poco significativo cuantitativamente. Según lo expuesto por Bogado Bordazar (2002), abarca desde 1914 hasta 1949. Así todo, autores como Trejos & Chain (2012) establecen que las primeras corrientes hacia Argentina comenzaron en 1894, durante la primera guerra sinojaponesa. Por el contrario, sí existe consenso en la literatura especializada en que este primer período finalizó en 1949, con el fin de la Guerra Civil China y la fundación de la República Popular China (Bogado Bordazar, 2002; Trejos & Chain, 2012; Denardi, 2015). Los inmigrantes de este período, motivados por razones políticas, provenían del sudeste de China, principalmente de las provincias costeras, y no traían consigo capital considerable, siendo mayoritariamente hombres solos.

Cabe aclarar que, con la fundación de la República Popular China en 1949, se produce una interrupción en el flujo migratorio, siendo profundamente sancionado por la legislación restrictiva propia del periodo maoísta. En el caso de Hong Kong, Macao³² y Taiwán, será distinto, manteniendo el flujo migratorio de ultramar, aunque poco significativo. Se estima, según fuentes extraoficiales, que entre 1960 y 1965 residían en la Argentina alrededor de 1.500 chinos (Sassone & Mera, 2007).

Como caso paradigmático de este periodo, encontramos el del padre de un reconocido periodista y escritor descendiente de chinos por parte paterna, fundador de la revista *Dangdai*. En su libro autobiográfico *Mariposa de Otoño* (Ng, 2017), el autor relata el itinerario migratorio que realizara su padre para arribar a la Argentina:

establecen las relaciones diplomáticas entre este país y Argentina; un segundo momento que comprendería desde 1945 hasta 1972, año en que se proclamó el reconocimiento argentino de la RPCh; por último, un tercer momento que abarcaría desde 1972 hasta la actualidad, subdividido en una corriente de origen taiwanesa en la década del '80 y otra de origen en China continental, en la década del '90.

³² Hong Kong y Macao mantienen un status diferente al interior de la RPCh ya que fueron territorios colonizados por Europa (Inglaterra y Portugal respectivamente) como consecuencia de la derrota producida en las “Guerras del Opio”. Luego de ser recuperadas por la RPCh en la década de 1990, tanto Hong Kong como Macao mantuvieron un sistema de gobierno diferente al de China continental, siendo consideradas actualmente como “regiones administrativas especiales”.

1944, Taishan, provincia de Guangdong, sur de China. Tres nenitos lloran aferrados unos a otros dentro de una casa. Temen que los encuentren los soldados japoneses. Uno de los tres es Ng Ping-Yip, quien se convertirá en mi padre [...]. Los tres chicos acabarán algunos años después en Hong Kong, y mucho más tarde, como todos los Ng de mi familia, terminarán en Nueva York. El camino de mi padre, que fue el primero en salir, incluyó una escala en Argentina. Una escala de 18 años, en la que se hizo argentino, trabajó, tuvo amigos, una esposa, hijos (p.10).

Así, con 17 años, Ng Ping-Yip (quien luego sería rebautizado como “*Pinky*” por los locales) llegó al país en 1954 tras un largo viaje en barco, estableciéndose en San Nicolás, Provincia de Buenos Aires. En la presentación del libro organizada en la Casa de la Cultura China de la ciudad de Buenos Aires en 2017, el autor refirió que su padre vino al país junto a un contingente de técnicos chinos con quienes instaló una fábrica textil en dicha ciudad. Una vez finalizado el trabajo, los demás técnicos emigraron a Estados Unidos, mientras él lo haría años después, en 1972.

1.2.2.2. Segundo periodo

Un segundo periodo comienza a partir de la apertura económica de China en 1978, y con mayor énfasis en los primeros años de la década del '80. El denominado “Proceso de Reforma y Apertura”, fue impulsado por Deng Xiaoping, ya fallecido Mao Zedong y finalizada la Revolución Cultural (1966-1976). En este contexto, muchos taiwaneses, preocupados por una expansión de China sobre la isla de Taiwán, decidieron emigrar (Denardi, 2015). Así, los inmigrantes que llegaron al país durante este periodo eran principalmente provenientes de esta región. Decidían emigrar con toda la familia, y eran poseedores en su mayoría de un capital propio suficiente como para iniciar su estadía en Argentina a través del establecimiento de actividades comerciales. Como establece Bogado Bordazar (2012), durante este periodo se impulsó progresivamente “el desarrollo de asociaciones civiles nacionales, las cuales a la vez ampliaron su vinculación con otras redes internacionales y regionales de chinos de ultramar” (p.132).

En su tesis de maestría (2002), dicha autora establece ciertas causas concurrentes por las cuales fue impulsada la migración china de ultramar hacia Argentina durante las décadas de los '80 y '90. Una de ellas, consiste en la necesidad de superar las posibilidades laborales y económicas de su país (expresado por las familias

entrevistadas en su estudio como “*huir de la desocupación*”), como así de mejorar las condiciones de vida tanto para sí mismos como para sus descendientes. Bogado Bordazar denomina a este tipo de migrante como “migrante internacional laboral o económico” entendido como “toda persona que traspasa las fronteras de su país de origen para establecerse (en forma temporal o definitiva) en otro país de su elección” (p.8). Su motivación radica principalmente en “la necesidad de mejorar las condiciones económicas, laborales y de vida del migrante o del grupo familiar” (ídem).

Asimismo, se pueden establecer secundariamente causas que engloban motivos de seguridad personal. Tanto Sassone & Mera (2007) como Bogado Bordazar (2017) expresan que el miedo a una invasión del comunismo continental hacia la isla de Taiwán se asocia categóricamente a los motivos de emigración. Paralelamente, la capital y principal urbe de Taiwán, Taipei, presentaba una densidad de población con índices muy elevados y problemas sociales, ambientales y de calidad de vida asociados. Estas condiciones influyeron también “en la voluntad de emigrar de grupos familiares, quienes en general elegían aquellos países donde residiera algún familiar o amigo, que le aportara conocimientos sobre la situación política y socioeconómica del eventual país de acogida” (Ibíd.:131). Como veremos, las cadenas migratorias jugarán un papel importante no sólo en este periodo migratorio, sino también en los siguientes. Por último, según refiere Bogado Bordazar (Ibíd.), la situación nacional argentina para comienzos de la década del '80 con el retorno de la democracia, representó un destino prometedor para los nuevos inmigrantes, que buscaban seguridad personal/familiar y desarrollo económico.

Por último, ciertas familias migraron al cono sur de América Latina, con el fin de permanecer un tiempo allí, como lugar de transición hacia otros países como Estados Unidos, Canadá o ciertos países europeos. Este último objetivo se cumplió de manera parcial pues, muchos de los inmigrantes que arribaron a Argentina se establecieron definitivamente en la región al obtener la residencia permanente, entre otros motivos (Bogado Bordazar, 2002).

Este fue el caso de Violeta, taiwanesa que vino de niña al país, junto a sus padres y hermano, en 1987. En una entrevista que le realizara en el año 2019 en su

Centro de “Medicina Tradicional China”³³ en la ciudad de Buenos Aires, me explicaba que para esa época *“hubo un boom de éxodo, de chinos-taiwaneses³⁴ a EEUU, a Canadá, a donde pueda ir, a Australia. Yo tengo muchos amigos de mi generación que ahora, hoy en día viven en Canadá, en Australia, en Nueva Zelanda”*. Agregaba que *“para esa época, siendo un chino-taiwanés ellos siempre tenían como un... fantasma invisible de que los van a perseguir y atrapar en algún momento. Es como una paranoia, ¿no? Yo creo que es a causa de la guerra que sufren mis abuelos”*. Si bien su abuelo murió más joven, Violeta explica que fue a partir de la convivencia con su abuela que vivenció *“la consecuencia del sufrimiento de la guerra, la hambruna, lo de guardarse todas las cosas, lo de pensar que van a caer bombas algún día, que siempre están diciendo que no somos seguros, que no es un lugar seguro”*.

Si bien el temor a una invasión de China continental constituyó el motivo principal de la emigración, sensación compartida por muchos connacionales, la elección del país de destino en el caso de Violeta y su familia, parece haber sido más azarosa. Ella relataba que vinieron a la Argentina por una tía (hermana de su padre): *“yo no sé ella cómo ya había venido antes a Argentina a vivir. Ella venía en ‘83-’84, como mucho más antes que nosotros”*. Su padre, médico y docente de medicina china, tenía como proyecto una vez jubilado emigrar con su familia a San Francisco, Estados Unidos: *“porque en esa época, para todos los asiáticos no existía otro país que sea extranjero que no sea Estados Unidos (se ríe). No sabíamos otro país, sólo Estados Unidos”*. Así todo, Violeta explicaba que:

Nosotros habíamos empacado todo, y en esa época la mudanza era por contenedor. O sea, el mueble entero porque no sabíamos con qué íbamos a encontrarnos, entonces mi papá decía *“vamos a llevarnos todo”*, todo en contenedor, hasta la mesa, sí, todo. Y mi tía se entera de que mi papá se retira, que él decide ir en una nueva búsqueda de vida, de... de mejor calidad, ¿no? Uno siempre supone que va a ser mejor vida. Entonces mi tía, desde Argentina le dice *“vos que vas a dejar todo, que vas a hacer un cierre, ¿por qué no venís a la Argentina a visitarme?, porque Buenos Aires está lindo, el clima está lindo, que la carne se come rica, que la leche tiene sabor a leche...”*. Esas pequeñas diferencias de la vida cotidiana que uno no sabe si alguien no te lo cuenta desde su experiencia.

³³ Allí no sólo brindan servicios de “Medicina Tradicional China” sino que dictan cursos y carreras de formación.

³⁴ Esta categoría será retomada con posterioridad al abordar las tensiones entre chinos y taiwaneses.

Esta misma tía le decía a su padre: “*vení, porque acá al mercado vas a comprar carne por kilo, porque allá es todo por gramo. Vení, porque te comprás un pescado entero, porque allá te cortan en pedacitos*”. Agregaba que su padre siempre le decía que cuando era niño sólo podía comer carne una vez al año, para la víspera del año nuevo chino, ración repartida entre los miembros de la familia, sólo pudiendo compartir “*un bocado*” entre todos. Relataba: “*Entonces él siempre decía, ‘ustedes no saben lo que es la hambre de verdad’ [con énfasis]. Y mi abuelo también decía que cuando no tenían para comer tenían que ir a excavar el barro para encontrar papas y batatas, hortalizas que estaban por ahí*”. Con esa misma experiencia familiar compartida entonces, me comentó que la tía los instó diciendo:

“ustedes no saben lo que es Argentina” [...] Entonces mi papá, un poquito como que le convenció la idea de venir a visitar, vinimos con la idea de visitar e irnos, y luego, ir para San Francisco, como, ya que hacemos toda esta gran movida, y para cuando llegamos acá... mi papá decía, decía... “很舒服 hěn shūfu”, qué linda... “很舒服 hěn shūfu”, como muy cómodo, “todo es muy cómodo, todo es muy grande”.

Así, la familia de Violeta decidió radicarse en el país. Explicaba: “*Nos vinimos y nos convenció la tía y nos quedamos. Sí, esa fue la causa por la que vinimos a Argentina. Irónicamente esa tía ahora se volvió para Taiwán a vivir de nuevo*” (se ríe). Agregó que su tía “*volvió en la época del corralito. Ella tenía un pequeño local de librería y dice que no, que no podía más, no podía más y además ella era docente, y se volvía a retomar su ejercicio como docente en la primaria*”. Como veremos más adelante, con este relato, Violeta resume el nuevo éxodo de los taiwaneses, esta vez para abandonar Argentina en busca de otros horizontes más prósperos.

Por último, Violeta comentó las posibilidades de inversión y crecimiento económico que tuvieron aquellas generaciones de migrantes al asentarse en Argentina. A partir de su caso particular y haciendo referencia al inmueble en el que se realizó la entrevista, relató:

Esta casa es la primera casa, y la única casa que compraron, porque viste que hay muchos taiwaneses en su momento cuando vinieron compraron varias casas. Porque la casa de la época de los '80, no tenía el mismo precio que ahora. Ahora las casas son incomprables, pero bueno. En su momento, tal vez una familia que tenía un cierto poder adquisitivo, que podía salir de su país para hacer la emigración, y encontrar una nueva vida, venían con un cierto ahorro. Y... muchos compraron más de una casa. Como mi papá no es comerciante, no vio esa visión, simplemente, vio que esta casa es cómoda, nos quedamos con esta, con esta casa, que es la única cosa que le reprocho

(se ríe). Pero bueno... mi papá dice es grande y alcanza, y hoy en día la misma casa es una pequeña escuela de medicina china.

En este sentido, explicó que su padre *“no quiso invertir más que una casa”*, a diferencia de sus compatriotas, ya que *“cuando llegamos acá, mi papá no tenía idea todavía de lo que iba a hacer. Él tenía la idea de que iba a ir a un país avanzado, pensando que era Hemisferio Norte, pero terminamos acá, y no teníamos la mínima idea de qué era y cómo era Argentina”*. Además, aclaró que su padre para ese entonces, *“en los primeros años de la vida en Argentina, él viajaba mucho a China porque estaba haciendo la búsqueda de su identidad”*. Este último relato de Violeta en relación a la *“identidad”* de su familia, será retomado en el siguiente capítulo cuando abordemos las trayectorias y construcción de los saberes de la *“medicina china”*.

Por último, Violeta también agregó cómo fue que su familia se diferenció en términos laborales del resto de las familias taiwanesas radicadas en el país, y cómo esto influyó en su niñez:

En su momento, todos los taiwaneses que vinieron acá, sólo pensaban en cómo ganar más plata, porque como te digo, vienen de un trasfondo histórico que tenían mucha inseguridad, mucha inseguridad. Entonces ellos buscaban una seguridad a través de la parte material, ¿no? Entonces era supermercado, era restaurant, era tintorería, era conseguir más plata, era tener ahorro, era tener ahorro asegurado para su próxima generación. Y yo era la única chica, me acuerdo, iba al colegio chino, y era la única chica que no soy hija de un supermercado chino, todos mis amigos tenían supermercado y todos los domingos y fin de semana tenían que trabajar en la fiambrería... era la época que ellos tenían las galletitas en las cajas de lata que tenían que sacar para pesar en gramo, y me contaban lo difícil que era de rechazar ayudar en casa, viste... todos tenían el destino de... yo era la única que no tenía esa vida. Y me acuerdo de cómo me hacían bullying de ser la niña bien. Y yo me acuerdo que decía, *“bueno, pero es que mi papá no sabe otra cosa que medicina china”*, igual no es taaan grave, ¿no? no me trataban tan bien por envidia... Pero es parte de nuestra historia de los inmigrantes.

1.2.2.3. Tercer periodo

Continuando con el criterio cronológico, el tercer periodo migratorio se extiende desde 1990 hasta 1999, y se caracteriza por un flujo importante de inmigrantes provenientes del continente chino, principalmente de las provincias costeras (Bogado Bordazar, 2002). Entre ellas se destaca una mayor procedencia de

Shanghai, Fujian y Guangdong, (Zhang Tuo, 2007) con predominancia actual de esta última. La mayoría de los migrantes, con el fin de encontrar posibilidades para desarrollar sus actividades comerciales, se asentaron en la ciudad de Buenos Aires (Sassone & Mera, 2007).

Esta nueva corriente migratoria tuvo como catalizador la gran reforma económica y productiva impulsada en 1978 por el sucesor de Mao Zedong, y profundizada durante las siguientes décadas. El “Proceso de Reforma y Apertura” trajo aparejado una mayor flexibilización y apertura del país hacia el exterior. Así, también se produjo una aceleración del proceso emigratorio, principalmente de jóvenes solos que migraban sin el grupo familiar. Dichos inmigrantes arribaban al país con escaso capital para establecer una actividad económica, y no poseían contrato de trabajo. Fue la misma red migrante, en su mayoría, la que les proporcionó el primer trabajo (Bogado Bordazar, 2012).

Por otro lado, en 1999 la situación económica de China se vio deteriorada luego de una crisis regional que provocó un serio estancamiento a nivel económico. Se produjeron una serie de despidos masivos en el sector estatal, lo cual generó un elevado número de desempleados. Según Bogado Bordazar (2002), sólo en ese año, las empresas estatales despidieron a casi 6.000.000 de empleados. Esto a su vez acarrió un aumento en la carga de servicios sociales y un mayor endeudamiento público. Esta crisis económica produjo a su vez otra ola migratoria.

En una nota realizada por el diario *La Nación*, un joven entrevistado relata que su padre arribó a la Argentina a mediados de los '90 al quebrar la compañía de sandalias que poseía en Fujian. Allí refiere que:

Allá por la cantidad de gente, le resultaba imposible conseguir trabajo. Y le recomendaron la Argentina, por las posibilidades que ofrecía, además de que el 1 a 1 era famoso. Y vino, como cualquier extranjero que empieza a buscar trabajo. Fue mozo y después cocinero. Juntó plata para ir pagando sus deudas y también ahorró para abrir su supermercado"³⁵.

³⁵ “Argenchina”. *Diario La Nación*. Buenos Aires, 28 de julio de 2013. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/argenchina-nid1604560/>

El joven “*argenchino*”³⁶ agrega que, a fines de la misma década, arribó su madre y posteriormente lograron realizar los trámites necesarios para que el joven pudiera residir de manera legal en la Argentina.

En este periodo migratorio se enmarca el caso de mi profesora de chino mandarín, quien con el correr de la investigación se convirtió en una de mis informantes claves principales. Si bien nuestras conversaciones siempre fueron de índole informal, en una ocasión le solicité si podía realizarle una entrevista para que me narrara en detalle la trayectoria suya y de su familia. Así, me contó que con 27 años arribó al país en 1996, secundando a su marido, quien había venido previamente en 1992. Al explicar el motivo de la migración y la elección de la ciudad de Mar del Plata como destino para radicarse, detallaba:

Mi marido antes trabajaba en una empresa internacional en China, entonces la empresa lo mandó a mi marido acá para comprar pescado. Vino acá para trabajar en una fábrica, y más o menos después de unos años, yo me vine a Mar del Plata. Por eso elegimos directamente Mar del Plata, no fuimos a otro lugar. Igual, mi marido primero llegó a Buenos Aires porque no había fábrica acá, trabajaba desde oficina, después fue a Brasil unos meses, y después cuando abren la empresa en Mar del Plata, lo mandan para acá y ya se quedó.

Además de esta oferta de trabajo concreta, Xia me relató cómo fue que se decidieron por abandonar Beijing y elegir Argentina para radicarse: “*de Argentina yo no sabía nada, nada. La verdad no sé cómo venimos acá (se ríe). Pero en ese momento Argentina nos parecía bueno, 1 dólar-1 peso*”. Agregó entre risas: “*pero después Argentina fue bajando y China subiendo. Nadie sabe... la vida cómo es*³⁷” .

Asimismo, detalló cómo fue el desarrollo laboral tanto de su marido en el rubro pesquero aquí en la ciudad, como el de ella (una vez nacido su hijo y ya escolarizado) en la enseñanza del chino mandarín. Con respecto a su marido, me contó que en un momento decidieron “*salir*” de esa primera empresa “*y fue un error para mí*³⁸” .

³⁶ Esta categoría nativa, hace referencia a la generación de hijos de migrantes chinos, muchos de ellos nacidos en el país. Otros tantos, arribaron al país de pequeños, por lo cual también suelen denominarse “generación 1.5”.

³⁷ En varias oportunidades, Xia refirió cómo, durante los primeros años de su radicación en Argentina, su situación económica era considerablemente mejor a la de sus familiares en China. Así todo, con el paso del tiempo, especialmente después del 2001, la situación comenzó a invertirse.

³⁸ En otras ocasiones me contó que hubiera sido mejor que su marido permaneciera trabajando en esa primera empresa por la estabilidad laboral que brindaba, aunque la oferta de la segunda hubiera parecido más tentadora en ese entonces.

Después trabajamos en otra empresa de dueño chino también, pero privado, no del gobierno. Era el mismo rubro, en una fábrica del puerto, frigorífico, una empresa que ya no está más, se fundió". En lo relativo a sus inicios como profesora de idioma me explicó que se debió a los "Testigos de Jehová"³⁹:

ellos justamente fueron al restaurant chino de unos amigos⁴⁰ y preguntaron al dueño si alguien podía enseñar idioma chino, entonces bueno, me llamó mi amiga, de la Casita china... somos amigos. Me llamó y me preguntó si quería enseñar y dije, bueno, voy a probar, entonces ahí empecé a enseñar, en 2004-2005, por ahí".

Así, por medio de esta primera experiencia, me explicó que encontró su vocación por la docencia:

como me encantó enseñar, llevé mi currículum al Laboratorio⁴¹ y bueno, ahí empecé. Nunca imaginaba mi camino que iba a ser así, como profesora. Pero como no tenía materias de profesora, escribí una carta a la Embajada China y ellos me ayudaron mucho en mis primeros años. Es ahí cuando me mandaron a China a capacitarme como profesora, a Shanghai. En ese momento no había nadie que enseñara idioma, profesor de idioma para enseñar chino como lengua extranjera. Nadie estudiaba chino en ese momento, ¿quién iba a estudiar chino? (se ríe). Ahora es distinto, ahora todo el mundo va a mirar a China.

Cabe aclarar que Xia tiene título universitario de la Universidad de Beijing como contadora, pero no como docente de idioma. Me explicaba que, antes de venir a la Argentina trabajaba en un restaurant muy conocido de Beijing como contadora: *"Tengo el título, pero acá no puedo trabajar de eso. Mi marido también tiene título universitario, él estudió también carrera allá, alimentación o algo de eso, no sé cómo se traduce"*. Este será el caso de otros migrantes arribados durante este periodo, quienes habiendo podido obtener un título universitario en su país, tuvieron que desarrollarse laboralmente en otros rubros, principalmente el alimenticio.

³⁹ Cabe aclarar que, en función de lo aprendido en el campo, el interés de los Testigos de Jehová por el idioma chino mandarín radica principalmente en la profesión de su religión en diferentes lenguas y destinada a una mayor población, además de la hispanoparlante. Xia, me contó que esta familia fue su primer grupo de alumnos, y que contaban con una versión en chino mandarín de la Biblia, la cual utilizaban como recurso central en las clases.

⁴⁰ Uno de los dos restaurantes de "comida china" (de dueños chinos) de la ciudad. Para rastrear las formas de construcción de "lo chino" en torno a la comida, ver Delmonte (2013).

⁴¹ Haciendo referencia al Laboratorio de Idiomas de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

1.2.2.4. Cuarto periodo

Por último, coincidiendo con Denardi (2017), se puede identificar una cuarta corriente migratoria que abarca desde los comienzos de este milenio hasta la actualidad. Cabe aclarar sin embargo que, luego de la crisis económica sucedida en 2001, la migración china en la Argentina presentó ciertas variaciones. Por un lado, aunque no se cuenta con datos oficiales, se estima que el índice de población china y taiwanesa descendió de entre 30 y 50 mil habitantes a unos 20 mil habitantes (Zuzek, 2004). Es de notar que, para ese entonces, los taiwaneses superaban en número considerable a los inmigrantes chinos, tendencia que se revirtió luego de este periodo. En efecto, como relataba Violeta durante la entrevista, su tía volvió a Taiwán “*en la época del corralito*” porque “*no podía más*”. Como ella, muchos taiwaneses volvieron a su tierra de origen, pero mucho otros emigraron a otros países que ofrecieran mayor estabilidad económica como Chile, México, Brasil, Canadá (Bogado Bordazar, 2012) y principalmente, Estados Unidos. Paralelamente a esta emigración, también se produjo una retracción en la inmigración china hacia el país.

Es recién en el año 2005 cuando la inmigración china empieza a ver un incremento significativo, convirtiéndose este periodo de hecho, en el más importante en términos cuantitativos. Según Bogado Bordazar (2002), es a partir de este año que “las nuevas proyecciones de crecimiento económico y la estabilidad social del país resultaron nuevamente atractivas al ingreso de contingentes chinos” (p.7).

Asimismo, en 2003 se sancionó la *Ley de Migraciones* 25.871⁴² la cual, según Nejamkis (2018) “significó una transformación contundente en materia de políticas migratorias luego de 20 años de convivir con una norma altamente restrictiva a la inmigración regional, antidemocrática y contraria al respeto de los Derechos Humanos” (p.372). Si bien más enfocada en la migración regional, la Ley explicita en su capítulo I del título I, los derechos y libertades de los extranjeros tal como sigue:

- “el derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad” (Artículo 4°).

⁴² Publicada en el sitio oficial “Información Legislativa”, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm>

- “El Estado asegurará las condiciones que garanticen una efectiva igualdad de trato a fin de que los extranjeros puedan gozar de sus derechos y cumplir con sus obligaciones, siempre que satisfagan las condiciones establecidas para su ingreso y permanencia, de acuerdo a las leyes vigentes” (Artículo 5°).
- “El Estado en todas sus jurisdicciones, asegurará el acceso igualitario a los inmigrantes y sus familias en las mismas condiciones de protección, amparo y derechos de los que gozan los nacionales, en particular lo referido a servicios sociales, bienes públicos, salud, educación, justicia, trabajo, empleo y seguridad social” (Artículo 6°).

Además, se estipula que “no podrá negársele o restringírsele en ningún caso” a los migrantes, tanto el acceso al derecho a la salud como la admisión en un establecimiento educativo. En ambos casos, las autoridades correspondientes deberán “brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria” (Artículos 7° y 8°).

Por otro lado, la Ley explicita que los migrantes tendrán derecho a que el Estado les proporcione información acerca de sus derechos, obligaciones y requisitos para regularizar su situación migratoria, como así de participar “en las decisiones relativas a la vida pública y a la administración de las comunidades locales donde residan”. Por último, garantiza el derecho de reunificación familiar de los inmigrantes (Artículos 9°, 10° y 11°).

Superada la crisis económica del 2001, y teniendo en cuenta dichos derechos, probablemente la sanción de esta Ley haya investido a la Argentina de un atractivo mayor para los migrantes chinos que arribaron en este periodo.

A diferencia de las migraciones anteriores, la mayoría de los migrantes de este periodo provienen de la provincia de Fujian, ubicada al sudeste del país asiático (ver mapa 1). Como se retratará sobre el final de este capítulo, esta provincia durante siglos ha sido “emisora”⁴³ de migrantes a todo el mundo. En efecto, desde las Ciencias Sociales se ha desarrollado el concepto de “cultura migratoria” (Kandel & Douglas, 2002; Cohen, 2004; Marroni, 2006, entre otros) para dar cuenta cómo ciertos grupos

⁴³ Autores como Liang & Song (2018), utilizan el término “Immigrant-Sending Communities” para referirse a esta característica saliente de los habitantes de Fujian.

posicionan a la migración como una estrategia familiar para mejorar su situación socioeconómica, a la vez que es configurada como un “capital social”⁴⁴ (Marroni, 2006). En el caso chino, autores como Liang & Song (2018), expanden este concepto y proponen el de “cultura de remesas”⁴⁵ para reflejar la historia y la tendencia actual de la migración internacional en esta región. Así, expresan que China es uno de los países que presentan altas tasas de remesas, siguiendo la provincia de Fujian el mismo patrón. En el caso de esta provincia en particular, desde la década de 1980, ha experimentado un aumento significativo de la emigración, principalmente a países del sudeste asiático, pero también a países remotos, como es el caso de Argentina. En adición, como indican los autores, por medio del envío de remesas e inversiones en la comunidad local “algunos de los inmigrantes más exitosos con ascendencia de Fujian han contribuido enormemente al desarrollo económico de la provincia” (p.2).

En un plano más micro, puede verse cómo se despliega esta “cultura de remesas”, a partir del relato de Lili, joven fujianesa. Caminando por la costa marplatense un domingo que salimos a pasear con su familia, me dijo: *“yo quiero que mi hija estudie como vos, que vaya a la universidad, por eso trabajar mucho, mucho. Para ella tener más... 机会 Jīhuì, no sé en español cómo se dice... [se ríe, y acoto: “más oportunidades”], sí, eso, más oportunidades”*. El caso de Lili no es aislado, sino que al igual que los demás migrantes que conocí, envían periódicamente remesas a sus hijos y padres, para educación, manutención y ahorro.

En este sentido, el caso de Fujian en cuanto a la configuración de esta “cultura migratoria” o “de remesas” parece ser paradigmático en relación a otras provincias chinas. Por un lado, se suele destacar su proximidad con el mar y el aislamiento geográfico con china continental producido por la cadena montañosa que rodea a la provincia, y por el otro, la pobreza característica de la región (Denardi, 2017).

⁴⁴ Para profundizar el debate sobre este concepto, ver Rivero Sierra (2018).

⁴⁵ Traducción propia de “Culture of remittances” (original en inglés).



Mapa 1. Provincia de Fujian, ubicada en el sudeste de China, en frente a la Isla de Taiwán. Conformada por una superficie de 139.000 km², tiene una población de más de 38 millones de habitantes (2017). Fuente: *China Today*⁴⁶.

Volviendo al contexto local, como explicaba a un diario local el presidente de la Asociación de Comerciantes Chino-Argentina (inmigrante chino proveniente de Shanghai, arribado a la Argentina hace más de 50 años), los fujianeses que arriban en este periodo, traen consigo “entre 10 y 20 mil dólares, pocas veces propios, casi siempre prestados”⁴⁷. Con este capital suelen establecer supermercados, los cuales ya constituyen parte del paisaje urbano en muchas ciudades argentinas. La mayoría de ellos se ubica en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), y en menor medida en ciudades importantes del país como Rosario, Córdoba y Mar del Plata. Asimismo, empiezan a establecerse en lugares más remotos y pequeños, como en algunos pueblos del interior.

La mayoría de mis interlocutores arribaron al país en este periodo, siguiendo cadenas migratorias a partir de un familiar ya asentado en Argentina. En un primer momento, la gran mayoría se estableció en el AMBA, trabajando en supermercados de familiares o amigos por algunos meses o años, hasta que luego decidieron radicarse en Mar del Plata, también ante el llamado o recomendación de algún conocido. Cabe

⁴⁶ Disponible en: <http://www.chinatoday.com/city/fujian.htm>

⁴⁷ Los chinos de acá”. *Diario Clarín*, Buenos Aires, 08 de mayo de 2005. Publicado en el sitio oficial de la Embajada de la República Popular China en Argentina. Disponible en: <http://ar2.mofcom.gov.cn/article/bilateralvisits/200505/20050500086780.shtml>

aclarar que es habitual que en un mismo supermercado trabajen varios migrantes, con lazos de parentesco diversos que trascienden el núcleo familiar. Así, cuñados, primos, tíos, sobrinos, comparten la vida cotidiana, tanto laboral como doméstica ya que suelen habitar viviendas ubicadas en el mismo establecimiento comercial (en un primer piso, o al fondo). Incluso, los vínculos familiares suelen trascender el mismo comercio, estableciendo redes de supermercados, en las cuales muchas veces circulan de un establecimiento al otro.

Al tratarse de la población que primará en la presente tesis, su descripción se irá profundizando en los siguientes apartados y capítulos. Ahora, será conveniente detenerse en la diferenciación existente entre los migrantes provenientes de China continental y de Taiwán.

1.3. Tensiones entre taiwaneses y chinos continentales

Además de las diferencias expuestas entre estas dos poblaciones en relación al proceso migratorio y sus características, pueden encontrarse otras divergencias que es fundamental relevar. Para esto es importante considerar que, desde el relato predominante entre los actores, a pesar de que ambos grupos “*comparten una historia y cultura milenaria*”⁴⁸, fue a partir de 1949 que comenzaron los conflictos. Esto se debe a que, con la victoria comunista sobre el continente, los opositores (principalmente miembros del partido nacionalista Kuomintang -KMT-), se replegaron hacia la isla de Taiwán. Así todo, como veremos, hay diferentes posicionamientos al respecto.

Resulta de gran valor analítico la investigación realizada por Luciana Denardi (2015) sobre los sentidos de “ser chino” en Buenos Aires. Allí, la autora rastrea las categorías morales en relación a la identidad, buscando una explicación a partir de las trayectorias biográficas de los migrantes. Es así que propone dos categorías analíticas, herramientas fundamentales para comprender la relación entre chinos y taiwaneses.

⁴⁸ Esta expresión la escuché en reiteradas ocasiones durante el trabajo de campo, especialmente en eventos masivos organizados por asociaciones migrantes, por la Embajada de la RPCCh o en programas televisivos de gestión “*argenchina*”. El adjetivo “milenario” hace referencia al relato nativo en el cual China tiene más de 5000 años de historia “*ininterrumpida*”, tomando como punto de partida de esa línea cronológica la era del Emperador Amarillo (黃帝 *Huángdì*).

Estas categorías, “chino en sentido amplio” y “chino en sentido estrecho”, implican posiciones morales que pueden ser adoptadas por los migrantes de una u otra forma según el contexto de enunciación. Por un lado, ser “chino en sentido estrecho” refiere a aquel “inmigrante que proviene de zonas donde se reconoce la jurisdicción de la República Popular de China” (p.89). Por otro lado, “ser chino en sentido amplio”, refiere a “aquellos que, por sus costumbres y antepasados, se sienten pertenecientes a la cultura china, que excede a la cultura de los habitantes de la República Popular de China” (Ídem). De esta forma, hay inmigrantes taiwaneses que se autoadscriben como chinos por considerarse parte de una “*cultura milenaria*” común, independientemente del conflicto político relativamente reciente. Es decir, como refieren muchos migrantes, alrededor de 70 años en contraposición a casi 5000 de historia y cultura china (Denardi, 2013). Otros, por el contrario:

dependiendo de quién esté al frente o quien realice la pregunta, se distanciará o se acercará a los chinos en sentido estricto. Porque si piensa en la cultura milenaria china y en los antepasados, no dudan en considerarse chinos. Pero si piensan en los inmigrantes chinos que se encuentran en Argentina, tienden a diferenciarse para no ser confundidos, ya que para los taiwaneses ser chino en sentido estricto, y particularmente proveniente de Fujian, es equivalente a ser poco educado (p.25)⁴⁹.

Por último, también hay inmigrantes taiwaneses que bajo ningún concepto se autoadscriben como “chinos” (ni en sentido amplio, ni en sentido estrecho), diferenciándose completamente de ellos por considerarlos “*tramposos, poco educados y sucios*” (Denardi, 2016:143). Este pareciera ser el caso de un hijo de taiwaneses, dueños de un restaurante inaugurado en 1989 en Buenos Aires. Entrevistado por el diario *La Nación*⁵⁰ explicaba que:

muchos taiwaneses abandonaron la Argentina por la hiperinflación. Tengo amigos que en esa época se fueron a Canadá y Estados Unidos [...] Éramos todos taiwaneses hasta 2006, que fue cuando entraron los chinos a falta de personal taiwanés. Los propietarios de los locales comenzaron a contratar chinos en restaurantes y regalerías, porque no está en la preferencia de los padres taiwaneses tener a sus hijos en sus negocios. Ellos te inculcan que hagas una carrera, completes sí o sí la Universidad. El chino que viene a la Argentina, lo digo sin desmerecer a nadie, llegó del interior de China, no de grandes ciudades, y no está mentalizado para el estudio, aunque sí para el trabajo. Crecen y

⁴⁹ Tal como indica Bartolomé (2000), y como respalda el caso planteado por Denardi, “un protagonista puede asumir una o varias de esas identidades alternativas según se defina el contexto donde se realiza la interacción” (p.191).

⁵⁰ “Argenchina”. *Diario La Nación*. Buenos Aires, 28 de julio de 2013. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/argenchina-nid1604560/>

tienen que empezar a trabajar [...] Al principio tomaba distancia del chino, pero después me fui adaptando, los vas conociendo. Pero no hablamos de política, es un tema tabú.

En el caso de mi trabajo de campo di con dos formas de adscripción opuestas por parte de los migrantes taiwaneses, las cuales dan cuenta de las tensiones mencionadas más arriba. Por un lado, en el caso de Violeta puede verse una adscripción “en sentido amplio”, además de la utilización de una categoría que nunca había escuchado antes en el campo, que es la de “*chino-taiwanés*”⁵¹. A su vez, Violeta adscribe a la noción de “*cultura milenaria*”, compartida por los chinos continentales y por aquellos taiwaneses que, según el contexto, se autoadscriben también como “chinos”. Al respecto comentaba:

Es característica de la cultura china, es nuestra propiedad que nunca se cortó, nunca desapareció, después de miles de años, siempre fue una práctica constante, continua. También lo mismo con el tema de la escritura, hubo algunas evoluciones del aspecto estético, pero siempre fue el mismo carácter, en distinto tiempo, pero sigue siendo la misma escritura. Eso es algo muy, muy chino.

Asimismo, Violeta resaltaba cómo ella y su familia suelen resolver la tensión entre esta doble adscripción, la de “*chino-taiwanés*”, posición que les ha sabido traer conflictos entre sus “*paisanos*”⁵². Así, en su narrativa puede destacarse la supuesta característica “apolítica” de la “*medicina china*”, aspecto que resaltará también en otro relato citado más abajo. Asimismo, enfatizó la noción de “chino” como calificativo que engloba e incluye a la de “taiwanés”.

Mi papá siempre dice: “*Ah, gracias a Dios que nos dedicamos a la medicina china*”. Porque mi papá trabaja en medicina china, y yo siempre fui “*la hija de un médico chino*”, y uno nunca dice “*medicina taiwanesa*”. Pasa igual cuando uno come comida china no dice voy a comer con “*palitos taiwaneses*”, como con “*palitos chinos*”. Entonces, hay ciertas cosas en las que nosotros “*zafamos*” en ese aspecto. Porque mi papá decía, “*si hoy en día nos dedicáramos a la política, es otro destino*”. Y justamente medicina china es para todos, uno no puede diferenciar la condición, de darle medicina para porque si sos chino, argentino, taiwanés o coreano. Él en ese aspecto fue muy beneficiado y nunca tuvo problema. También es una muestra de que él trabaja

⁵¹ El uso de esta categoría en el caso de Violeta parece ser intercambiable con la de “chino en sentido amplio”, ya que por momentos utilizaba simplemente la de “chinos”. Por ejemplo, al relatarme cómo llegó su familia al país, me dijo: “*en aquella época, en el '87, chinos éramos pocos, en la calle éramos pocos, no como ahora que tenés un súper chino en cada cuadra, no*”.

⁵² Esta categoría nativa es ampliamente utilizada por los migrantes para hacer referencia a sus connacionales. Al igual que en el caso de las adscripciones “chino en el sentido amplio” o “chino en el sentido estricto” descritas por Denardi (2015), los taiwaneses al hablar de “*paisano*” pueden estar refiriendo a los chinos continentales o no, según el contexto o el interlocutor.

justamente en un rubro académico, o sea, si uno se dedica a lo académico no puede haber una contradicción justamente de rechazar al otro por términos políticos. Entonces él siempre dice que tenemos que estar muy agradecidos de que nos dedicamos a la medicina, porque medicina china va y funciona para donde vayamos.

Por otro lado, también comentó cómo fue el comienzo del desempeño profesional de su padre cuando llegaron al país, y la relación que comenzó a tener con la “colectividad” ya previamente asentada: *“cuando nosotros venimos acá, entre los paisanos taiwaneses empiezan a correr las voces de que ‘hay un médico chino, hay un médico chino’”*. Acto seguido aclaró nuevamente: *“Mirá que entre ellos dicen ‘médico chino’, no dicen ‘médicos taiwaneses’, es ‘el que hace medicina china’ sería”*. Entonces, *“muchos que no hablan castellano, que no les gusta ir al hospital, que no quiere que le vea un extranjero, venían acá porque se enteraron que hay un médico chino”*. A raíz de estas consultas, explicó que *“empezó a atender así, como de cortesía, no a nivel profesional, a paisanos, de boca en boca, a amigos”*.

En efecto, agregó que su padre fue uno de los primeros y pocos taiwaneses estando en Argentina que siempre tuvo una “buena relación” con la Embajada de la República Popular China. En efecto, explicaba:

En los comienzos de nuestra vida en Argentina era mayor la proporción de inmigrantes taiwaneses que los chinos de la China continental y... muchos funcionarios de la Embajada China al no tener acceso, o no tener facilidad de ir a ver médico o al hospital, por una cuestión de idioma, venía acá. Venía acá y nos hacíamos amigos, hacíamos intercambio cultural, porque si bien somos todos chinos, pero no es lo mismo en la región taiwanesa que la de ellos, entonces... tenemos una buena relación con la República Popular China.

El vínculo entre Violeta y su familia, y la Embajada de la RPCh continúa hasta la actualidad. Efectivamente, su Centro de “Medicina Tradicional China” es invitado con frecuencia a los eventos en los que participa la Embajada. Como decía Violeta: *“yo soy una de las pocas caras chinas-taiwanesas que soy convocada por la Embajada China para los eventos a nivel público, porque... es por una cuestión también política*. En este sentido, Violeta interpreta que probablemente la convoquen desde la Embajada por su posición en relación a dicho conflicto político. Así, explicaba: *“yo considero que no hay que hacer política justamente con lo que yo sé... yo hago cultura, y en el*

*caso de filosofía*⁵³ *pasa lo mismo. Pero yo respeto también la postura de mis amigos... de ambos lados, digamos, ¿no?*". Es interesante aquí notar cómo "la cultura" (entendida aquí como medicina, filosofía o prácticas culturales) o "lo cultural", es desvinculado por ciertos sectores migrantes de "lo político". En efecto, el apoyarse en la concepción de "la cultura china" como "milenaria y continua", permite a Violeta y a su familia evitar conflictos morales y políticos con sus "paisanos".

Así, comentaba también que, si bien tanto ella como su familia mantienen esta posición respecto a China continental, son conscientes que muchos connacionales, no. Así, explicaba que:

hay algunos de nuestros paisanos de Taiwán que en este aspecto son muy sensibles, ¿no? Que ellos no se sienten identificados ni para nada, ni comparten con los chinos del otro continente, pero mi papá siempre decía: "ah, no sé, yo me dedico a la medicina" (se ríe), no entramos en ese conflicto.

Asimismo, entre risas comentó otra estrategia para resolver conflictos de tinte político entre "paisanos": "Tengo amigos que me desafían y me dicen: 'si te damos bandera de Taiwán y China, ¿cuál vas a agarrar?' y yo les digo: 'yo voy a agarrar la de Argentina, porque hoy vivo acá, pago impuesto acá, mis hijos van al colegio acá, mis hijos son argentinos'".

Por otro lado, en las antípodas de Violeta, se encuentra el caso de dos familias taiwanesas que conocí en Mar del Plata. Cabe aclarar aquí, que el número de migrantes taiwaneses en la ciudad es muy pequeño. Como vimos más arriba, Mar del Plata también vio una merma de este colectivo durante la crisis del 2001. En efecto, conversando con Hua⁵⁴ en una ocasión, me dijo que si bien en el pasado habían sido

⁵³ Violeta hace referencia a la filosofía porque, mientras su hermano estudió Medicina (primero en la UBA, y después en China), ella estudió Filosofía en la Universidad de Taipei. Por otro lado, al hacer mención que "hace cultura" probablemente se refiera al rol que ella cumple en ese tipo de eventos. En ellos, suele officiar o bien como (co)conductora, por ejemplo, del Año Nuevo Chino, o bien para realizar la "ceremonia del té" (o "arte del té" 茶艺 *cháyì*, 茶道 *chádào*, respectivamente). Esta actividad es una de las más habituales que se realizan en este tipo de eventos, junto con demostraciones de 太极拳 *Tàijíquán* o 气功 *Qìgōng* ("Tai Chi" y "Chi Kung", como son conocidos en Argentina).

⁵⁴ Junto con su hermana, Hua (de unos 50 años) posee una tienda de comida vegetariana por peso en la zona céntrica de la ciudad, en la cual la conocí en un primer momento como clienta. Cada vez que iba intercambiábamos unas palabras en chino a lo cual ella siempre contestaba con una sonrisa. En una ocasión, en el año 2019, coincidimos en un viaje en colectivo a la ciudad de Buenos Aires. Nos habían tocado asientos distintos pero al estar el de mi acompañante vacío, se sentó conmigo y fuimos conversando todo el camino. Desde ese momento quedamos en contacto vía Whatsapp y la relación trascendió la de simplemente "clienta-vendedora".

muchas más, en la actualidad eran en total unas cinco familias taiwanesas, al menos que ella conociera.

En dicho encuentro, al conversar sobre prácticas de salud, me dio ciertas recomendaciones sobre el cuidado durante el periodo menstrual, como así para el posparto (las cuales serán retomadas en el cuarto capítulo). La concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad y las prácticas de salud que relataba, guardaban extrema similitud con las propias de las migrantes de China continental con quienes había realizado trabajo de campo al momento. Le comenté esto y pregunté su opinión respecto a dichas coincidencias. Comenté si se deberían a esa “*cultura antigua y continua*” de la que me habían hablado otros interlocutores, precedente al conflicto político del último siglo, y en este caso, cristalizada en los saberes y prácticas de la “*medicina china*”. Su respuesta fue contundente: “*los chinos quieren hacer creer eso que Taiwán antes era provincia de China, pero nada que ver. Son dos países distintos, sin historia en común, nada que ver*”.

La otra familia de origen taiwanés, con quien había entrado en contacto ya varios años antes⁵⁵, guardaba una posición similar al respecto, pero en ciertos aspectos no tan categórica. Es decir, reconocían que Taiwán había sido una provincia de la hoy República Popular China (de ahí, en efecto, deriva su nombre oficial como “República de China”) ocupada a partir de 1949 por los exiliados a partir de la victoria comunista. Sin embargo, siempre marcaron una clara distinción entre el “ser chino” y el “ser taiwanés”. En reiteradas ocasiones se refirieron a los chinos continentales como “sucios”, “brutos” y de baja educación. También hicieron referencia al temor de una avanzada comunista sobre la isla, motivo por el cual descartan por completo la opción de volver a su país, a pesar de que la situación económica en Argentina la consideren difícil.

En una ocasión en particular, tras volver de mi estancia en China, Marisa y su familia me invitaron a tomar té a su casa para que les contara del viaje. Esa fue la primera vez que compartí un momento prolongado con los padres de Marisa y sus

⁵⁵ Fue en 2013 cuando conocí a Marisa, hija de matrimonio taiwanés, quienes vinieron al país junto a sus tres hijos (Marisa y dos hermanos menores). Al igual que Hua y su hermana, también poseen una tienda de comida vegetariana por peso (son las únicas dos de la ciudad gestionadas por taiwaneses). Estudiante de Bioquímica en la Universidad Nacional de Mar del Plata, solía dar clases de chino particular durante sus ratos libres, entre el estudio y el trabajo, y así fue como la conocí. Fue mi primera profesora de idioma y desde ese entonces guardamos una relación de asidua amistad, habiendo compartido varios encuentros en su hogar con ella y su familia.

hermanos, a quienes siempre veía fugazmente cuando la iba a visitar a su hogar. En ese encuentro, en el cual me agasajaron con una “*ceremonia del té*”⁵⁶, conversamos de varios temas además. Entre ellos, me contaron sobre su llegada a la Argentina, sobre el trabajo del padre de Marisa en Taipei como farmacéutico, y de forma ocasional, surgió el tema de la tensión política con China continental. Cabe aclarar que, para ese entonces, fines de 2018, se produjo un reavivamiento del temor por parte de los taiwaneses de una avanzada de China continental. Esto se debió a que, en ese año, el KMT (paradójicamente el partido que en su momento impulsó la independencia de Taiwán) había ganado las principales alcaldías en la isla, sacando una amplia ventaja al partido gobernante, reacio a establecer lazos amistosos con el gigante asiático y de clara orientación independentista. A raíz de esta derrota electoral, la familia de Marisa mostró una gran aprensión y comentó (Marisa traducía al padre quien tiene un escaso manejo del español): “*en algún momento nos gustaría volver a Taiwán, cuando seamos mayores... pero hay rumores de que si gana el KMT van a unir Taiwán con China... así que estamos mejor acá, no va tan bien lo económico, pero estamos seguros y tranquilos*”.

Por último, en una situación en particular pude presenciar en acción esta tensión entre posturas políticas y de identificación opuestas. En septiembre de 2016, la Universidad Argentina de la Empresa (UADE) organizó un evento en la ciudad de Buenos Aires, titulado “*Identidades chinas en Buenos Aires*”⁵⁷. Habían sido convocados representantes de la diáspora para compartir sus trayectorias y experiencias relacionadas a la vida en Argentina. Los migrantes (o hijos de migrantes), quienes provenían tanto de China continental como de Taiwán, tuvieron un espacio de presentación individual, para luego dar comienzo a una ronda de preguntas. Con un

⁵⁶ En pocas palabras, la “*ceremonia del té*” consiste en un ritual de agasajo que se ofrece a invitados en el hogar o se realiza por algún evento familiar en particular. Se utilizan varios elementos además de la tetera y los cuencos, los cuales deben utilizarse siguiendo un modo y orden estrictos para su correcta concreción. Como me explicó Violeta en su momento: “*es algo que siempre hacemos en casa como si fuera un ritual, ¿no? Cuando hay una fiesta, cuando viene un amigo, cuando queremos agasajar a alguien*”.

⁵⁷ En el siguiente sitio “*argenchino*” puede encontrarse una cobertura del evento en mandarín. Ver: “*Chinos residentes en Argentina cuentan la ‘historia china’ a universitarios argentinos*” [Traducción propia, artículo original en chino mandarín: “*旅阿华人向阿根廷大学生讲述 ‘中国人的故事’*”]. *Red China Argentina*. Buenos Aires, 30 de septiembre de 2016. Disponible en: <https://www.argchina.com/html/show-3313.html>

auditorio repleto, cada orador relató cómo fue que su familia llegó a Argentina, y cómo había sido su integración y desarrollo profesional en el país. Entre ellos, hablaron un reconocido locutor, un actor (ambos mencionados más arriba), un cineasta, Violeta (como representante de su Centro de “Medicina Tradicional China”), y los directores de la revista *DangDai*, entre otros.

Sobre el final del evento, ya habiendo expuesto todos los oradores sin inconvenientes, llegó el turno del locutor. Desplegando sus habilidades oratorias relató de manera dinámica su experiencia, y explicó que, a pesar de haber nacido en Taiwán, era “chino” porque “*la cultura china es una sola. Es la cultura continua más antigua de la humanidad, con más de 5000 años de historia*”. En efecto, parafraseada, esta expresión sería el slogan de su programa televisivo que conduciría a partir de 2017, llamado “*Milenarios*”⁵⁸. En ese momento, se produjo un cruce de miradas entre algunos de los presentes, y el orador fue interrumpido por el cineasta. En tono aireado lo increpó por apelar a la noción de “*una China*”⁵⁹ y que era una ofensa para todos los taiwaneses que no pensaban de esa manera. El locutor, elevando el tono de voz y con clara ofuscación contestó: “*ahh, ¡por favor!, ¡no vamos a hablar de política justo acá!*”. En respuesta, el cineasta arguyó en tono ofuscado: “*sos vos el que habló de política*”. El locutor, aunque aún un poco desencajado, resolvió la situación diciendo que era un “*tema delicado*” y que no era el lugar para debatirlo, prosiguiendo con su presentación. Ninguno de los otros oradores añadió comentario alguno, mostrando expresa incomodidad. Aunque el cineasta permaneció con mueca de disentimiento, pasó el momento de tensión y el evento retomó su cauce. Esta situación, además de poner en evidencia el “*tabú*” que representa el hablar de política, al menos en ciertos ámbitos, muestra cómo dos personas provenientes del mismo lugar, poseen perspectivas muy distintas al respecto de su adscripción identitaria.

⁵⁸ La presentación del programa más concretamente versaba: “*Entre las grandes civilizaciones del mundo, la de China es única porque es la cultura continua más antigua. Para el imaginario social siempre fue un misterio, y por el decir de la gente, lo sigue siendo aún. La intención es abrir una puerta, pero con el plus de una mirada particular. La de una primera generación de chinos comunicadores, criados y educados en Occidente. Decía Lao Tse, todo viaje de mil millas comienza con el primer paso. Bienvenidos, esto es Milenarios*”. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=MqKI9KSQ_9E

⁵⁹ Haciendo referencia a la postura adoptada por la RPCh de “*Un País, Dos Sistemas*”, noción propuesta por Deng Xiaoping en la década de 1970, dentro de la cual quedan incluidos bajo el paraguas chino diferentes sistemas económicos y políticos como es el caso de Taiwán, Hong Kong, Macao y el Tibet.

1.4. Datos demográficos

Como suele suceder en todo estudio migratorio, existen serias diferencias en los índices poblacionales, pudiendo encontrar datos sumamente diferentes según el ente que realice el relevamiento. Así, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), en el año 2001, se contabilizaron 4.184 inmigrantes chinos en el país; duplicándose la suma para el año 2010, arrojando un total de 8.929 migrantes chinos censados⁶⁰.

A diferencia de estos datos estadísticos, según Miguel Ángel Calvete, titular de Cámara de Autoservicios y Supermercados de Residentes Chinos en la Argentina (CASRECH), para el 2010, el número de migrantes chinos ascendía a 120.000⁶¹⁻⁶². Asimismo, Según el Ministerio del Interior y el Departamento de Inmigración de Argentina, 60.000 chinos llegaron a partir del año 2005 (Oviedo, 2017). Por último, en el año 2016, el Embajador de China en Argentina de ese entonces, Yang Wan Ming, expresó públicamente que el número de migrantes chinos había alcanzado los 180 mil (NG & Restivo, 2018).

Con respecto a la población taiwanesa, actualmente, se estima que sus residentes ascienden a 20.000 o 30.000 y representan el 20% de la población china que reside en el país (Denardi, 2013).

En cuanto a la distribución de los inmigrantes, la mayoría de ellos reside en Capital Federal y en el gran Buenos Aires (alrededor de un 80%). La población restante en otras ciudades bonaerenses como La Plata, Mar del Plata y de manera irregular en otras ciudades más pequeñas; como así en otras provincias tales como Córdoba, Mendoza, Tucumán, Entre Ríos, Santa Fe, Río Negro, Neuquén y Santa Cruz (Zhang Tuo, 2007). Cabe aclarar que la mayor concentración de población en las zonas metropolitanas es a su vez, característica del asentamiento de esta comunidad en otros países del mundo (Bogado Bordazar, 2002).

⁶⁰ Datos extraídos del INDEC: http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp

⁶¹ “La comunidad china en el país se duplicó en los últimos 5 años”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 27 de septiembre de 2010. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/comunidad-china-duplico-ultimos-anos_0_Syfy52TDQe.html

⁶² “China in Argentina: A Belated Debut”. *America's Quarterly*. Nueva York, 16 de noviembre de 2011. Disponible en: <http://www.americasquarterly.org/taxonomy/term/2490>

1.5. De costa a costa: Mar del Plata como destino de la trayectoria migratoria

Realizando trabajo de campo en el hogar de una familia china⁶³, Mimi (fujianesa, 26 años), madre de mellizas, me contó cómo fue que habían decidido vivir en Mar del Plata, luego de haber residido en el conurbano bonaerense por un tiempo luego de su arribo de China. Así, me contó que sus padres ya residían en la ciudad costera desde hacía un tiempo y les habían dicho a ella y a su marido que había “*mucho trabajo*”, además de ser una ciudad “*linda y tranquila*”. Estas palabras las escucharía asiduamente a lo largo de la investigación en los relatos de los migrantes. Así, la posibilidad de crecimiento económico, además del atractivo de la ciudad en comparación a otras con ritmos de vida más vertiginosos, fueron los factores más mencionados. Asimismo, estos comentarios llegaron a sus oídos a partir de otros parientes o amigos ya instalados en la ciudad. De este modo, las cadenas migratorias y las redes familiares son las que jugaron el factor decisivo en la mayoría de los casos.

Este fenómeno se asocia con el tipo de emigración que establece la diáspora china, que es precisamente a través de cadenas migratorias ya existentes. Así, como plantea Bruneau (2010), una de las características de la diáspora reside en que la elección de los países o ciudades destino está basada en cadenas migratorias. Estas redes, vinculan a los nuevos migrantes con los ya instalados en la sociedad receptora, oficiando como facilitadores del arribo, primera estancia e ingreso al mercado laboral. Es habitual entonces, que los chinos que emigran hacia Argentina, contacten a las redes mencionadas, antes de partir de su país de origen, y luego participen en ellas una vez instalados en el país receptor (Bogado Bordazar, 2002).

Al igual que en el resto del país, la mayoría cuantitativa de migrantes en la ciudad es oriunda de Fujian, siendo muy pequeña la proporción de migrantes provenientes de otras regiones. Según lo recabado aquí, los suegros de una de mis interlocutoras, Ling (30 años), fueron los primeros del cuarto periodo migratorio en arribar de Fujian a la ciudad, más concretamente, en el año 2002. En una entrevista que le realizara en julio de 2019 a la abogada representante legal de CASRECH en Mar del Plata y la zona, me contó que fueron cinco los “pioneros” en arribar a la ciudad:

⁶³ Noviembre, 2013.

llegaron cinco personas juntas, que después fueron cinco supermercados, pero primero abrieron uno. Algunos eran parientes, otros amigos. Abrieron primero un local como socios, abrieron un segundo local como un desprendimiento, se les pagó las partes a esas personas, esas personas a su vez abrieron su segundo local, y así sucesivamente”.

De esos cinco “pioneros”, cuatro permanecen en la ciudad y han sido los precursores de las cadenas migratorias que han traído a más familiares y amigos a la ciudad. El quinto, retornó a China después del 2013, debido al saqueo que se produjo en su supermercado durante el paro general de las fuerzas policiales ese mismo año.

Cabe aclarar que, como sucede a nivel país, en la ciudad también son por el momento escasos los datos demográficos con los que se cuenta. Según el diario *La Capital*⁶⁴, en un suplemento del año 2012, a la fecha de publicación, se tenía un recuento superior a 500 chinos habitando en la ciudad. Asimismo, en la entrevista realizada en 2019, la mencionada abogada estimó que residen en la ciudad entre unos 1500 y 2000 inmigrantes chinos (considerando a sus hijos, muchos de ellos ya argentinos). Por otro lado, son 130 los supermercados de propietarios chinos registrados en la ciudad.

1.5.1. Actividad laboral

Como mencionara anteriormente, la mayoría de los inmigrantes chinos que arriba en este cuarto periodo se dedica al comercio en el rubro de alimentación, más concretamente, al de los supermercados. Esto es así al punto tal que, en la actualidad, dichos comercios “forman parte de la vida cotidiana del pueblo argentino” (Zhang Tuo, 2007: 58). En efecto, las frases cristalizadas en el hablar cotidiano como “*ir al chino*” reflejan este contacto asiduo con la población. Así todo, a pesar del grado de familiaridad que puede aparentar esta expresión, en realidad suele ocultar un alto grado de incomprensión y desconocimiento hacia ese “otro”. Puesto desde otra perspectiva, la expansión global de China ha alcanzado rincones alejados del gigante asiático, siendo el caso de “*el chino*”, una muestra elocuente de ello. Esta expansión, seguida de una reconfiguración no sólo geográfica sino en los modos de comprar y habitar en

⁶⁴ “Historias de Ida y Vuelta Sobre migrantes en el 138° Aniversario de Mar del Plata”. Diario *La Capital*. Mar del Plata, 10 de febrero de 2012.

los barrios, ha puesto en interacción a actores previamente distantes, encuentros que no siempre se suceden libres de conflictos o tensiones. Así, diversas categorías y valoraciones se configuran en esas interacciones, a la vez que se ven catalizadas o reconfiguradas ante situaciones globales/locales como es el caso actual de la pandemia del Covid-19⁶⁵. Es de hecho en este contexto que ha podido visualizarse en mayor medida algo que estaba latente en otras circunstancias, esto es, las diferentes maneras en que la sociedad receptora construye a este “otro exótico”⁶⁶ el cual, al mismo tiempo, distante y cercano, forma parte del paisaje cotidiano urbano.

Yendo a un plano cuantitativo, según cifras publicadas en una nota del diario *La Nación*⁶⁷ del 1988, la cantidad de supermercados en Capital Federal a la fecha, era de alrededor de 150, como así existían unas 300 casas de comida. En el año 2006, la suma de ambos comercios, había ascendido a más de 2.000 (Sassone & Mera, 2007). Zhang Tuo (2007), indica que, según estadísticas estimativas, en el año 2007, la cifra de supermercados y/o autoservicios chinos en la Argentina era de alrededor de 4.000. A su vez, explicita que dichos comercios se encuentran concentrados mayoritariamente tanto en la Capital Federal como en la provincia de Buenos Aires, presentando una tendencia, desde el 2004 aproximadamente, a establecerlos también en otras provincias. Según el diario *La Nación*⁶⁸, esta cifra alcanzaba para el 2013 los 7.000 supermercados a nivel nacional. Por último, la información más actual es provista por CASRECH. En su sitio web explicita que la Cámara “nuclea actualmente a 19 Asociaciones Chinas de la República Argentina y 8.598 Supermercados en todo el país”⁶⁹, de los cuales unos 3.500 se encuentran en el AMBA, y 130 en Mar del Plata.

En relación a la elección del rubro comercial, el diplomático de la Embajada

⁶⁵ En este contexto, fueron múltiples las muestras de xenofobia hacia la población china por parte de la sociedad local. Tanto en medios de comunicación como en redes sociales se hizo masiva la propagación de “memes” o “fake news” colocando a China y su población como chivo expiatorio de la situación epidemiológica global.

⁶⁶ Si bien escapa al alcance de esta tesis, es de notar que desde la sociedad receptora se suele retratar “al chino” como un actor en el cual convergen diferentes representaciones. Así, suelen coexistir, por un lado, construcciones condenatorias como “sucio”, “bruto”, “ignorante”, etc., y por el otro, imágenes contrapuestas de ese “otro” como representante de una sabiduría milenaria con valiosos conocimientos y prácticas (como pueden ser la “Medicina Tradicional China” -especialmente la acupuntura-, el Tai Qi y el Feng Shui).

⁶⁷ “Los inmigrantes taiwaneses” Diario *La Nación*. Buenos Aires, 30 de enero de 1988. En: Sassone & Mera (2007).

⁶⁸ “Argenchina”. Diario *La Nación*. Buenos Aires, 28 de julio de 2013. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/argenchina-nid1604560/>

⁶⁹ Disponible en: <https://casrech.com.ar/historia/>

de la RPCh en Argentina, Liang Jin'an, explicaba para el *Diario Clarín*⁷⁰ que los fujianeses (quienes constituyen el 80 por ciento de los chinos que llegan al país): *“vienen porque antes llegó el jefe de una familia o un pariente y continúan el negocio de la región de donde son oriundos. Como en Fujian el rubro supermercados es muy fuerte, esa costumbre se trasladó a la Argentina”*. Asimismo, explicaba las diferencias al interior de la diáspora en cuanto a actividad laboral, procedencia geográfica y criterio generacional: *“también están los que llegaron desde Cantón, que abren más restaurantes y tiendas de regalos. Y las generaciones nacidas en este país, que hacen otras cosas: ya hay muchos estudiantes universitarios”*.

Por otro lado, Wang Jian, aclaraba durante su gestión como agregado cultural de la Embajada de la RPCh que, en contra del imaginario popular, *“el gobierno chino no financia a sus ciudadanos en el exterior. Los supermercados son inversiones privadas que, además, venden productos argentinos”*⁷¹. En este sentido, Zhang Tuo (2007) enuncia la posición del gobierno chino respecto a los chinos de ultramar y lo que se espera de ellos: *“observar las leyes y la reglamentación del país residente, integrarse⁷² a la sociedad local, retribuir al pueblo de su alrededor y amar al país donde viven como su segundo pueblo natal”* (p.59).

Asimismo, coincidiendo con el diplomático chino, la representante local de CASRECH, explicaba que para radicarse en Argentina los migrantes no reciben subsidios de su país, sino que el capital necesario es reunido entre todos sus familiares. En una nota realizada para el diario *La Capital* en el año 2012 refería: *“uno de ellos o una familia viaja a la Argentina y se instala. Después, generalmente vienen los demás”*. En el encuentro que mantuvimos en 2019, agregaba que *“las familias los mandan con los ahorros que pueden conseguir para que hagan punta, y después vienen los demás”*.

⁷⁰ “La comunidad china en el país se duplicó en los últimos 5 años”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 27 de septiembre de 2010. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/comunidad-china-duplico-ultimos-anos_0_Syfy52TDQe.html

⁷¹ “Los chinos de acá”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 08 de mayo de 2005. Publicado en el sitio oficial de la Embajada de la República Popular China en Argentina. Disponible en: <http://ar2.mofcom.gov.cn/article/bilateralvisits/200505/20050500086780.shtml>

⁷² Desde la perspectiva de Schrauf (2002) la “integración” en términos migratorios se refiere a un “elevado grado de incorporación cultural y mantenimiento de las identidades étnicas” (Gil, 2007:314). Se diferencia del de “asimilación”, el cual implica una “difusa identidad étnica y alta incorporación cultural” (Ídem).

En este sentido, los migrantes chinos que llegan al país en este milenio, suelen venir con escaso capital económico y con bajo nivel educativo (en general terminan la educación básica obligatoria que es hasta los 15 años, pero no continúan los siguientes años ni tampoco acceden al nivel universitario). Los migrantes, en su mayoría jóvenes de entre 20 y 30 años, arriban al país y a la ciudad por medio de las mencionadas cadenas migratorias y redes familiares. En general se asientan en el supermercado de algún familiar o amigo y empiezan a trabajar en el mismo establecimiento. Con el tiempo, suelen adquirir el dinero suficiente para asociarse con otros “paisanos” y poner su propio supermercado. En otros casos, probablemente los menos, vienen con el dinero suficiente desde China para comprar un fondo de comercio. En este sentido, como explicita Zhang Tuo (Ibíd.), los inmigrantes chinos “si bien difieren en términos de poder económico, la mayoría son propietarios y/o dueños de sus negocios” (p.58).

Con respecto a las jornadas laborales, tal como se pudo comprobar en el campo, generalmente son extensas, de la mañana a la noche, incluyendo fines de semanas y feriados; y son gestionados por las mismas familias chinas. El inmueble comercial suele contar con alguna dependencia en primer piso o al fondo, el cual es utilizado por las familias como vivienda.

En la entrevista realizada a la representante local de CASRECH explicaba que el atractivo principal de la Argentina para los migrantes consiste en la posibilidad de crecimiento económico en un tiempo mucho menor al que tomaría en su país de origen, trabajando las mismas o incluso más horas a las que están habituados:

En China, ellos trabajan por la comida, prácticamente por la casa, o sea, viven donde trabajan y viven precariamente. Trabajan más de 12 horas por día y el negocio que puedan llegar a tener no es de ellos. Entonces ellos acá llegan y dicen: “*ah, yo puedo llegar y trabajar, y lo que trabajo es mío, y puedo progresar*”. Así crecieron en estos 15 años en Mar del Plata y en el resto del país, enormemente, por la forma de trabajar. Y porque tienen otra política de precio. Ellos en China trabajan por volumen, venden mucho, cobran menos, remarcan menos. Ellos acá intentan hacer lo mismo, inclusive aún hoy sigue siendo esa la política, remarcar menos y tener más volumen de venta.

Con respecto al crecimiento económico de la diáspora en la ciudad, la representante legal explicaba que “*se están perfilando cuatro, cinco grupos grandes de compra en Mar del Plata*”. Según relata, hasta ahora, los supermercadistas estaban comprando en los supermercados mayoristas de forma individual, pero “*ante la crisis*

económica, la respuesta que hacen los supermercadistas chinos es unirse para comprar en conjunto y comprar ya directamente a las industrias y a las empresas, logrando un precio aún menor”. Agrega que:

Los últimos que han llegado ya son empresarios que también empiezan muy fuerte en el supermercadismo, que ya vienen armados desde otros lugares⁷³ y hacen inversiones más fuertes, se ponen en lugares de lo que se conoce como *ABCI*, que son las zonas de mayor poder adquisitivo con supermercados mucho más arreglados si querés, o con mayor inversión edilicia y se han vuelto mucho más competitivos [...] vienen con otro perfil, mucho más empresarial, con otras ideas. Y después están los de siempre que son los que están en los barrios. Pero lo que pasa es que estos nuevos se animaron a otro público, con otro nivel adquisitivo y con otro tipo de supermercado.

Cabe aclarar que, si bien la actividad principal de la diáspora son los supermercados, coincidiendo con el diplomático chino, Liang Jin'an⁷⁴, también hay un grupo minoritario que se dedica a otras actividades, como restaurantes de comida china o tiendas de regalos. Los migrantes que se dedican a estos rubros arribaron a la ciudad con anterioridad a los fujianeses (como se pudo observar en el relato provisto por Xia, mi profesora de mandarín), y suelen provenir de otras regiones de China. Por último, como explican Sassone y Mera (2007) y Bogado Bordazar (2012) una cantidad menor aún de migrantes se dedica a la agricultura y pesca, a la importación-exportación de manufacturas, como así a la medicina y servicios profesionales. En este sentido, el caso del puerto marplatense constituye para algunos migrantes chinos, un nicho ocupacional con características muy distintas a las de los supermercadistas. Con respecto a la “medicina china”, sólo un migrante chino se dedica a la acupuntura, quien a su vez es dueño de uno de los restaurantes chinos de la ciudad. Según lo recabado, hasta principios de este milenio, había otro acupunturista brindando sus servicios en Mar del Plata, de origen taiwanés, pero emigró a Estados Unidos junto a su familia luego del 2001.

En el caso marplatense, asimismo puede observarse una clara diferenciación entre los taiwaneses y los chinos continentales en cuanto a rubro laboral se trata. En este sentido, algunos taiwaneses poseen casas de comida vegetariana por venta al peso. Asimismo, muchos de los hijos de esta primera generación de migrantes han estudiado

⁷³ En su mayoría del AMBA.

⁷⁴ “La comunidad china en el país se duplicó en los últimos 5 años”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 27 de septiembre de 2010. Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/comunidad-china-duplico-ultimos-anos_0_Syfy52TDQe.html

carreras universitarias y trabajan actualmente en diversos ámbitos laborales. Por ejemplo, en una ocasión en la que me encontraba realizando trabajo de campo en el supermercado de una familia china⁷⁵, conocí a un ingeniero taiwanés de unos 30 años. Me comentó que había asistido al comercio como empleado de una empresa informática para realizar la instalación de un software en el sistema de cajas. Al conversar con él, ratificó lo que me dijera Hua en su momento, que son muy pocos los taiwaneses que “*quedaron*” en la ciudad luego del 2001.

1.5.2. Asociaciones y redes de migrantes

Con respecto al asociacionismo, el caso marplatense es muy diferente del relevado en la ciudad de Buenos Aires⁷⁶. Allí, según informan Grimson, NG y Denardi (2016) existen más de 80 asociaciones de origen chino y taiwanés. Entre ellas, las que predominan son las asociaciones de residentes, las religiosas y las económicas. Asimismo, existen otras con razones sociales más diversas como aquellas destinadas a afianzar los lazos de la diáspora con su país de origen, como así otras con fines educativos, deportivos y periodísticos. Como explican los autores, en general, “se trata de organizaciones que combinan en mayor o menor medida, actividades económicas, culturales y sociales: algunas cámaras comerciales desarrollan actividades culturales, así como algunas iglesias también realizan actividades educativas” (p.36).

Además de las asociaciones con fines económicos, otros motivos de creación de este tipo de organizaciones son “la enseñanza del idioma chino, la idea de ser un «puente» entre chinos y argentinos para favorecer el intercambio, el conocimiento mutuo, [...] el apoyo mutuo entre los miembros de la asociación frente a adversidades, y la difusión cultural” (p.38). Asimismo, según explican Sassone & Mera (2007), la mayor parte de estas asociaciones pretende ser un nexo entre la cultura de origen y la de nuestro país⁷⁷. Este es el caso de las asociaciones que participan en la organización de eventos culturales como el Año Nuevo Chino. Como relevaron Grimson, NG y

⁷⁵ Junio 2014.

⁷⁶ En el extranjero, es exhaustivo el trabajo realizado por Beltrán Antolín (2015) sobre formas de organización de migrantes chinos en otros países (principalmente Estados Unidos y en Europa).

⁷⁷ Si bien excede los alcances de esta investigación, un contrapunto interesante para comprender el rol que las asociaciones étnicas han tenido en Argentina es el caso de las asociaciones regionales italianas y españolas, las cuales han actuado “como instituciones recuperadoras de una identidad que la experiencia migratoria tornó difusas” (Gil, 2007: 324).

Denardi (2016), “la necesidad de reunirse y realizar las actividades tradicionales en determinadas fechas surge por la lejanía con el lugar de origen y por el deseo de mostrar a sus hijos las raíces de la familia” (p.37). La organización de estos eventos también puede reflejar asimismo “la intención de lograr una mayor apertura hacia la sociedad argentina” (ídem).

Es necesario aclarar que los inicios del asociacionismo migrante en la ciudad de Buenos Aires se remontan a la década del '70 (durante el segundo periodo migratorio), y a diferencia de las taiwanesas, las asociaciones chinas “no cuentan con tanta visibilidad (participación en eventos y la apertura de las instituciones hacia los argentinos) regularidad y antigüedad” (p.36). Cabe destacar que las asociaciones carecen de una organización central que las nucleee, a diferencia de otros países en donde hay una presencia de las diásporas más prolongada (Bogado Bordazar, 2002).

Así todo, como explican Grimson, NG y Denardi (2016) con respecto a los chinos que arriban en el cuarto periodo migratorio, “la actividad económica predominante, con la dispersión geográfica y las extensas jornadas laborales que implica, genera escasa formación y participación en las asociaciones culturales chinas” (p.31). En efecto, el hecho de contar Mar del Plata con un predominio superlativo de migrantes de este último periodo, probablemente incida en que el asociacionismo migrante desarrollado en la ciudad sea escaso e incipiente en comparación al caso porteño.

Por un lado, en la ciudad podemos encontrar una Iglesia Presbiteriana, fundada por migrantes taiwaneses en la década del '80. Según Giuffré (2017), además de las actividades religiosas, “han creado un coro de niños y se dictan cursos de artesanías chinas” (p.8). Asimismo, la Iglesia no es exclusiva para taiwaneses, sino que allí actualmente asisten también chinos continentales, cumpliendo la institución una función de reunión y de asistencia entre sus integrantes. En el caso de mi investigación, sólo una interlocutora, Xia, nombró la existencia de Iglesia al comentarme que asistía eventualmente con su familia. Agregó que su hijo, quien vive en CABA hace unos años donde realiza sus estudios universitarios, los domingos asistía a otra sede de la Iglesia en la capital porteña. Me comentó que en la Iglesia Presbiteriana convergen tanto taiwaneses como chinos, pero que no es “abierto” para el público en general.

Por otro lado, el único organismo que nuclea a los migrantes en el plano económico es la antemencionada CASRECH, por medio de su representante legal en la ciudad y la zona. En la entrevista que le realizara en 2019, ella refirió que los migrantes recurren a su estudio jurídico para buscar asesoramiento en lo referente a la instalación de un negocio, pero también:

para negociar la compra o la venta de un fondo de comercio, propiedades, contratos de alquiler, contratos de concesión y uso precario, porque ellos todo lo que es la parte de verdulería, carnicería y panadería, muchas veces, casi en el 95% de los casos, los tienen subalquilados o concesionados a argentinos y se quedan sólo con la parte de almacén seco.

Agregó que desde que comenzó a trabajar con ellos en el año 2002, también fue necesario “*perfeccionar*” esos contratos laborales para evitar conflictos con las personas contratadas. Sobre esto, la abogada relataba que, durante los primeros años de los migrantes en la ciudad, fueron múltiples las demandas laborales que recibieron por parte de empleados argentinos. En efecto, surgió una disputa concreta con el Sindicato de Empleados de Comercio y el Ministerio de Trabajo, la cual, según refiere pudieron “*zanjar exitosamente*” en 2007 a partir de unas jornadas realizadas en un reconocido hotel de la ciudad. Según relataba:

Se dio un choque cultural, en relación a la idiosincrasia de la comunidad china que ellos en China trabajan de sol a sol, y por la comida, muchas veces, por la casa y la comida. Y eso a veces es un choque cultural muy grande, porque llegan acá, ellos siguen trabajando de sol a sol y no entienden la jornada laboral. Esto, en un primer momento, no entendían por qué había una jornada de 8 horas, el descanso, etc. Todo esto fue motivo de capacitación, o de asesoramiento y prevención que se hizo en un trabajo bastante importante con todos los que iban llegando a la comunidad y dio como resultado una buena adhesión a la normativa laboral, en ese momento, con una media superior a la argentina en cuanto a cumplimiento y blanqueo de empleados.

Según lo relatado, el Ministerio de Trabajo junto con el Sindicato, hacían inspecciones en los supermercados junto a la AFIP, la Inspección General de Justicia, la Municipalidad, Bromatología y la Policía. Por esta razón, la abogada refería que “*entonces siempre era motivo de alguna clausura, porque algo siempre iban a encontrar entre tanta cuestión de inspección que había [...] entonces teníamos día por medio una clausura individual de algún supermercado*”. Dado esto, la representante legal expresó que “*para poder hacer una defensa de cada uno de ellos, era importante*

poder tenerlos agrupados”. A raíz de esta inquietud, se contactó con el presidente de CASRECH de aquel entonces, Miguel Ángel Calvete:

Y lo que hacemos es incorporarnos a la Cámara como Delegación y empezar a trabajar en conjunto. A partir de ahí, se empiezan a dar otros beneficios para la comunidad que tenía que ver más con cuestiones comerciales, de proveedores y demás y bueno, eso me permitió a mí hacer una defensa de los intereses de la comunidad china en conjunto

Por otro lado, la abogada relataba que los migrantes también recurren a su asesoría ante problemas migratorios, en especial desde el 2017. Esto se debe a que en ese año se emitió el *Decreto de Necesidad y Urgencia 70/17*⁷⁸, el cual modifica la *Ley de Ciudadanía N° 346*⁷⁹ y la antemencionada *Ley de Migraciones N° 25.871*, en lo referente a categorías, requisitos y plazos de admisión de los migrantes. Al respecto, la representante legal explicaba:

Anteriormente, hasta el 2017 si bien eran irregulares, siempre había una posibilidad de ir allanando el camino y regularizarlos, porque hacían su familia y tenían un hijo, o porque se peticionaba y los podía contratar algún paisano legalmente en migraciones y bueno, se iban acomodando. Igualmente, hasta que no tuvieran la documentación ellos se podían quedar. Pero a partir del decreto 70 del 2017, empieza ya a haber una movida mucho más intensa en cuanto a la reducción de plazos migratorios para las personas irregulares para regularizarse, para apelar y para poder tener acceso a una visa o a una radicación legal [...]. Anteriormente esas apelaciones tardaban 10 años, hoy son plazos de 3 días. Para que te des una idea, no les permiten una defensa técnica eficaz, muchas veces no cuentan con el dinero, y no se les informa desde migraciones que tienen acceso a una defensoría gratuita, que tampoco está especializada, lo que también eso genera que no estén adecuadamente defendidos.

Dicho decreto fue tildado por grupos migratorios y sus defensores como anticonstitucional⁸⁰, a la vez que “restringe dichos derechos y arroja un manto de sospecha sobre los inmigrantes” (Villarreal, 2018:373)]. Coincidiendo con esta perspectiva, la representante local de CASRECH consideraba que este decreto constituye:

Una desafortunada política migratoria que fue hecha también con mucho

⁷⁸ Publicado en el sitio oficial “Información Legislativa” del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=271245>

⁷⁹ Publicada en el sitio oficial “Información Legislativa” del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/48854/norma.htm>

⁸⁰ Se plantea la inconstitucionalidad de esa reglamentación ya que va en contra de los artículos 14, 16 y 20 de la Constitución, los cuales establecen la igualdad entre extranjeros y nacionales.

desconocimiento y con mucho grado de xenofobia, con “cero” conocimiento de la idiosincrasia de los ciudadanos chinos que fueron los más castigados [...] son gente que no tiene antecedentes penales ni tiene relación con lo delictivo, y sin embargo fueron la comunidad más castigada por el decreto, porque asemejan ingreso irregular, que es una fracción administrativa, con una cuestión delictiva.

Si bien muchos de los migrantes chinos en la ciudad han recibido este tipo de intimaciones, su abogada asegura que han sido pocos los deportados ya que han podido realizar apelaciones en el breve tiempo estipulado. *“En mi estudio no hubo ninguna expulsión. Pero en Mar del Plata, ya por lo menos hubo cinco y en el resto del país, hay un montón que han echado, y un alto porcentaje son chinos”*. Explicaba que para que un abogado pueda apelar en un plazo tan breve *“tenés que conocer la temática, después tener que conocer la situación del cliente, en tres días no te alcanza. O sea, no cualquiera puede resolver un tema migratorio, favorable o satisfactoriamente con el cliente, en tres días y con poca información”*.

Asimismo, la representante legal a nivel local de los supermercadistas es una de las que ha impulsado y organizado los eventos del Año Nuevo Chino en la ciudad. Al haber participado como cantante en algunas ediciones de esta festividad pude adentrarme un poco más en la lógica de agrupación de los migrantes en este caso. Así, pude observar que, si bien los migrantes colaboran realizando aportes económicos (por ejemplo, para el alquiler de luces y sonido, para contratar artistas que realicen la *“Danza del Dragón”*⁸¹, etc.), es la representante legal la que oficia de intermediaria con la Municipalidad, o la que coordina las actividades. Al conversar con ellos al respecto, refieren que es *“mucho trabajo”* y que *“tienen poco tiempo”*. Así todo, la participación de los migrantes en el evento año a año es mayor. Por ejemplo, en la última edición del 2020, los supermercadistas adquirieron un *“Dragón”*⁸² como insumo para las siguientes ediciones, y participaron por primera vez en el escenario, realizando una entrega de menciones.⁸³

⁸¹ Danza típica realizada en festividades como el Año Nuevo para *“ahuyentar a los malos espíritus”*.

⁸² Nota periodística sobre el evento: “Mar del Plata festeja el Año Nuevo Chino”. *MDP Ya*. Mar del Plata, 6 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.mdpya.com.ar/mar-del-plata-festeja-el-ano-nuevo-chino/>

⁸³ Hasta ese año habían participado del evento algunos migrantes, pero en calidad de público, ubicándose en asientos preferenciales en las primeras filas junto a las autoridades municipales.

Finalmente, si bien los migrantes en la ciudad no presentan un alto grado de asociacionismo cristalizado en organizaciones concretas y formales, sí generan procesos asociativos en donde pueden vislumbrarse dimensiones como sociabilidad, solidaridad, identidad y participación (Gadea Montesinos & Albert Rodrigo, 2011). Ejemplos de cómo los migrantes ponen en juego estas dimensiones, son los casos de fatalidad o adversidad que pudiera sufrir eventualmente algún miembro de la diáspora. Así, por ejemplo, en el verano de 2017 sucedió un hecho trágico en el cual un niño, hijo de supermercadistas chinos, murió a causa de un accidente vial en la vereda de su comercio⁸⁴. Conversando con migrantes chinos sobre esta desgracia, todos expresaron su pesar y acudieron al velatorio del niño, incluso aquellos que no conocían a la familia afectada. Inclusive Xia, quien en múltiples instancias del trabajo de campo marcó una distancia con los fujianeses⁸⁵, asistió al funeral. Al respecto me dijo muy compungida: *“Es una desgracia lo que pasó... pobrecito, pobre familia... No los conozco, pero no importa, somos chinos... Somos chinos y eso es lo más importante”*. En este sentido, los lazos connacionales parecen generar en este tipo de situaciones “seguridad ontológica” (Giddens, 2001), ya que generan contención psicológica a sus miembros, quienes están unidos por la situación de desarraigo, la forma de entender el mundo y actuar en él (Denardi, 2015).

En este sentido, los migrantes chinos también han sabido mancomunarse ante hechos delictivos o de inseguridad, acompañados en estos casos también por CASRECH. Uno de ellos, sucedió en 2005 ante el asesinato de una joven embarazada durante un asalto a su supermercado. Como explicaba la representante legal en la entrevista, a raíz de este hecho delictivo *“se hizo una manifestación en la puerta de la Municipalidad, donde dejamos todas las coronas fúnebres. Ese fue un primer evento en el que incluso también tuvimos apoyo de sindicatos”*. Agregó que, otra

⁸⁴ Ver: “Detienen al conductor que atropelló y mató a un nene en el barrio Fray Luis Beltrán”. *Diario La Capital*. Mar del Plata, 12 de febrero de 2017. Disponible en: <https://www.lacapitalmdp.com/detienen-al-conductor-que-atropello-y-mato-a-un-nene-en-el-barrio-fray-luis-beltran/>

⁸⁵ Por ejemplo, siempre me hacía notar que el chino mandarín “puro” es el que se habla en el Norte (Beijing, por ejemplo). Y que los chinos del sur “no hablan bien”. En varias ocasiones me dijo como elogio: *“¡qué buena pronunciación! ¡hablás mejor que muchos chinos de acá”*. En otros momentos me contó que, si bien tiene algunos amigos fujianeses, *“son distintos, cultura muy distinta”* y que a veces *“no se entienden”*, aclarando que *“no es sólo por el idioma, cultura muy distinta”*. También me ha dicho que prefiere realizar las compras en “el Toledo” (una cadena local de supermercados) que ir al supermercado chino que le queda una cuadra más cerca de su hogar.

manifestación importante realizada por los migrantes se dio en el 2011, a partir de una serie de amenazas y hechos delictivos llevados a cabo por la llamada “*mafia china*”.

La representante legal detalló que:

En una mañana llegaron a haber cerca de 40 o 50 amenazas de la mafia china a los distintos supermercados chinos de ese momento, en los que decían que si no les pagaban determinada suma de dólares iba a haber consecuencias, y empezamos a hacer denuncias en la fiscalía. Me acuerdo que llegaba un día una, un día otra. Y muchas veces caían en distintas fiscalías y no se tomaba con la seriedad suficiente la denuncia, se tomaba como una amenaza entre comerciantes, no sé... Los fiscales no estaban preparados para esta situación y tampoco investigaban mucho, ni se preocupaban mucho.

Explicó que, al realizar estas manifestaciones en frente a la Municipalidad reclamando intervención judicial, lograron contactar con el fiscal de cámaras en el mismo transcurso del año y así, recibieron apoyo judicial. La abogada agregó que, “*a raíz de toda la movida que se hizo acá, la mafia china se fue y no volvió, pero terminó con una muerte en Mar del Plata. Hubo dos hechos de sangre y una muerte*”. Por último, concluyó que:

cuando nosotros pudimos hacer conocer a la comunidad cuál era la situación, a partir de que alzamos la voz [...] la gente se pudo informar, la justicia empezó a actuar de otra manera y a raíz de la voz pública que se generó, la Embajada China hizo venir a la policía de China, que fue la que finalmente, a finales del 2011, se lleva a todos los jefes de esta mafia china que estaba operando, bajo pasaporte diplomático, y solucionaron el problema.

Por último, los migrantes suelen nuclearse entre diferentes grupos familiares, haciendo referencia al término “familia” de un modo no estrictamente relacionado al parentesco. Así, en ciertas ocasiones escuché la aplicación de este concepto a vínculos más amplios, por fuera de los lazos consanguíneos⁸⁶. Por ejemplo, en una situación de campo, en la cual había acompañado a Eva y Lisa a la graduación del hijo de Lisa del preescolar⁸⁷, les pregunté si eran hermanas. Si bien las había visto en otras ocasiones, nunca habíamos hablado de su vínculo familiar. Lisa me contestó, “*no, no, amigas, pero somos como familia... igual que familia*”. Como vería a lo largo del trabajo de campo, ambas jóvenes se acompañaban mutuamente en diferentes situaciones de la vida cotidiana, a pesar de trabajar en supermercados distintos. Así, por ejemplo, Lisa

⁸⁶ En este sentido, no muy distante del caso argentino en donde se suele llamar a una amistad cercana como “hermano/a” o “primo/a”, o a una persona de mayor edad allegada a la familia como “tío/a”.

⁸⁷ Noviembre 2018.

acompañaba a Eva a turnos médicos, cuidaba de su hijo y compartían salidas recreativas los fines de semana. En otras circunstancias, si bien no de forma explícita, también pude observar la puesta en práctica de esta concepción. Por ejemplo, en una ocasión, recibí el llamado⁸⁸ de Yang, fujianés de 28 años a quien conocí en un CAPS y con quien mantuvimos lazos por fuera de la observación participante en la institución. En esa ocasión, se comunicó conmigo porque quería consultarme sobre la calidad académica de un colegio para el hijo de unos amigos, y si podía ayudarlos con el proceso de inscripción. Si bien conocía a los padres del niño en cuestión, en parte probablemente debido a que su manejo de español era bajo, fue Yang quien ofició de intermediario en todo el proceso de consulta e inscripción y el que me realizaba las consultas directamente. Así, incluso me pidió recomendación y contrató a una maestra particular para el hijo de sus amigos, como si se tratara de un miembro más de la familia.

1.6. Movilidades y actores multidireccionales: la heterogeneidad de la migración china

Es importante tener en cuenta que, en los últimos años, la composición de clase y de procedencia de los migrantes chinos en Argentina ha variado sustancialmente. Tal como muestran Grimson, Denardi, Ng (2016), en el país se ha ido configurando lo que se podría llamar una clase alta empresarial⁸⁹, conformada por universitarios, profesionales y empresarios. Con mayor presencia en la capital porteña, en Mar del Plata este tipo de migrantes no es del todo significativo. Entre ellos, destaca el caso de algunos universitarios y profesionales del ámbito pesquero, provenientes de diversas regiones de China continental. Estos grupos presentan altos grados de movilidad y, como veremos, los migrantes de Fujian no quedan exentos de ellos.

1.6.1. Las empresas chinas en Puerto Madero: breves comentarios desde el campo

⁸⁸ Febrero 2020.

⁸⁹ También relevada por Denardi (2015).

Por fuera del ámbito local marplatense, a partir de mis recurrentes viajes a Buenos Aires principalmente por el doctorado, es que pude tener acceso al universo de las empresas transnacionales de origen chino. La aproximación a este tipo de movi­lidades, por demás complejas y ampliamente estudiadas por Conconi (2020a), fue de gran utilidad para dar cuenta de la heterogeneidad del tejido diaspórico y cuestionar así el estereotipo del migrante chino como sinónimo de supermercadista.

Así, a partir de la participación en un evento, al cual me había acercado en parte por curiosidad y en parte para maximizar mi estancia en Buenos Aires, es que conocí a Sofía. Fue en una charla organizada por la Cámara Argentino-China de la Producción, la Industria y el Comercio, titulada “*Transculturalidad: claves socioculturales y estratégicas para acercar a la cultura empresarial china en recursos humanos*”⁹⁰. Me había enterado de la actividad por las redes sociales de la revista *Dangdai*. Al ingresar al ascensor para subir a la Cámara, ya por cerrarse sus puertas, sentí unos tacos apresurados que se acercaban. Vestida de manera formal (pantalón y blazer negros con camisa blanca), corría a pasos cortos Sofía, una joven china de unos 20 años, delgada y de contextura pequeña. Detuve la puerta hasta que llegara, a lo que respondió sonriendo con un “*gracias*”. Le pregunté si iba a la charla y me contestó que no entendía español, agregando que hablaba inglés y chino. Le reformulé la pregunta en inglés y agregué: “我会说一点儿汉语: *Wǒ huì shuō yìdiǎnr hànǔyǔ*”, que significa: “puedo hablar un poco de idioma chino”. Sorprendida, esbozó una gran sonrisa y contestó afirmativamente. En ese momento, recordé con gratitud a mi profesora de chino, Xia, quien me había dicho un tiempo atrás: “*con esas palabras los chinos te abrirán muchas puertas*”. Y casi como por arte de magia, una vez finalizada la charla nos quedamos conversando tomando café en el hall de la Cámara, con tal comodidad como si se tratara de viejas amigas. Me comentó, entre otras cosas, que trabajaba en una importante empresa de telecomunicaciones de origen china, radicada en Puerto Madero, que había llegado a la Argentina hacía unos pocos meses y que se estaba acostumbrando a la vida en la capital porteña. Me contó que era de Hangzhou (ciudad cercana a Shanghai, capital de la provincia de Zhejiang) y que nunca había salido de China antes. Me contó que luego de graduarse de la universidad de Zhejiang, entró a trabajar en la sede de la empresa en su misma ciudad, y al tiempo fue trasladada a

⁹⁰ Agosto 2017.

Argentina para ocupar un cargo en Recursos Humanos y participar, entre otras tareas, en la selección de personal local.

Ese encuentro fortuito con Sofía fue el puntapié de mi aproximación al ámbito empresarial chino en Argentina, ya que desde entonces se fueron sucediendo otros encuentros con ella y sus amigos (también empleados de la misma empresa china) tanto en Buenos Aires como en Mar del Plata. Así fue también como conocí a Esteban, con quien entablara una relación de amistad que trascendió los límites de la investigación. Lo conocí en una cena que habíamos coordinado con Sofía en un restaurant de Sushi de Puerto Madero al cual me había preguntado si podía ir con sus “*roommates*”⁹¹. Esteban hablaba muy bien inglés y, a diferencia de Sofía, tenía un excelente manejo del español. Me comentó que era originario de Guangdong, provincia al sur de China, y que estudió literatura hispana en la universidad. Como parte de una pasantía de pregrado vivió unos meses en España, y una vez recibido entró a trabajar en la empresa de telecomunicaciones. Por último, antes de ser transferido a Argentina como asistente del gerente general, estuvo en Ecuador poco más de un año.

En uno de los tantos encuentros posteriores que compartimos, Esteban y Sofía me explicaban que los traslados en este tipo de empresas son por demás habituales, siempre y cuando uno quiera ascender “*más rápido*”. Es decir, se puede optar por permanecer en China trabajando, pero al aceptar un traslado al exterior, la velocidad de ascenso es mucho más rápida. En efecto, me comentaron que deben estar cinco años trabajando en el exterior, para luego sí poder volver a China, en el caso que así lo deseen. Sofía dijo que debía y deseaba volver a China una vez finalizado ese periodo ya que era hija única y sus padres estaban solos. Esteban, por el contrario, contó que él tiene tres hermanas más por lo cual no debería cumplir con esa obligación. Por esto, le gustaría mantener ese estilo de vida, recorriendo el mundo, y visitando China regularmente. El valor moral confucianista subyacente a estas prácticas (llamada “*piEDAD filial*” -“*孝 xiào*”-), lo abordaré en detalle en el último capítulo.

En la actualidad, Esteban está por ser transferido a Bélgica, con la opción de traslado a Shenzhen (ciudad china hipertecnológica cercana a Hong Kong), pero él

⁹¹ Es habitual que las empresas alquilen departamentos para compartir entre dos o tres empleados, en edificios cercanos a sus sedes de trabajo (Puerto Madero en su mayoría).

optó por radicarse en Europa y seguir “*conociendo el mundo*”. Antes de este traslado, estuvo un año en Lima para luego retornar a Buenos Aires por un año más. Sofía fue trasladada a São Paulo, pero pasado el año y medio, pidió el pase de regreso a China por “*no adaptarse y extrañar a la familia*” y actualmente trabaja en otra empresa en Beijing. Por otro lado, junto a Sofía y a Esteban, conocí también en otra oportunidad a Wilson (ingeniero de unos 28 años) y a Laura (contadora de unos 25 años). Junto con Sofía, habían decidido venir a Mar del Plata un fin de semana largo de noviembre para conocer la ciudad y acompañar a Wilson quien venía a correr una maratón. Tanto Wilson como Laura ya no trabajan en Argentina ya que fueron trasladados a distintos y sucesivos puntos de Latinoamérica.

De lo descripto hasta aquí, puede vislumbrarse que las intensas “movilidades” de los actores mencionados reflejan movimientos, múltiples e interdependientes, no sólo de personas, sino también de imágenes, valores, información, dinero y objetos⁹² (Sheller & Urry, 2018). Asimismo, el caso de este tipo de migrantes en Argentina permite visualizar, por un lado, las diferentes formas de expansión global de China que trasciende el caso de los supermercadistas, y por el otro, (como se verá en los últimos capítulos) diferentes formas de configurar los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto migratorio.

1.6.2. El caso del puerto marplatense y algunas reflexiones metodológicas

Por otro lado, también a nivel empresarial pero ahora en relación al puerto marplatense, los migrantes chinos relacionados a esta actividad comercial también presentan altos grados de movilidad. Asimismo, muchos de los empresarios del ámbito del puerto también están vinculados a la actividad supermercadistas, realizando grandes inversiones y asociándose con migrantes de ese sector.

⁹² Asimismo, a partir del estudio etnográfico de Conconi (2020a), quien ha realizado un extenso trabajo de campo en empresas chinas en Argentina, se puede profundizar lo desarrollado hasta aquí. Así, lo que está en movimiento en estos casos, también son flujos en el plano de lo simbólico. Es decir, materialidades (objetos, tecnologías), ideas (conceptos, regímenes estéticos que tienen cierta organización y presuponen ciertas prescripciones), modelos organizacionales, cosmologías y conocimiento experto (jerarquías de saberes, formas de la *expertise*, junto con las que se movilizan criterios de validación y consagración de esos saberes). Y a su vez, dichos flujos no circulan de forma aleatoria sino, por el contrario, implican jerarquías, negociaciones y relaciones de poder.

Cabe aclarar que, si bien no realicé trabajo de campo con estos grupos, predominantemente masculinos y de mayor hermetismo para una investigadora argentina y mujer, a partir de una experiencia de campo pude tener una aproximación a estos actores y ser testigo de sus altos grados de movilidad. Concretamente, en marzo de 2017, mi profesora de chino mandarín, Xia, me consultó si podía ayudarla a darle clases de español a dos hombres chinos (Nino y Chan, 51 y 26 años respectivamente) que trabajaban en el puerto. Con cierto hermetismo, no me dio mucha más información salvo que estaban interesados en aprender español (no tenían ningún conocimiento) y estaban particularmente interesados en adquirir *“buena pronunciación”*. Ese sería mi rol entonces, complementar las enseñanzas de idioma de Xia con la pronunciación nativa. Los encuentros los realizamos en el edificio donde Nino y Chan vivían, en zona macrocéntrica de la ciudad. A diferencia de lo que fuera el trato general con mis interlocutores, de por sí descontracturada y de conversación fluida, con ellos hubo desde un primer momento mayor distancia. Los encuentros tenían una frecuencia semanal y una duración de una hora, rara vez excediendo ese tiempo. Asimismo, las clases tenían lugar en el salón de usos múltiples del moderno edificio, no así en su vivienda, marcando un contraste también con los otros interlocutores de mi investigación.

A nivel metodológico, esta experiencia trajo aparejada un detenimiento para reflexionar no sólo sobre estrategias metodológicas, sino también sobre ciertos obstáculos en el acceso a ciertos intersticios del campo. Así, sucedió que luego de terminada la primera clase nos quedamos conversando los cuatro brevemente, momento que aproveché para realizar ciertas preguntas relativas a su lugar de origen, motivo de la migración, trabajo en Argentina, etc. (cantidad de preguntas por sí menor a la que hubiera hecho en otras situaciones de campo, dada la distancia percibida en la interacción). Al retirarnos, ya una vez a solas con Xia, me advirtió que no debía *“preguntar tanto al principio”*, ya que *“con los chinos primero hay que ganar la confianza”*, una vez que hay confianza *“el chino habla solo”*. Agradeciéndole su comentario, cambié mi actitud a partir de los siguientes encuentros y mantuve una postura más receptiva y paciente. La mayoría de las conversaciones se daban en el ascensor, con la dificultad agregada de que Xia y Nino (quien siempre nos recibía) hablaban mayoritariamente en chino, por lo que entendía sólo una porción de lo

hablado. También otra situación de conversación podía darse cuando colaboraba en la preparación del café o al final de la clase, al recoger las tazas. Efectivamente, en estos breves instantes, paulatinamente Nino y Chan fueron hablándome de sus lugares de procedencia (ambos de distintas ciudades de la provincia de Zhejiang⁹³), mostrándome fotos, mapas, y también de sus familias (ambas en China).

Lamentablemente para mi experiencia de campo, su tiempo aquí en Argentina fue muy breve (luego de dos meses de clases volvieron a China), por lo que fue imposible atravesar entonces esa etapa de consolidación de la confianza necesaria para entablar un vínculo más profundo como me había sugerido Xia. Según me dijera ella, habían vuelto *“por trabajo”* y me aclaró que *“siempre iban y venían, como muchos del puerto que no viven todo el año acá”*.

Más allá de la discontinuidad en el vínculo, esta experiencia, junto con la de los traslados repentinos de Sofía y sus compañeros, fue reveladora en cuanto al alto grado de movilidad que en la mayoría de los casos despliega la diáspora china. De forma complementaria, la advertencia de Xia reconfiguró mi forma de desenvolverme en el campo (sumado al “我会说一点儿汉语” / “puedo hablar un poco de chino”). Al cultivar la paciencia, aunque a riesgo de perder contacto con migrantes altamente móviles, logré establecer vínculos efectivamente más estrechos y duraderos con mis interlocutores. Así también, los datos más interesantes de campo se revelaron a partir de situaciones y conversaciones descontracturadas y no de “interrogatorio” (como en general suele suceder en el trabajo de campo etnográfico, más allá del referente empírico).

1.6.3. Fujian y los fujianeses: reconfiguraciones en movimiento

Por último, el caso de los fujianeses también guarda sus particularidades en cuanto a criterios de movilidad se trata. Por un lado, como se mencionó más arriba, es de notar la larga tradición de migración de ultramar que presenta Fujian en relación a otras provincias chinas. En efecto, este fenómeno migratorio tiene raíces históricas registradas, al menos, a partir de la dinastía Song (960-1279 D.C.)⁹⁴. Por otro lado,

⁹³ Situada al sureste de china, al norte de Fujian. Casualmente en esta provincia es donde realicé mi estancia académica en 2018.

⁹⁴ La migración de ultramar proveniente de Guangdong es incluso posterior, habiendo registros de ella

según establecen Xiao et al. (2006), para fines del milenio pasado unos 10 millones de fujianeses eran “chinos de ultramar”. Si bien no encontré una cifra más actualizada, estimo que ésta ha crecido mucho más en las últimas dos décadas, tan sólo por observar el crecimiento de la diáspora china en Argentina, y en específico, en Mar del Plata.

Es importante mencionar aquí que, la movilidad de los migrantes no se limita sólo a radicarse en otro país, sino que, en muchos casos, la trayectoria migratoria concluye regresando al país de origen. En efecto, estas movilidades tienen un correlato concreto a nivel arquitectónico generando un paisaje característico en las urbes fujianesas, muy distintas de otras regiones de China⁹⁵ (ver imagen 1). Como explican Xiao et al. (Ibíd.):

Gracias a los viajes realizados por los Chinos de Ultramar, se han agregado muchos elementos nuevos a las costumbres tradicionales de Fujian [...] su influencia se muestra de manera más obvia en la arquitectura. Muchos emigrantes regresan y construyen grandes casas en su ciudad natal. Estos son complejos tradicionales chinos, cada uno con varias filas de habitaciones y varios patios, pero que también incorporan estilos arquitectónicos y decorativos de Occidente o del Sudeste Asiático (p.243).



a partir de la dinastía Tang (618-907 D.C.) (Xiao et al., 2006).

⁹⁵ Asimismo, Liang y Song (2018) durante su trabajo de campo en Fujian observaron en casi todos los pueblos o ciudades de migrantes a las que fueron, proyectos impulsados o aportados por migrantes (por ejemplo, un arco de entrada al pueblo, un teatro, una escuela e incluso otros proyectos públicos como carreteras, presas y templos budistas e iglesias cristianas).

Imagen 1. Estas "mansiones chinas de ultramar", llamadas “番仔楼 *fān zǎi lóu*” en lengua nativa, configuran una amalgama de elementos nacionales y extranjeros, convirtiéndose en un fenómeno único en la historia arquitectónica de China. Fuente: *China News*⁹⁶.

Si bien esta tradición arquitectónica fue predominante hasta la década de 1960 aproximadamente⁹⁷, el proyecto de retornar a la madre patria sigue vigente para la mayoría de los migrantes de este milenio. De esta forma, Argentina representa un sitio en donde crecer económicamente para luego poder lograr una mejor calidad de vida en su tierra natal, para ellos y su descendencia. Así, la mayoría de mis interlocutores de origen fujianés, refirieron su deseo de volver a China, aunque en un mediano a largo plazo. Al ser la mayoría de ellos jóvenes (entre 20 y 30 años), me explicaban que hacen este “sacrificio” ahora de estar lejos de su familia, para luego volver a China con un nivel adquisitivo difícil de lograr en su tierra natal, al menos en un periodo relativamente corto.

En este sentido, el relato de Marco (fujianés, 31 años) sobre su padre, es ilustrativo en relación al deseo cumplido de retornar a la madre patria con las arcas llenas. En una de las tantas salidas dominicales en las que acompañé a él y su familia⁹⁸, Marco me contó que su padre había retornado a China después de muchos años de trabajo en el supermercado. Al preguntarle si en su país cobraba alguna jubilación con la que pudiera mantenerse, me contestó riéndose: “¡No! No cobra jubilación. ¡Descansa con todo lo que ahorró!”.

⁹⁶ Siempre que aquí se utilicen imágenes se indicará la fuente, salvo en el caso de las fotografías que sean de mi propia autoría.

⁹⁷ Ver: “‘Fanzailou’, la ciudad natal de los chinos de ultramar en Quanzhou, Fujian, China” [Traducción propia, artículo original en chino mandarín: “侨乡福建泉州 ‘番仔楼’ 化身乡愁记忆馆”]. *China News*. Beijing, 12 de agosto de 2020. Disponible en: <http://www.chinanews.com/hr/2020/08-12/9262893.shtml>

⁹⁸ Febrero 2020.

2. Encuentros y diálogos entre sistemas de saberes. Relatos y postales desde China

En el contexto de los profundos cambios que han tenido lugar en China durante las últimas décadas y especialmente durante los últimos años, tanto en el plano económico como en el sociocultural, es necesario considerar aquí uno de los ámbitos atravesados por esos procesos: su sistema médico. Particularmente, aquí nos detendremos en los modos en que los saberes y prácticas de la llamada “medicina china” son apropiados, legitimados y desarrollados en la llamada “*Nueva Era*”⁹⁹. Así, en este segundo capítulo, un primer punto de análisis conducirá a explorar la herencia y el desarrollo de este saber médico, incluidas las formas en que coexiste en la China contemporánea con la biomedicina, el alcance de la influencia mutua y las formas en el que los ciudadanos chinos se apropian de ambos. Para este propósito, en primer lugar, se rastrearán los caminos de la “medicina china” a partir de sus orígenes (registrados), y luego, los encuentros que se fueron sucediendo con la “medicina occidental” hasta la actualidad. Finalmente, considerando el desarrollo de la iniciativa “One Belt One Road” (OBOR)¹⁰⁰, será necesario volver a examinar algunas de estos procesos, ya no dentro del territorio chino, sino a lo largo de este corredor, con flujos globales que parten desde y hacia China. Esto a su vez llevará a discutir sobre el encuentro de dos modelos médicos diferentes en una escala cada vez más amplia y global.

Antes de adentrarnos en este recorrido, conviene aclarar ciertos preconceptos que circulan entre los agentes sanitarios locales, y en parte, en la sociedad receptora en general. Estos preconceptos radican principalmente en creer que los migrantes

⁹⁹ Este concepto surgió durante el XIX Congreso del Partido Comunista Chino, celebrado en octubre de 2017, en el cual se estableció la teoría política denominada "Pensamiento de Xi Jinping sobre el socialismo con características chinas para una nueva era". Aquí, tomado como un término nativo, representa un nuevo capítulo para la historia china, después de Mao Zedong y Deng Xiaoping, encarnado en la figura de Xi Jinping. Este concepto está asociado a catorce principios y valores políticos anunciados por Xi durante este congreso, asociado al objetivo principal del resurgimiento de la nación china como una superpotencia mundial para el año 2050 (Moreno, 2018).

¹⁰⁰ También llamada como la “Nueva Ruta de la Seda”, esta iniciativa impulsada desde el 2013, se trata de un mega proyecto comercial y de desarrollo económico que recrea y amplía a nivel global la antigua ruta de intercambio comercial. El objetivo principal de este corredor se centra en mejorar y expandir la conectividad y la cooperación entre la RPCh y diversos países de distintas regiones del planeta.

chinos al arribar a Argentina, se encuentran por primera vez con la llamada “medicina occidental”¹⁰¹. Así en el ámbito sanitario, fue habitual notar sorpresa en el personal de la salud al escuchar lo contrario, o que en China cuentan, muchas veces, con tecnologías más avanzadas que las presentes aquí, incluso en el sector privado de salud. Imaginarios de este tipo, se encuentran asociados a una estereotipación de “*el chino*” como un otro remoto, extraño y “exótico”, atravesado por una imagen ambigua. Es decir, por un lado, asociada a lo “primitivo” como condensación de atrasado, rural, tradicional (en oposición a un “nosotros” ajeno a esas valoraciones). Esta imagen, asociada también a calificativos como “*sucio*”, “*bruto*” que como mencionamos circulan en el imaginario local, contrastan por otro lado con una imagen vinculada a lo “avanzado” y lo “moderno”, asociado mayormente a los progresos tecnoeconómicos del gigante asiático. De esta forma, esta doble imagen que suele construirse del migrante chino en la sociedad local, resulta en un mosaico difícil de sintetizar para el sentido común en una imagen homogénea.

Para la descripción de los encuentros que aquí se detallarán, parto de este desconocimiento sobre las realidades sanitarias del “otro chino” para poder dar cuenta de la importancia de conocer los encuentros previos en relación a los actuales. Así, a partir de mi experiencia de un mes en la República Popular China en el año 2018, sumado a los relatos de migrantes y un diálogo con la revisión bibliográfica, aquí abordaré los usos y apropiaciones de los distintos modelos de atención de la salud que se dan en la sociedad de origen. Para esto, también será necesario realizar una mirada retrospectiva de los encuentros entre la llamada “medicina occidental” y la “china” y las formas en las que se interrelacionan en la actualidad. Por un lado, entonces, estos encuentros previos permitirán entender más acabadamente los “encuentros terapéuticos” que se suscitan aquí en Argentina entre los migrantes chinos y el sistema de salud local. Por otro lado, el caso planteado hará visible el carácter dinámico y

¹⁰¹ A pesar de que se pueda afirmar la existencia de una medicina científica occidental, en el campo de la Antropología de la Salud se prefiere la utilización del término “Biomedicina” o “Modelo Médico Hegemónico” ya que bajo la conceptualización de “Occidente” se homogeneizan y diluyen las especificidades propias de los diversos modos de atender y concebir la salud y la enfermedad que suceden en esta vasta región del planeta. Así todo, cuando este término sea aquí utilizado hará referencia a la clasificación nativa entre medicina china (中医: ZhōngYī) y medicina occidental (西医: XīYī), ampliamente difundida en la literatura médica especializada y en los discursos cotidianos de las personas chinas.

dialógico de los encuentros, como así el carácter imprevisible de lo “global” y las formas en que operan las hegemonías y se despliegan las relaciones de poder.

Para esto, retomo la sugerencia de Goldberg (2010) en relación a una de las variables a tener en cuenta en el análisis de los procesos de salud/enfermedad/atención de grupos migrantes en el contexto de la sociedad de destino. Así, además del conocimiento de los aspectos relacionados con el trayecto migratorio, se torna fundamental conocer cómo sus experiencias previas, en este caso, tanto con la “medicina china” como con el sistema biomédico en el país de origen, influyen o determinan su relación con el sistema sanitario local y sus representantes. De este modo, el poder analizar “la articulación entre esos distintos saberes y prácticas dará cuenta de sus procesos de salud/enfermedad/atención” (p.154).

En este sentido el trabajo de campo realizado en Hangzhou¹⁰² durante septiembre de 2018, me brindó la posibilidad de experimentar de primera mano la dinámica y la coexistencia de los dos modelos de salud imperantes en el “país del medio”: las llamadas en idioma nativo “中医 *Zhōng Yī*” (“medicina china”) y “西医 *Xī Yī*” (“medicina occidental”). En este contexto, pude asistir a dos hospitales en dicha ciudad, así como a la Universidad de Medicina China de Zhejiang. Del mismo modo, me fue posible visitar algunas farmacias y clínicas “tradicionales”, testigos de la larga y notable tradición de la “medicina china” en esta región. Asimismo, retomaré la entrevista realizada en CABA a Violeta (hija del médico chino con quien dirige su propio Centro de “Medicina Tradicional China”), ya que sus relatos fueron de mucha utilidad para poder encarnar en personas reales estos procesos históricos.

2.1. La “medicina china” y su encuentro con la “medicina occidental” desde una perspectiva histórica

2.1.1. La “medicina china” en los periodos dinásticos

¹⁰² Hangzhou es la capital de la Provincia de Zhejiang, considerada ésta como una de las más prósperas del país, a pesar de ser una de las más pequeñas en cuanto a territorio. La ciudad de Hangzhou, ubicada a menos de una hora en tren bala de la megaurbe de Shanghai, cuenta con 10.000.000 de habitantes, y se encuentra dentro de las diez ciudades más grandes del país.

Aunque el primer registro escrito de una enfermedad se remonta a la Dinastía Shang (1600-1100 a. C.), el origen preciso de la “medicina china” es localizado por muchos historiadores durante la Dinastía Han (206 a.C.-220 d.C.), periodo en el cual se hallaron registros explícitos de técnicas médicas. Se considera también que es en este momento en el que apareció uno de los textos clásicos más importantes de la “medicina china” jamás escrito: "El Canon de Medicina Interna del Emperador Amarillo" (黄帝内经 *Huángdì Nèijīng*). Este libro ha sido el tratado más influyente durante más de 2.000 años y todavía sigue siendo consultado por los profesionales de la “medicina china”, constituyendo "una fuente valiosa de inspiración teórica y conocimiento práctico en entornos clínicos modernos" (Unschuld, 2003: ix). Compuesto por múltiples volúmenes, este tratado aborda las propiedades y el sabor de las medicinas junto a sus formas de prescripción, a la vez que formula nociones sobre la función del cuerpo humano y el mundo físico, nociones que siguen siendo las ideas básicas concebidas por los profesionales de la “medicina china”. Entre ellas, por ejemplo, se encuentran la concepción de la salud como equilibrio, y la enfermedad, como su ruptura o desbalance. A su vez, se explican conceptos fundamentales que veremos en detalle en el último capítulo, como el “阴-阳 *yīn-yáng*”, los “cinco elementos de la naturaleza” 五行 *wǔxíng* (madera, fuego, tierra, metal, agua) y el difundido concepto de 气 *qì*¹⁰³. Del mismo modo, prácticas como la acupuntura o la moxibustión se describen de manera similar a las que se practican en la actualidad. Por estas y otras razones, se considera ampliamente que las enseñanzas dadas por este clásico aún sostienen la práctica de la “medicina china”¹⁰⁴ (Puerta, 2009).

Desde entonces, luego de miles de años de experiencia clínica, la aplicación de los métodos terapéuticos chinos ha consolidado un sistema teórico y terapéutico, considerado como un "precioso patrimonio cultural con una larga historia y valor práctico" (Liao, 2017: 17). De hecho, de las cuatro áreas de conocimiento desarrolladas en la antigua China (con sus propios sistemas de conocimiento y técnicas), es decir, la astronomía, la aritmética, la agronomía y la medicina, la última es la única que

¹⁰³ También conocido como “Chi”, según el sistema de romantización del chino mandarín, Wade-Giles.

¹⁰⁴ En efecto, como describe Scheid (2002) a partir de su etnografía realizada en Beijing, muchos de los médicos chinos con los que se vinculó hacían continua referencia a textos canónicos de más de 2000 años de antigüedad, incluido el Canon del Emperador Amarillo, entre otros clásicos.

permanece en la actualidad sin haber sido reemplazada por la ciencia occidental, y sigue desempeñando un papel importante en la vida de la mayoría de los chinos.

Aunque ambos modelos coexisten hoy, es importante señalar que la llegada de la “medicina occidental” a China ha producido muchos cambios profundos en las formas de cuidar y atender la salud de las poblaciones. Por esta razón, es necesario rastrear sus encuentros en el tiempo para poder entender más cabalmente su interacción e “integración”¹⁰⁵ en la actualidad.

Así, pueden hallarse los primeros intercambios registrados en relación a la atención médica desde los días de la dinastía Han y el Imperio Romano, cuando se estableció la comunicación entre China y Occidente a través de la Ruta de la Seda (Fu, 2014). Sin embargo, el primer registro de misioneros médicos de Occidente se encuentra durante la Dinastía Tang, con los cristianos nestorianos que llegaron de Medio Oriente, introduciendo la medicina hipocrática en el año 635 d.C. A pesar de estos primeros encuentros, no fue hasta las Guerras del Opio en el siglo XIX, que la “medicina occidental” definitivamente se asentaría en territorio chino, lo que acarrearía cambios profundos en la sociedad local y en las formas de prestar y recibir atención médica. Así, en 1842, el Tratado de Tianjin permitía a los extranjeros viajar a cualquier lugar dentro del país, sin estar sujetos a la ley china. Por primera vez, a los misioneros se les permitió poseer propiedades y residir fuera de los puertos del tratado. Aunque la prioridad de los misioneros era la evangelización, y por ello su esfuerzo por expandirse más allá de los puertos, los hospitales y las clínicas que creaban a su paso, atraían más conversos que la predicación. Así, a fines del siglo XIX, la mayoría de las ciudades tenían una misión cristiana y su “clínica de misión”, donde incluyeron progresivamente programas de educación médica y educación escolar occidental. Ganando cada vez más influencia, en 1881 se fundó la Escuela de Medicina de Tianjin como la primera que estableció el gobierno para la enseñanza de la “medicina occidental” (Jackson, 2011).

2.1.2. El período entre Repúblicas

¹⁰⁵ Tomado aquí como término nativo. En efecto, como veremos, además de los diálogos e influencia mutua, existe una subdisciplina resultante entre ambos saberes detallada en chino como “中西医结合 *Zhōng xīyī jiéhé*” y en inglés, como “Integrated Chinese and Western Medicine”.

Una vez que se fundó la República y la última dinastía fue abolida, el movimiento político liderado por el primer presidente, Sun Yat-Sen (médico de formación, capacitado en Occidente), intentó impulsar una modernización de la atención de la salud, aconsejando la “medicina occidental” por sobre la nativa. En este contexto, un evento epidemiológico desafortunado que tuvo lugar entre 1910 y 1911, la llamada “peste manchuriana”, estuvo estrictamente relacionado con la crisis del sistema médico, y con la consiguiente pérdida de reputación de la “medicina china” (Lei, 2000). Durante esta plaga neumónica en la que murieron 60,000 personas en Manchuria, casi un centenar de médicos tradicionales fueron seleccionados especialmente para controlarla, pero todos murieron a causa de ella. En efecto, “la única persona que pudo ayudar fue un joven médico capacitado en Cambridge, Wu Lien-te, que utilizó su conocimiento científico para dirigir las medidas sanitarias y de salud pública necesarias para evitar que la plaga se propague más” (Macdonald, 2017: 2). Esto no sólo causó una gran impresión en las autoridades, sino que una de las repercusiones causadas por esta catástrofe fue la reorientación de los objetivos de atención de la salud, que ya no serían enfocados individualmente, sino centrados en la comunidad. En ese contexto, la “medicina occidental” fue vista como un medio para alcanzar este objetivo (de la mano de las vacunas y el control ambiental) que socavó de manera decisiva la legitimación de la medicina nativa.

Según Lei (2000), hasta la década de 1920, los practicantes de ambas medicinas ya habían coexistido durante décadas sin competir directamente entre sí. Pero no fue hasta el comienzo del período nacionalista cuando los dos sistemas comenzaron una larga lucha que cambiaría el curso de la “medicina china”. Mientras el Partido Nacionalista ¹⁰⁶ (KMT) intentaba llevar a cabo una agenda de modernización generalizada, fundó el Ministerio de Salud en Nanjing (por primera vez en la historia del país, China tenía un centro administrativo nacional para hacerse cargo de los problemas relacionados con la atención médica). Este Ministerio, conducido por médicos formados en Occidente, durante la primera Conferencia Nacional de Salud Pública celebrada en 1929, aprobó por unanimidad una propuesta para “Abolir la

¹⁰⁶ En chino mandarín: “国民党 *Guómíndǎng*”.

Medicina de Estilo Antiguo con el fin de Eliminar los Obstáculos a la Medicina y la Salud Pública”¹⁰⁷ (Fang, 2012: 6).

Resulta interesante cómo esta situación adversa para la medicina nativa es reconstruida como un hito que fue resuelto con heroísmo y convicción. Así, como señala Farquhar (1994):

Sorprendentemente, en una situación tan crítica, la comunidad de la Medicina Tradicional China aceptó el desafío y defendió su posición, y en lugar de desalentar a los médicos chinos tradicionales, esta amenaza los movilizó en un movimiento de Medicina Nacional masivo, que resultó en un hito histórico para la disciplina (p.13).

Es así que, en el mismo año, los defensores de la “medicina china” organizaron una asociación nacional (Instituto de Medicina Nacional) para combatir estos desafíos legales e ideológicos. Esta confrontación “también constituyó un evento epistemológico que llevó a muchos médicos chinos a abrazar el discurso de la modernidad y reformar la medicina china sobre la base de este discurso” (Lei, 2000: 5), lo que condujo a la progresiva cientifización y modernización del sistema médico chino. El debate sobre la eliminación de la “medicina china” hizo surgir dentro de la comunidad disciplinaria una autoevaluación que los “inspiró” a sistematizar la bibliografía existente, discutir teorías básicas e investigar sobre diferentes escuelas de pensamiento. Este movimiento político antagónico, entonces, y por fuera de lo esperado, sentó las bases para una estandarización y mayor desarrollo de la medicina “nacional” (Liao, 2017).

Como señalan algunos autores (Lei, 2000; Liao, 2017), aunque la llegada de la “medicina occidental” a China puede verse como un factor desalentador, finalmente promovió el desarrollo del sistema médico local. Como dice Liao (Ibíd.):

Bajo la presión de la medicina occidental, los médicos de la medicina tradicional china tomaron medidas para defender, promover y fortalecer la medicina tradicional china mediante la creación de escuelas, el inicio de programas de capacitación, la publicación de revistas, la organización de sociedades, la traducción de libros el desarrollo de fármacos. Todos estos cambios muestran que la introducción de la medicina occidental en China, en cierta medida, ha promovido el desarrollo de la medicina tradicional china (p.15).

¹⁰⁷ Original en inglés: “Abolishing Old Style Medicine in Order to Clear Away the Obstacles to Medicine and Public Health”

2.1.3. La República Popular y la consolidación de la “medicina china”

Con la fundación de la República Popular China en 1949, comenzaría un nuevo capítulo para la “medicina china”. Después de años de guerra, el resultado fue un país devastado por décadas de pobreza, desnutrición y enfermedades endémicas. La nueva República “respondió a la difícil tarea por delante con la introducción de cambios sociales y económicos masivos. [...] Se brindaron servicios básicos de atención de salud y preventivos a todos como parte del sistema médico cooperativo” (Hesketh y Wei, 1997: 1).

El presidente Mao Zedong apoyó el sistema de salud local basándose en su valor cultural nacional, promoviendo el resurgimiento del interés por parte del estado en la medicina local, al mismo tiempo que creía en el progreso realizado por la “medicina occidental”. Por otro lado, en uno de sus discursos, citado en Taylor (2011), se ve reflejada además una política pragmática de maximización y aprovechamiento de los recursos disponibles:

Los equipos de trabajo de salud de nuestra nación son grandes. Tienen que preocuparse por más de 500 millones de personas [incluidos los] jóvenes, viejos y enfermos. [...] En la actualidad, los médicos de la medicina occidental son pocos y, por lo tanto, la gran mayoría de las personas, y en particular los campesinos, dependen de la medicina china para tratar enfermedades. Por lo tanto, debemos luchar por la unificación completa de la medicina china (p.33).

En este contexto, en el Primer Congreso Nacional de Salud en 1950, se anunciaron una serie de pautas básicas para la organización de la atención médica. Entre ellas, la medicina debía servir a los trabajadores, campesinos y soldados; la medicina preventiva, tener prioridad sobre la medicina terapéutica; y la “medicina tradicional china” debía integrarse con la “medicina científica occidental” (Farquhar, 1994).

Siguiendo estas pautas, se fomentó la posibilidad de lograr un acceso casi universal a la atención médica, constituyendo uno de los factores que explican las reducciones en la mortalidad y la morbilidad observadas durante los años cincuenta y sesenta. Esta política fue acompañada por la mejora en las condiciones socioeconómicas y por el énfasis puesto en la prevención, por ejemplo, mediante campañas masivas de inmunización o acciones como “La campaña de las cuatro plagas” (dirigida a eliminar moscas, mosquitos, ratas y gorriones) (Taylor, 2011).

Tomando como referencia la notable investigación dirigida por la antropóloga Judith Farquhar (1994), el campo de la “medicina china” surgió en su forma institucional moderna, en 1949, sólo después de la fundación de la República Popular China. Más aún, las organizaciones contemporáneas de este saber localizan sus inicios como entidades totalmente legítimas a partir de la proclamación de Mao Zedong de 1955 donde afirma que “la medicina de nuestra patria es un gran tesoro” (p.11).

En este contexto político, entre mediados y fines de la década de 1950, se fundaron las primeras universidades de “medicina china” y las asociaciones profesionales anteriores a la “Liberación”¹⁰⁸ se revitalizaron y ampliaron con el apoyo público. La Oficina de Medicina China fue trasladada del Ministerio de Comercio al Ministerio de Salud. Y de la misma manera los profesionales diversos y dispersos de la medicina nacional, con sus pequeñas academias y clínicas familiares, se organizaron en una jerarquía nacional de instituciones clínicas y académicas en rápido crecimiento. Es así que el saber local “adquirió repentinamente una clara identidad profesional” (ídem).

De hecho, el *Journal of Traditional Chinese Medicine*¹⁰⁹ se publicó por primera vez en 1955¹¹⁰, consagrada como la revista más antigua, autorizada, y de mayor circulación en este campo. En la misma línea, después de esta década, se establecieron instituciones de educación superior de “medicina china” en toda China, lo que generó la creación de libros de texto de teoría unificada y un sistema estándar de materias, drogas y técnicas (Liao, 2017). Así, este saber “milenario” finalmente surgió como un sistema consolidado, resultando este período en el momento en el cual se sistematiza la “medicina china” de la forma en la que más o menos se la conoce hoy (Farquhar, 1994; Taylor, 2011).

¹⁰⁸ La fundación de la República Popular China en 1949 es un momento histórico conocido desde la retórica del Partido Comunista chino como "Liberación", y denominando como "Pre-Liberación" a los tiempos precedentes.

¹⁰⁹ Aún más, es durante este período que surge el concepto de "Medicina Tradicional China" para dar cohesión y unidad a esos grupos previamente dispersos. Durante el período previo a la “Liberación”, hubo un debate sobre cuál era el término más apropiado para referirse a la medicina china. Este debate incluyó los conceptos de "medicina china" (中医 *ZhōngYī*), el más utilizado por mis interlocutores, "medicina antigua" (旧医 *JiùYī*) y "medicina nacional" (国医 *GuóYī*).

¹¹⁰ En el contexto de la Política de Reforma y Apertura, la primera edición en inglés se estrenó en 1981.

2.1.4. La Revolución Cultural y los “médicos descalzos”

Avanzando en la línea temporal, durante los años ‘60, en el contexto de la Gran Revolución Cultural Proletaria (1966-1976), muchos médicos urbanos fueron enviados a las zonas rurales a trabajar y a formar en la profesión a habitantes locales. Este nuevo personal sanitario, se convertiría con el tiempo en los conocidos "médicos descalzos"¹¹¹ (赤脚医生 *Chìjiǎo Yīshēng*). Como muchos autores comentan (Wei, 2013; Xu y Hu, 2017; entre otros) "aunque China había comenzado en 1958 a capacitar a médicos descalzos -en esencia, trabajadores mitad agricultores-mitad médicos¹¹²- no fueron institucionalizados ni entrenados masivamente, hasta que comenzó la Revolución Cultural" (Wei, 2013: 251). De hecho, el término "médicos descalzos" hizo su primera aparición oficial en 1968 en un artículo del *Red Flag Journal*¹¹³.

Estos terapeutas rurales constituyeron un papel clave en un sistema de salud más amplio llamado "Esquema médico cooperativo rural", operativo entre 1968 y 1981, el cual se convirtió en el primer sistema nacional de seguro de salud primaria del país. Por medio de los “médicos descalzos”, este sistema proporcionó atención médica primaria a los campesinos y erradicó muchas enfermedades infecciosas y endémicas, mejorando sustancialmente la salud de las personas en las zonas rurales como nunca antes había sucedido. Estos médicos también se convirtieron en un actor fundamental en la integración de las medicinas “china” y “occidental”. Como plantean Xu y Hu (2017), durante la década de 1960, la política oficial de salud, apuntó a la combinación de ambas medicinas lo cual tuvo como resultado una progresiva y gradual integración de estos saberes. Paralelamente, el Estado “también tomó medidas relevantes para apoyar el desarrollo de la medicina tradicional china. En su plan de estudios de capacitación, los médicos descalzos aprendieron tanto la medicina china como la occidental, así como la integración de las dos” (p.140)

¹¹¹ En inglés: “Barefoot doctors”

¹¹² Literalmente en chino: “半农半医 *Bànnóngbànyī*”

¹¹³ 红旗 *Hóngqí*. Fue una revista teórica-política publicada por el Partido Comunista chino durante las décadas del ‘60 y ‘70.

Al final de este período, más de un millón de aldeanos (hombres y mujeres¹¹⁴) recibieron capacitación, cultivaron hierbas medicinales y brindaron atención a la comunidad a un muy bajo costo. Desde una perspectiva internacional, este movimiento sanitario fue considerado como un ejemplo de excelencia en lo respectivo a la Atención Primaria de la Salud (APS), y se convirtió en un modelo para el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los "médicos descalzos" mejoraron dramáticamente el acceso a la atención médica en las comunidades rurales de China y fueron una gran inspiración para el movimiento de APS que condujo a la conferencia en Alma-Ata, en la ex República Soviética de Kazajstán en 1978. Como afirma la OMS (2008), "estos trabajadores de la salud vivían en la comunidad a la que servían, centrados en la prevención en lugar de la cura mientras combinaban medicinas occidentales y tradicionales para educar a las personas y proporcionar un tratamiento básico".

Más allá de estos avances, lo cierto es también que los grandes centros académicos que se habían forjado y consolidado durante el periodo anterior, fueron diezmados durante la Revolución Cultural. Como explica Farquhar (1994), una de las formas visibles de las políticas "antiexpertos" y "antiprivilegios" de este periodo fue, por ejemplo, que ningún periódico profesional de "medicina china" fuera publicado durante esta década, o que las escasas revistas médicas que aparecieron durante este periodo concentraran exclusivamente el trabajo de los "médicos descalzos".

2.1.5. Proceso de Reforma y Apertura. Comienzo de la era global.

Con la llegada de Deng Xiaoping y su proceso de "Reforma y Apertura", la "medicina china" recibió un nuevo impulso, unido a la política de "Las cuatro modernizaciones": industria, agricultura, ciencia y tecnología, y milicia. Este período dinámico, caracterizado por un rotundo cambio de política nacional, benefició a las instituciones de la medicina local, a la par de otras unidades académicas y científicas (Ibíd.). Dentro de este marco político, en 1982, el papel formal de la "medicina china" en el sistema de salud chino fue reconocido a nivel constitucional y nacional. La igualdad de status de los dos modelos médicos se enfatizó en 1985 y la política de

¹¹⁴ Más de la mitad fueron mujeres (Wei, 2013).

integración se continuó, aunque con un énfasis diferente. Se crearon tres categorías distintas de médicos: médicos chinos tradicionales, médicos occidentales y médicos integrados (Griffiths et al., 2010), las cuales se mantienen hasta la actualidad.

Aún más, la “medicina china” no sólo fue consolidándose y reestableciendo su status al interior del país, manteniendo la misma posición que la biomedicina, sino que, hacia fines del siglo XX se ha extendido gradualmente a los países occidentales. Como establece Lei (2000) “en Occidente, la medicina china forma parte de una gran familia mundial de medicinas alternativas y también ha sido aceptada en cierta medida en los servicios generales de atención médica” (p.3).

En este marco, la interacción entre los saberes médicos chinos y occidentales comenzó a aumentar significativamente hasta nuestros días, tanto a escala nacional como internacional, tal como veremos al finalizar el capítulo.

2.1.6. El recorrido de la “medicina china” a partir de un caso: la familia de Violeta

Por último, a partir de Violeta y su familia de médicos, podemos visualizar cómo estos procesos históricos se materializan en un caso concreto. Así, en la entrevista que le realizara en 2019, describió su perspectiva sobre la situación actual de la “medicina china” y cómo fue influida por la “medicina occidental”, encarnando en parte lo descrito hasta aquí. Al respecto, comentaba que actualmente: “*hay cosas que se van perdiendo, hay cosas que justamente se es consciente que se está perdiendo, y hay intención de recuperar*”. Agregó, sin embargo, que “*siempre hubo como esos movimientos*” de querer reemplazar lo “nuevo”, como sinónimo de “lo moderno” u “occidental”, por sobre lo “viejo”, “lo tradicional”¹¹⁵ y local. Así, agregaba:

¹¹⁵ Las nociones de “tradicional” y “moderno” fueron categorías fundamentales del pensamiento social, con un notable impacto en la sociología de la modernización. En la antropología, a mediados del siglo pasado, Redfield (1942) abrió el campo de la disciplina al estudio de las sociedades campesinas, ya no salvajes, sino “folk”, ligadas a la tradición, opuestas a lo “urbano”. Aquí, esta difusa oposición será tomada desde una lógica nativa, que opone lo “moderno” como occidental, y lo “tradicional” como local. Así, como indica Zhan (2009) y se mencionó anteriormente, los profesionales de la “medicina china”, los profesionales biomédicos y el público en general, utilizan el término “medicina occidental” como la lengua vernácula más popular para “biomedicina”. “Esta superposición, entonces, en sí misma es indicativa de la fusión entre lo “occidental” y lo biocientífico (p.207), entendido como opuesto a lo “tradicional”. En efecto, como señalara en la introducción, el término de “Medicina Tradicional China” no sólo presenta ciertas limitaciones desde la concepción nativa, sino que ha sido sumamente cuestionado por diversos sectores académicos. En efecto, autores como Scheid (2002) apelan a descartar

Por ejemplo, en la última Dinastía, cuando empieza a generar la nueva china República, ¿no? Esa República China, es una influencia también de la ideología occidental hacia el chino imperialista o chino antiguo, en donde los hombres empiezan a cortarse su colita, empiezan a dejar de usar vestido chino, sino que traje con pantalón, empieza a haber incorporación de conocimientos del mundo occidental. Entonces esa influencia, en algún momento de la historia, hizo que opacara los conocimientos de medicina china. Por ejemplo, el efecto rápido de penicilina, el efecto rápido de aspirina... entonces la gente empieza a perder paciencia en los efectos lentos que tiene la medicina china, aunque la medicina china es... se trabaja con condiciones naturales que por eso el efecto es lento, a diferencia de fármacos que son drogas que te trae efecto adverso, ¿no? Pero son situaciones y momentos de la historia que empieza la gente a ser influenciada por una cosa nueva, y va dejando la cosa vieja. Y entonces, en una época en donde los médicos tradicionales vieron la crisis de que la medicina china estaba por desaparecer, hicieron como un reavivamiento de la medicina china.

Por un lado, a partir de la trayectoria de su padre y luego de su hermano, la interlocutora narró cómo fue el proceso de “academización” de la enseñanza de la “medicina china”, siendo reemplazada la transmisión intergeneracional del saber. Así, comentó que su padre, fue el primero en su familia en atravesar la fase liminal de los “*médicos de pueblo*” a los formados académicamente:

Mi papá fue la transición, porque antes de mi papá era por pueblo. Era enseñanza del pueblo, son médicos por generación de familia o son médicos que se sigue a un maestro, y se es discípulo de tal médico. Y en la época de mi papá era la transición que empezó a haber carrera académica, digamos, ¿no?, y él en su momento lo que hizo era adquirir conocimientos de la enseñanza de mi abuelo, y mi abuelo lo manda a Japón a que termine la formación académica. Entonces él termino estudiando... en ese momento en Japón son instituciones de acupuntura, es como un terciario, ¿sí? Ahí termina su formación como docente y ejerce la enseñanza también en las universidades de Japón. Él estuvo enseñando en la Universidad pedagógica de Japón y también en distintos lugares, así como en clínicas, centros.

Por otro lado, la entrevistada relató en mayor detalle la formación en “medicina china” de su familia, a través de las distintas generaciones. Así, explicó que su padre es médico de “*novena generación*”, es decir, que el conocimiento médico fue traspasado de generación en generación, hasta encontrar los primeros registros familiares 300 años atrás¹¹⁶. Su abuelo, también taiwanés, se desempeñó en Taipei

el término y simplemente utilizar el término "medicina china", ya que, como veremos incorpora elementos de ambos modelos.

¹¹⁶ Violeta refirió que su padre tiene en su poder “*el libro manuscrito de la familia*”, donde se detallan los conocimientos acumulados y transferidos entre las distintas generaciones de médicos. Al respecto decía: “*Sólo algunos lo pudimos ver, en manos de mi papá, porque algunos los tiene guardados porque son reliquia. Y, por otro lado, mi papá me dijo que lo tiene bien guardado por una cuestión de realmente poder guardarlo, porque el hecho ahora de exponer esos materiales, que son bienes familiares, el gobierno puede exigirle conservarlo. Y como estamos en Argentina, quedan acá*”.

como un “*médico prestigioso*”, según lo descrito por Violeta, habiendo recibido el título de “*Ciudadano Ilustre*” por su labor en tiempos de guerra, durante la invasión japonesa:

Mi abuelo, practicó e hizo ejercicios de medicina china en tiempos de guerra que él estuvo de Taiwán y China continental y volvió a Taiwán. Pero... mi papá nace en el año cuando termina la segunda guerra mundial, así que por lo que yo tengo entendido mi abuelo pasó por, Taiwán, China, Taiwán, y para cuando él vuelve a Taiwán, viste que Taiwán era bajo la colonización de japoneses, entonces mi abuelo vio que bueno, se puede estudiar en ese contexto japonesa, y entonces mi papá es llevado a Japón para estudiar.

A partir de su relato podemos dar cuenta no sólo la movilidad desplegada por el abuelo de Violeta, sino también la estrecha relación entre Taiwán y China continental previo al conflicto político de 1949. En efecto, al respecto de la procedencia geográfica de su familia, Violeta detalló que sus antepasados eran originarios de Fujian y que, en algún momento del árbol familiar, no lo sabe exactamente, una rama se instaló en Taiwán. Como señalan varios autores (Harding, 1993; Morris, 2004, Wang, 2011, entre otros), la migración entre Fujian y Taiwán fue históricamente frecuente y fluida, hasta el cierre de la frontera en 1949. La apertura del país a fines de la década de 1970, posibilitó nuevamente el restablecimiento de estos flujos, aunque ahora, con diferentes formas de regulación. Por otro lado, si bien Violeta desconoce los motivos por los cuales su abuelo decidió enviar a su hijo a estudiar “medicina china” a Japón, sí podemos aducir, por el contexto histórico, que haberlo enviado a China continental no hubiera sido posible.

En el caso particular de Taiwán, es importante mencionar que, si bien la formalización del aprendizaje de la “medicina china” también se produjo durante la década de 1950 como en China continental, en la isla hubo ciertos factores que marcaron un camino diferente para esta disciplina. Como vimos en el capítulo anterior, luego de la Revolución Comunista, muchos chinos, mayoritariamente los opositores políticos, se exiliaron en la Isla de Taiwán, recuperada hacía unos pocos años luego del fin de la invasión japonesa durante la Segunda Guerra Mundial. Así, los nacionalistas mantuvieron el dominio de la originaria “República de China” y continuaron en la misma línea de los valores y preceptos que habían impuesto durante su dominio en China continental. Esto, claramente no fue beneficioso para la “medicina china” ya que cuando no hubo intentos por abolirla, se mantuvo una política

de “tolerarla, pero no estimularla” (Wiseman & Feng, 2000). Teniendo en cuenta este contexto, en donde el Partido Nacionalista (KMT) continuó favoreciendo el desarrollo de la “medicina occidental” en desmedro de la propia, se podría aducir porqué el abuelo de Violeta pudo haber descartado la formación en Taiwán para su hijo.

Por último, Violeta agregó que su hermano, también médico (aún no se lo considerará “*décima generación*” hasta el fallecimiento de su padre), es el primero en toda la generación de médicos de la familia, en estar formado académicamente y haber completado un doctorado:

Mi hermano sería la primera generación oficial, oficial con carrera de grado y doctorado que mi papá luego lo manda a China. Así que es como que, según la generación y línea de tiempo de historia, mi abuelo vio la necesidad que mi papá tenía que ir a Japón a estudiar, y mi papá vio la necesidad de que mi hermano tiene que ir a China a estudiar [...] Y mi hermano hizo, carrera de grado en la Universidad de Medicina Tradicional de Beijing¹¹⁷, que es la prestigiosa, la mejor de medicina china de Beijing. Hizo carrera de grado, hizo posgrado, hizo doctorado... 11 años hizo la carrera. El doctorado lo hizo en Acutomo. Acutomo es una técnica especial de acupuntura, fusionado con cirugía. Es algo muy... no es muy común.

A partir del caso de Violeta puede advertirse que la línea masculina tiene una fuerte predominancia en lo referente a la herencia y traspaso del saber médico entre las generaciones familiares. En este sentido, como veremos en el último capítulo, la patrilinealidad es característica de la configuración familiar “tradicional”, habiéndose visto modificada en las últimas décadas. En el campo de la salud, quienes podían ser herederos del saber médico, eran generalmente los hijos varones. En efecto, muchos de los interlocutores de Zhan (2009), antropóloga que realizó un extenso trabajo de campo en Shanghai y en California en diversos establecimientos de “medicina china”, eran médicos descendientes de generaciones previas por línea masculina. Como explica la antropóloga, los discursos y prácticas tradicionales de parentesco entre los médicos privilegiaban la sucesión padre-hijo antes que la herencia de las hijas. Más aún, en ausencia de un heredero varón, se prefería a las nueras antes que a las hijas, considerando que éstas se casarían y se radicarían fuera de la familia (como veremos en el último capítulo, la patrilocalidad también es una característica habitual de la familia “tradicional”).

¹¹⁷ En mandarín: “北京中医药大学, *Běijīng zhōng yīyào dàxué*”

Así todo, esta tendencia histórica se ha visto revertida en los últimos años, pudiendo las mujeres acceder al saber formal de la medicina a través de los estudios universitarios. El caso de Violeta es una muestra elocuente de la “feminización” de la práctica médica ya que, si bien finalmente estudió filosofía, el mandato paterno era que estudiara “medicina china” como su hermano: *“el deseo de mi papá era que seamos médicos, ambos”*. Es decir, primero estudiar la carrera biomédica en Buenos Aires, para luego continuar los estudios en China, en el saber “tradicional”, como sí finalmente lo concretó su hermano. Al respecto, Zhan (Ibíd.) justamente describe cómo se ha ido produciendo una “generización”¹¹⁸ de la práctica médica (p.148) desde la década del ‘50 en adelante a partir de la formalización de la enseñanza y la fundación de las universidades. Así, a principios de dicha década el ratio masculino-femenino era 6 sobre 1, número que se fue equilibrando con el correr de los años¹¹⁹. Según la autora, si bien probablemente procesos de “institucionalización, estandarización y globalización” han tenido un rol clave en el ingreso de las mujeres al mundo de la “medicina china”, advierte que este fenómeno reviste procesos mucho más complejos¹²⁰.

2.2. Encuentros contemporáneos: usos y apropiaciones en la China actual

Como adelanté más arriba, la estancia de investigación en China en el año 2018, me dio la posibilidad de experimentar de primera mano la dinámica y los encuentros entre los sistemas de salud “occidental” y “chino”. A continuación, describiré dos tipos de establecimientos de salud diferentes que configuran la oferta de establecimientos de salud que pueden visitar las personas chinas en su país. Uno de corte “tradicional” donde sólo se dispensa la “medicina china”, y en el siguiente apartado veremos el caso de los hospitales públicos donde se observa una mayor integración entre modelos médicos.

¹¹⁸ “Genderization” (original en inglés)

¹¹⁹ Sin embargo, como refiere Zhan (2009), si bien ha habido una “generización” del saber y la profesión, se suele preferir a médicos hombres a la hora de competir por puestos laborales. Así, como explicita la autora: “algunos avisos publicitarios explícitamente solicitan candidatos hombres” (p.148).

¹²⁰ En dicha obra, ver: “Gender and Kinship in and of Traditional Chinese Medicine” (p.151-154).

2.2.1. Las clínicas “tradicionales” y sus intersticios

Por un lado, asistí a dos hospitales en la ciudad de Hangzhou, provincia de Zhejiang (ver mapas 2 y 3), así como la Universidad de Medicina China de la provincia y su Museo de Historia de la Medicina China¹²¹. También visité dos de las farmacias y clínicas tradicionales “más prestigiosas” de la ciudad según lo referido por los interlocutores, específicamente 方回春堂 *Fāng Huí Chūn Táng* y 胡庆余堂 *Hú Qìng Yú Táng* (y su Museo de “Medicina Tradicional China”¹²²). A partir de estas experiencias y las conversaciones informales allí realizadas, sumado al asesoramiento de mi supervisor de origen chino, presentaré las siguientes líneas. Asimismo, las conversaciones a posteriori realizadas con mis interlocutores aquí en Argentina, también me fueron de utilidad para comprender más en profundidad el sistema de salud chino y la interacción entre la “medicina china” y la biomedicina.



Mapa 2. Ubicación de Hangzhou, capital de Zhejiang, en relación a la RPCh.

¹²¹ Este museo, además, muestra la historia de la carrera desde sus inicios en 1953.

¹²² Uno de los pocos de toda China sobre esta temática, el Museo de Medicina Tradicional China de 胡庆余堂 *HúqìngyúTáng* abrió sus puertas en 1991, y constituye uno de los museos de más famosos en esta especialidad, después del de Shanghai (descrito por Zhan, 2009). La exposición se divide en cinco partes que incluyen, además de una introducción histórica, una exhibición de talleres farmacéuticos y herramientas tradicionales, como así muestras de plantas, animales y minerales.



Mapa 3. La provincia de Zhejiang y sus provincias limítrofes.

En principio, más allá de los intentos de integración, muchas veces exitosos entre ambos sistemas, es innegable que la “medicina occidental” ha ganado mucho más protagonismo en los itinerarios terapéuticos de las personas chinas, sobre todo los de la gente más joven. Por otro lado, éste constituye el modelo médico cubierto con mayor predominio por los seguros de salud. Así todo, en las prácticas cotidianas, predominantemente de los adultos y adultos mayores, técnicas relacionadas con el conocimiento tradicional de la atención médica son altamente frecuentes en la China contemporánea. Las más frecuentes suelen ser el consumo de medicinas a base de hierbas, la práctica de 太极拳 *Tàijíquán* o 气功 *Qìgōng*, como así también la ingesta de alimentos o bebidas medicinales. Del mismo modo, un gran número de personas se acerca a los establecimientos de “medicina china” buscando soluciones para tratar sus problemas de salud, sea yendo a consultas clínicas, o comprando los remedios naturales que allí se dispensan.

Así, como referían los interlocutores consultados durante mi estancia en China¹²³ y aquí en Argentina, los itinerarios terapéuticos de la mayoría de las personas chinas, al menos en las zonas urbanas, oscilan entre la biomedicina y la “medicina

¹²³ Profesores de la Universidad de Zhejiang Gongshang y de la Universidad de Medicina China de Zhejiang, principalmente.

china”, sea acudiendo a este tipo de clínicas o realizando prácticas afines en sus hogares y en su vida cotidiana. Las racionalidades asociadas a estas elecciones, las veremos más abajo.

En este sentido, el caso de 胡庆余堂 Húqìngyútáng y 回春堂 Huíchūntáng es paradigmático, además de reflejar el papel vital que Hangzhou ha jugado durante mucho tiempo en el desarrollo de la “medicina china”. Ambas fueron fundadas durante la dinastía Qing (en 1874 y en 1649, respectivamente), y constituyen dos farmacias y clínicas “tradicionales” que cuentan con su propio taller de fabricación de medicamentos, una tienda de medicinas, como así varios consultorios donde se ofrecen tratamientos herbales y acupuntura (entre otras técnicas).

Me detendré por un momento a describir estas clínicas, acompañando el relato con algunas de las fotografías que tomé durante mi visita. Haré una descripción de ambas clínicas en conjunto, ya que, por lo observado en cuanto a su disposición, funcionamiento y tipos de salas, son muy similares (con la principal diferencia que una de ellas contaba con el Museo de “Medicina Tradicional China” de la provincia). Ambas clínicas se diferenciaban notoriamente de tiendas pequeñas que encontré en ciertos sectores de la ciudad como la que se indica en la imagen 2. En efecto, como atinadamente observó Kleinman (1980) en su trabajo de campo realizado en la década del 70 en Beijing y Taipei:

Las farmacias chinas tienden a ser mucho más grandes e impresionantes que las tiendas de los herbolarios, y a menudo están ricamente decoradas al gusto tradicional chino, conteniendo, por ejemplo, estantes de madera bellamente diseñados con vasijas de porcelana antiguas y filas de cajones estrechos que contienen las hierbas preparadas y otros agentes medicinales (p.6).



Imagen 2. Este tipo de tiendas no sólo son más pequeñas que las clínicas y farmacias, sino que venden productos variados, incluidas gaseosas como Coca-Cola y Sprite (como puede verse a la derecha).

En primer lugar, al arribar al primero de estos establecimientos, 回春堂 Huíchūntáng, fue ineludible sentir adentrarme en una China antigua (ver imagen 3), quedando desdibujada la percepción de la China ultramoderna y globalizada que se aprecia por fuera de esos márgenes difusos. Así todo, en breve comenzaron a aparecer las líneas de fuga. Pero antes de ir a ellas, me detendré en una descripción de las salas.



Imagen 3. Una de las entradas al 回春堂 Huíchūn táng, fundado en 1649. Se puede ver a ambos lados de la entrada los llamados “Leones de Fu” o “Leones chinos”, poderosos animales míticos a los cuales se les atribuye la función de protección y seguridad. Así como pueden apreciarse en la entrada principal al Barrio Chino de Buenos Aires, estos animales son frecuentemente colocados en entradas a templos, lugares sagrados, palacios, etc. (además de otros Barrios Chinos del mundo). Nunca los había visto en sitios de gestión privada, o de cuidado de la salud.

Ambos establecimientos están organizados en una planta baja de amplias dimensiones, distribuidas en varias salas destinadas a la venta de distintas medicinas naturales: hierbas, raíces, té de diversos tipos, etc. (ver imagen 4 y 5), como así otras industrializadas en formato de píldora (ver imagen 6). Así, me propuse recorrer cada rincón de las clínicas, llegando en el caso de 回春堂 *Huí Chūn Táng* a la planta alta, donde se encontraban los consultorios médicos, y su respectiva sala de espera.

Como puede verse en las imágenes, al ingresar a las clínicas, amplios mostradores reciben a aquellos usuarios que quieran solicitar un turno con algún médico, o abonar los productos recetados o de compra espontánea (ver imagen 7). Asimismo, dispensadores gratuitos de té rojo caliente (ver imagen 8), se encuentran a la entrada y en otras salas, pudiendo observar a la mayoría de los clientes deambular con un vaso de té en sus manos. Siguiendo la conducta de los demás, me serví también, a pesar que la temperatura climática superaba los 30°C.



Imagen 4: Una de las salas destinadas a la exhibición y venta de hierbas y productos medicinales naturales.



Imagen 5: Venta de productos naturales, por peso o envasados.



Imagen 6: Medicinas naturales en píldoras, producto de la gran industria farmacológica de la “medicina china”, y de alcance cada vez más global.



Imagen 7. Vestíbulo de una de las clínicas. En el fondo pueden observarse las ventanillas donde solicitar turnos o realizar los pagos.



Imagen 8. Uno de los dispensers de té, a la entrada de 方回春堂 *Fāng huí chūn táng*.

En planta baja, también se encuentran espacios íntegros dedicados a la exhibición de información sobre cada uno de los médicos, un Currículum Vitae resumido, resaltando su área de especialidad, formación en “medicina china” y/o integrado con “medicina occidental”, y experiencia laboral. Además de una foto de su rostro y su nombre, se explicita su cargo en la institución: “médico tratante” (主治中医师 *Zhǔzhì zhōngyī shī*), “médico jefe adjunto” (副主任医师 *Fù zhǔrèn yīshī*), si son profesores (muchos de ellos figuraban como “profesores asociados” 副教授 *Fùjiàoshòu*) o si cuentan con maestría o doctorado (ver imágenes 9 y 10). Por último, en algunos casos se agrega si el profesional pertenece a una familia de médicos (中医世家 *Zhōngyī shìjiā*), como por ejemplo vimos que era el caso del padre de Violeta, considerado como “médico de décima generación”.



Imagen 9. Dos (potenciales) usuarios, leyendo la trayectoria profesional de cada médico.

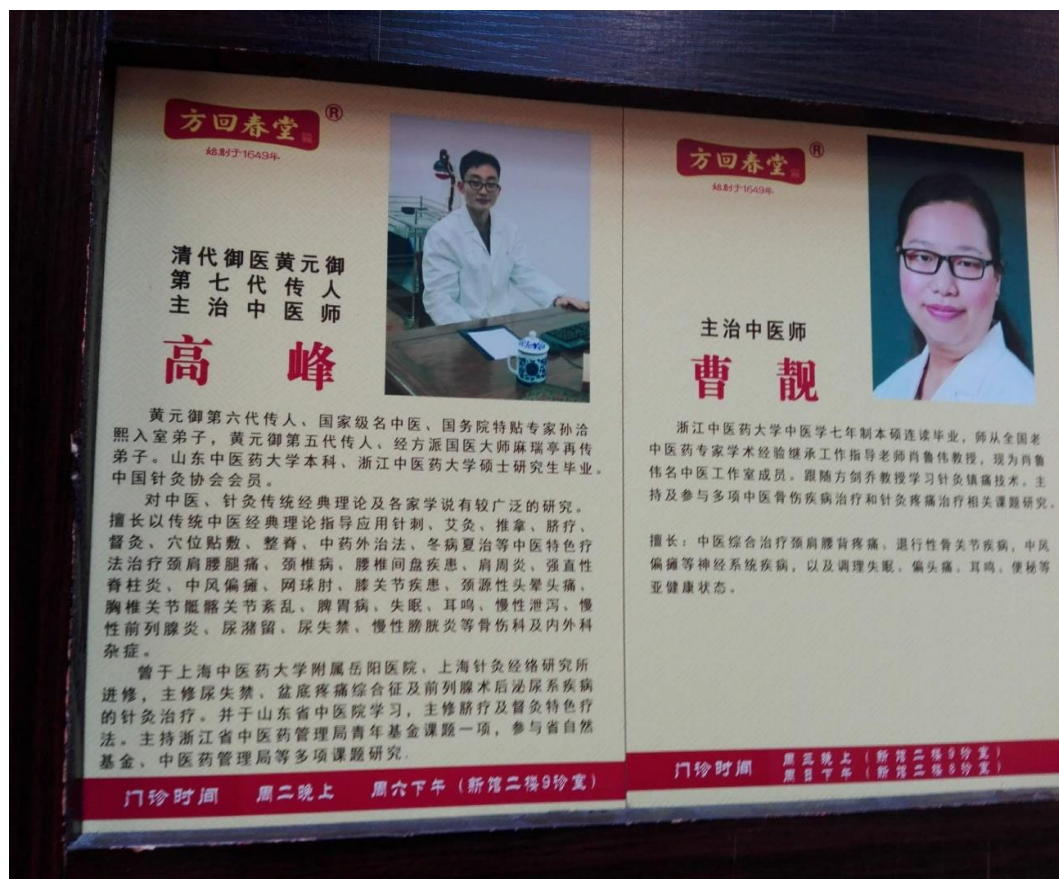


Imagen 10. Detalle de la información del médico, cuya traducción (con colaboración de mi profesora de chino mandarín) es transcrita a continuación a modo de ejemplo (médico de la izquierda).

Gāo Fēng

Médico tratante

Descendiente de séptima generación de Huáng Yuán Yù, médico imperial de la Dinastía Qing

Hereder de sexta generación de Huang Yuanyu, un famoso practicante de medicina china a nivel nacional, discípulo de Sun Zhixi, experto designado por el Consejo de Estado, heredero de quinta generación de Huang Yuanyu, y discípulo de Ma Ruishi, un maestro de medicina tradicional china. Tiene una licenciatura de la Universidad de Medicina Tradicional China de Shandong y una maestría de la Universidad de Medicina Tradicional China de Jiangxi. Miembro de la Asociación China de Acupuntura.

Ha desarrollado extensas investigaciones sobre la medicina tradicional china, la acupuntura y la moxibustión, teorías clásicas tradicionales y diversas teorías. Se destaca en la aplicación de las teorías clásicas de la medicina tradicional china en diferentes tratamientos como: acupuntura, moxibustión, masajes Tuina, terapia umbilical, supervisión de moxibustión, acupresión, quiropraxia, tratamiento de medicina china externa, abordaje del dolor de cuello, hombros, cintura y piernas con el tratamiento característico de la medicina tradicional china de tratar enfermedades de invierno en verano, espondilosis cervical, enfermedad del disco intervertebral lumbar, hombro congelado, espondilitis anquilosante, hemiplejía por accidente

cerebrovascular, codo de tenista, enfermedad de la articulación de la rodilla, mareos y dolor de cabeza de origen cervical, trastornos en las articulaciones sacroilíaca y torácica, enfermedad del bazo y del estómago, insomnio, tinnitus, diarrea crónica, prostatitis crónica, retención urinaria, incontinencia urinaria, cistitis crónica y otras enfermedades ortopédicas, médicas y quirúrgicas diversas.

Estudió en el Hospital Yueyang afiliado a la Universidad de Medicina Tradicional China de Shanghai, y realizó estudios avanzados en el centro de investigación de acupuntura y meridianos de Shanghai, con especialización en tratamiento con acupuntura para incontinencia urinaria, dolor del suelo pélvico y enfermedades del sistema urinario posteriores a cirugía de próstata. También estudió en el Hospital Provincial de Medicina Tradicional China de Shandong, con especialización en terapia umbilical y moxibustión. Ha dictado clases a jóvenes de la Administración Provincial de Medicina Tradicional China de Zhejiang. Participó en numerosos proyectos de investigación como en el Fondo Natural Provincial y en la Administración de Medicina Tradicional China.

En relación al linaje y el prestigio en la formación en “medicina china”, es interesante la observación realizada por Zhan (2009). En efecto, a partir de su trabajo de campo, la antropóloga describe el mandato familiar que se despliega sobre las nuevas generaciones para estudiar no sólo medicina, sino “medicina china”. Más aún, la centralidad del parentesco en la (re)producción de estos saberes “no sólo marca la diferencia con la biomedicina, sino que también construye esta diferencia en términos de tradicional y moderno, patrilineal e inclusivo de género, oculto y cosmopolita” (p.152). Así todo, como explicita la autora, irónicamente:

A pesar de que los discursos oficiales calificaron la práctica familiar como parte de los elementos retrógrados de la medicina china que debían modernizarse mediante la estandarización, los roles desempeñados por la sucesión familiar y el discipulado fueron importantes en la institucionalización de la medicina china. De hecho, fue a través de pequeños grupos de estudio patrocinados por el estado que los profesionales biomédicos fueron reentrenados para que pudieran ayudar a establecer y administrar las universidades y hospitales a gran escala de medicina tradicional china. Además, los funcionarios de salud de varios niveles reclutaron a los hijos de las familias de la medicina tradicional china para continuar con las prácticas de sus familias (p.146).

En este sentido, si bien la transmisión de conocimiento ya no es exclusivamente a través de la vía intergeneracional, sí se suele esperar de los descendientes que continúen con el legado familiar mediante la formación universitaria. Paralelamente, dicha herencia reviste un valor simbólico entre los profesionales, dotando de mayor prestigio y status a su portador (incluso “envidia” entre pares, como describe Zhan), proporcional a la cantidad de generaciones que lo antecedan. El hecho de que, tanto el

CV transcripto, como muchos otros de los exhibidos en la sala de la clínica, utilizaran y resaltaran la categoría de “*familia de médicos*” (中医世家 Zhōngyī shìjiā) da cuenta del peso que tiene este antecedente como legitimación de la práctica médica.

Luego de estas salas de exhibición, se puede acceder a los consultorios médicos, los cuales se encuentran en planta alta. Como no tenía la total seguridad si podía acceder a ese espacio sin turno, consulté a una de las empleadas que se encontraba en un mostrador de la farmacia: “我可以上去吗?” (“*Wǒ kěyǐ shàngqù ma?*” / “¿puedo subir?”), a lo que contestó con un “可以” (“*kěyǐ*” / “sí, puede”) y una sonrisa. Al subir, me encontré con una sala de espera, pequeña en comparación a las dimensiones de las demás salas, atiborrada de gente esperando para ser atendida. Algunos de los pacientes se encontraban recostados en los bancos, semi adormecidos, por lo que daba la sensación de que estaban esperando hacía un tiempo considerable. En los consultorios que se encontraban vacíos, pude ver junto al escritorio del médico, un visor de placas radiográficas lo cual llamó mi atención¹²⁴ ya que constituía una línea de fuga en aquel entorno en apariencia homogénea, y una clara presencia de la biomedicina.

En este sentido, un último punto que me parece necesario destacar es cómo la tecnología y el mundo de lo virtual se encontraban atravesando aquellos espacios que, a primera vista, permanecían detenidos en el tiempo, reforzando aquella imagen de lo “tradicional” en oposición a lo “moderno”. Así, luego de un tiempo de recorrer las instalaciones, empecé a notar la aparición recurrente de códigos QR¹²⁵ (ver imágenes 11 y 12). Como no contaba con internet en mi celular, sólo cuando accedía a una red Wi-Fi, no pude acceder en el momento a la información a la que dirigían estos códigos. Así todo, con posterioridad pude ingresar a la página web a la que dirigían¹²⁶. Se trataba del sitio de las mismas instituciones, la cual permite acceder a la información

¹²⁴ La integración de los saberes chinos “tradicionales” y los biomédicos era un aspecto desconocido para mí en ese entonces, de ahí radicó mi sorpresa. Me detendré con mayor detalle al respecto en el siguiente apartado.

¹²⁵ Cabe aclarar que, para ese momento, la utilización de los códigos QR en Argentina era prácticamente nulo y no se encontraba tan difundido como sí comenzó a suceder en los actuales tiempos de Covid-19. Por el contrario, en China su uso ya se encontraba por demás asentado, especialmente para realizar pagos, siendo mínimo el uso de efectivo o tarjeta de crédito.

¹²⁶ Sitio web institucional: <http://www.fhct.com/>

general de la institución, CVs de los médicos y posibilidad de sacar turnos online, entre otras opciones.



Imágenes 11 y 12. A la izquierda, uno de los tantos banners con información y código QR para acceso virtual. A la derecha, código QR en los vasos descartables de té gratuito. Ambos pertenecientes a 胡庆余堂 *Húqìngyútáng*.

Estas intersecciones permiten pensar los flujos y accesos a información que posibilitan estas nuevas tecnologías de la comunicación y la información, y las formas en que fueron apropiadas por los sistemas tradicionales de atención de la salud. Así, estos espacios, donde a simple vista pareciera ser fácil caer en una esencialización o romantización de “lo tradicional”, se ven atravesados constantemente por los avances en materia tecnológica y virtual. Además de la invitación constante a utilizar internet y “teléfonos inteligentes” por parte de los usuarios, también la intersección tecnológica puede darse en el campo terapéutico. Así, además de la ya mencionada incorporación en los consultorios médicos de visores para placas radiográficas, también destaca la modificación de ciertas técnicas tradicionales por medio de la incorporación de aparatología.

En este sentido, durante la entrevista realizada con Violeta, me detalló algunos de los modos en los que la “medicina china” incorpora elementos tecnológicos, muchos de ellos del campo de la biomedicina. Así me explicó que actualmente “*hay máquinas, herramientas, accesorios*”, que facilitan la implementación de los

tratamientos, y forman parte de una “*actualización*” de la “*medicina china*” en el mundo global. Al respecto detallaba lo siguiente:

Esta actualización toma la base del conocimiento tradicional, pero también incorpora con nuevas tecnologías para que el trabajo de un médico pueda ser como más, eh... cómo se llama... más productivo¹²⁷. O sea, la esencia no cambia. Siempre respeta el diagnóstico de medicina china, la teoría del Yin y el Yang, la relación de las emociones y los órganos. Pero en cuanto a la manera de trabajar puede cambiar, según el momento, ¿no? Porque ahora está tan modernizado que puede inventar muchas máquinas.

En efecto, Violeta relataba que en su propio Centro de “*Medicina Tradicional China*” utilizan una “*máquina de moxa*”, haciendo referencia a uno de los tratamientos de esta práctica médica que es la moxibustión. Dicha técnica consiste en colocar un “*cilindro de cigarro*”, compuesto por una hierba denominada *artemisa vulgaris*, sobre los puntos acupunturales. Según la entrevistada, esta técnica:

trabaja con el calor que genera la moxa sobre los puntos acupunturales. Y es muy eficiente, muy bueno para los alérgicos, muy bueno para las personas que tienen defensa muy baja, o personas que hicieron algún tratamiento de quimioterapia, para luego del tratamiento levantar su defensa que ha decaído. Pero, eh... la contra de este tratamiento es que genera mucho humo, mucho humo. Mucho olor de moxa muy fuerte. Es muy molesto estar tanto tiempo con tanto humo.

Las “*actualizaciones*” vendrían en este sentido a mejorar los tratamientos dispensados por la “*medicina china*” (como sucede con la técnica estudiada por el hermano de Violeta, “*Acutomo*”¹²⁸, derivada de la acupuntura clásica). En el caso de la “*máquina de moxa*”, Violeta describe lo siguiente:

Son cajas grandes, con muchas patitas, y uno ve y dice: “¿qué es esto?”, algunas veces los pacientes se asustan cuando ven una máquina, porque se imaginan otra cosa. Pero, hoy vas a China y es todo muy, muy, moderno, todo, hasta para pagar el kiosco, pagar el taxi, todo modernizado. Y va de la mano del crecimiento de China. China es un buen ejemplo para mostrarte que está basado en una historia milenaria, pero está en un tiempo muy avanzado en cuanto a lo tecnológico. Y no perdieron ninguna de las dos cosas.

¹²⁷ Este relato da cuenta que valores como la productividad y la eficiencia, no sólo son propios de la biomedicina, sino que también pueden ser parte de otras medicinas consideradas como “*alternativas*”.

¹²⁸ Esta técnica es una variante relativamente reciente de la técnica acupuntura, la cual, en vez de insertar agujas, realiza microincisiones con una aguja de mayor grosor, y suele ser considerada como la “*evolución de la acupuntura*”.

2.2.2. La integración entre la “medicina china” y la “medicina occidental” en los servicios hospitalarios

Desplazándonos nuevamente al territorio chino, más allá de la apropiación de distintos saberes y prácticas que se dan la configuración de los itinerarios terapéuticos, los encuentros entre estos modelos médicos pueden observarse visiblemente también dentro de los mismos establecimientos sanitarios. En efecto, "en la mayoría de los centros de salud y clínicas, la medicina tradicional china y la medicina occidental se practican juntas" (Griffiths et al., 2010: 387). Este hecho va en contra de la creencia muy difundida en Argentina de que, en China, estos sistemas existen como entidades discretas, sin o con escaso contacto entre ellos. Por el contrario, como pude consultar con una profesora de la Universidad de Medicina China de Zhejiang¹²⁹ durante mi visita, todos los médicos están capacitados en ambos sistemas: aquellos que estudiaron “medicina occidental” tuvieron un porcentaje de seminarios y práctica de “medicina china”, y viceversa. En efecto, como afirma Macdonald (2017):

Desde la década de 1950, todos los estudiantes de medicina tienen que estudiar medicina moderna y tradicional. Aquellos estudiantes que deseen practicar la medicina tradicional deben estudiar los conocimientos modernos relevantes de anatomía, fisiología, etc. mientras que aquellos que desean practicar la medicina moderna tienen que asistir a conferencias sobre diversos aspectos tradicionales (p.3).

De la misma manera, la derivación entre médicos es homóloga a la que sucede entre especialistas de la biomedicina (por ejemplo, entre un neurólogo y un traumatólogo), decidiendo el profesional o consultando al paciente qué tipo de medicamento o tratamiento es preferible para el abordaje de alguna dolencia específica.

Esta relación dialógica entre saberes se me apareció visiblemente en el Hospital Provincial de Medicina China de Zhejiang, el cual visité junto con mi supervisor, quien ofició de traductor e interlocutor con personal de la institución. Fundado en 1931, es

¹²⁹ Creada en 1953, esta universidad multidisciplinaria especializada en “medicina china”, cuenta con más de 13,000 estudiantes a tiempo completo, y ha sido pionera en el campo de los programas de esta disciplina, ofreciendo programas de licenciatura, maestría, doctorado y posdoctorado desde entonces. Las principales asignaturas que se imparten en esta universidad son: “Teoría básica de la medicina tradicional china”, “Fundamentos clínicos de medicina tradicional china”, “Medicina interna de medicina tradicional china”, “Pediatria de medicina tradicional china”, “Ginecología de medicina tradicional china”, “Ortopedia y traumatología médica tradicional”, “Conceptos básicos de integración de medicina tradicional china y medicina occidental”, “Clínicas de integración de medicina tradicional china y medicina occidental” (tomado desde la página web institucional en versión inglés: https://www.zcmu.edu.cn/english/About_ZCMU.htm)

un hospital integral de "Grado Tres Clase A"¹³⁰ que ofrece tratamiento médico, rehabilitación, educación médica e investigación científica, con una marcada impronta médica tradicional china. También es el primer hospital afiliado y el primer colegio clínico de la Universidad de Medicina China de Zhejiang. El hospital es conocido en todo el país por su larga historia, y por contar con “la mejor capacidad técnica de la provincia de Zhejiang”, como así por sus ventajas en la combinación de la “Medicina Tradicional China”¹³¹ (“MTC”) con la “medicina occidental”. Como narran en su sitio web, después de una extensa práctica clínica, el hospital ha desarrollado tres pilares técnicos en los campos de la “MTC”, la medicina occidental y la combinación de ambas. Asimismo, el Hospital tiene dos tipos de farmacias: occidental y china, una al lado de la otra (ver imágenes 13 y 14). Es de notar, que esta última, es la farmacia de este tipo más grande de la provincia, con una producción diaria de más de 1000 fórmulas (alrededor de 4000 kg).



Imágenes 13 y 14. A la izquierda, la farmacia de “medicina china”. A la derecha, la de “medicina occidental”.

¹³⁰ En China, los hospitales públicos se clasifican de acuerdo con un sistema de tres niveles, llamado “三级十等 *sānjíshíděng*” (“tres grados, 10 niveles”). Cada grado representa la capacidad del hospital para proporcionar atención médica, educación médica y realizar investigaciones médicas, mientras que el nivel terciario representa el máximo desarrollo de estas habilidades. Además, otro criterio mostrado por las letras A, B o C (“甲等 *JiǎDěng*”, “乙等 *YǐDěng*”, “丙等 *BǐngDěng*”) subdivide estos tres grados, configurando diez niveles diferentes según el tamaño, calidad médica, equipamiento y tecnología del hospital, entre otros. El décimo nivel está reservado para los hospitales más especializados (“3AAA”).

¹³¹ En su sitio web institucional [<http://www.chinatcm.org/>], utilizan en la versión en inglés, el término “Traditional Chinese Medicine”, por lo que mantendré esa categoría en la realización de esta descripción (“Medicina Tradicional China” -“MTC”).

Por otro lado, si en el caso de las clínicas llamadas “tradicionales”, la aparición de la tecnología se presentaba en formas de intersticios, en el de los hospitales, era predominante (como puede verse en las imágenes 16 y 17). Además del aspecto estético donde se pueden observar carteles o pantallas LED, en los consultorios, por ejemplo, el visor de radiografías ya no era el único equipo “tecnológico” sino uno más entre aparatología de mayor complejidad.

En cuanto a los servicios ofrecidos en el hospital, éstos se encuentran dispuestos como en los establecimientos biomédicos, es decir, sectorizados por pisos o zonas individualizadas (ver imagen 15). Además de las especialidades biomédicas, este establecimiento cuenta con servicios específicos de la “MTC”, entre ellos los de “Acupuntura”, “Departamento de Tuina”, “Medicina Interna de MTC” y “MTC de la Mujer”.

Asimismo, en este tipo de instituciones médicas, sean clase Tipo "3AAA" o de menor complejidad, suele haber un servicio exclusivo para la “Integración de la medicina china y occidental”¹³² “中西医结合 Zhōng xīyī jiéhé”, y es considerada por algunos actores como “la nueva medicina del siglo XXI”. Al respecto, Zhan (2009), transcribe una conversación que tuvo en Shanghai con un médico que practicaba la integración de saberes. Allí, él refirió que “los futuristas como tú y yo creemos en múltiples formas de conocimiento. En el mundo posmoderno, las cosas no son simplemente blanco y negro, o están bien o mal. La medicina occidental y la medicina china pueden mejorar cada una y deben unirse” (p.20). Así, durante mi estancia en China, si bien los interlocutores con los que tuve contacto referían apropiarse de un u otro servicio según el caso, manifestaban a su vez que la combinación de ambas

¹³² Al respecto, resulta muy ilustrativo el caso descrito por Scheid (2002), a partir del cual muestra la integración entre ambos modelos médicos en un mismo quehacer profesional y en distintos modos de abordajes clínicos. Así, el autor describe el caso del Profesor Zhu, quien trabajaba en un hospital clase III (de la misma categoría del hospital que visité en Hangzhou, pero en Beijing). Este hospital público, gestionado directamente por el Ministerio de Salud, según relata el autor, es una de las instituciones claves en la integración de las medicinas china y “occidental”, y es uno de los hospitales mejor equipados tecnológicamente de la capital. Asimismo, el Profesor Zhu se dedicaba a la docencia en la Universidad de Medicina China de Beijing, impartiendo clases de medicina integrada 中西医结合 Zhōng xīyī jiéhé. Afirma utilizar tanto el conocimiento científico más avanzado como una amplia gama de recursos de la tradición médica china. Así, por ejemplo, para la etapa diagnóstica, “además del examen mediante los cuatro métodos de diagnóstico chino (四 诊 Sì zhěn), habitualmente solicita electrocardiogramas, análisis de sangre y orina, radiografías y tomografías computarizadas” (p.137). Para ver con mayor detalle el caso del Profesor Zhu, remitirse al Capítulo 5 de la mencionada obra (pp.134-163).

medicinas en un mismo servicio, es considerada aún más beneficiosa ya que de esa forma pueden contrarrestar las limitaciones de cada una y potenciar su acción.

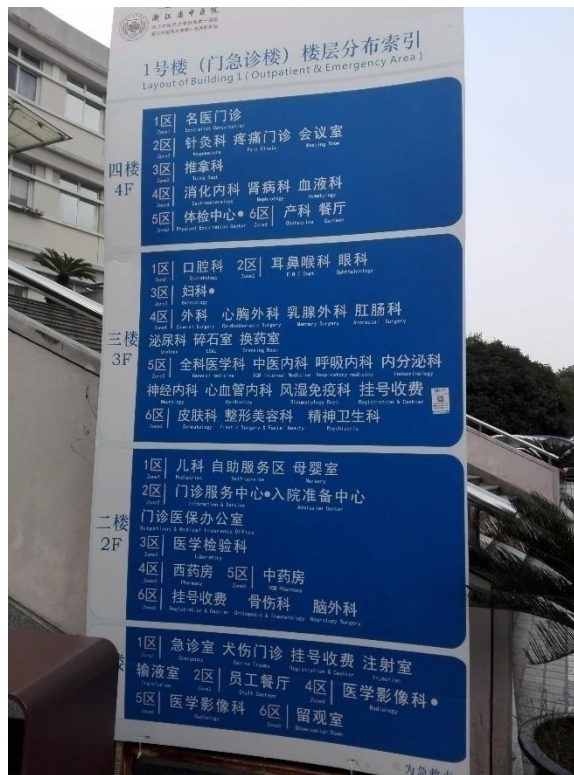
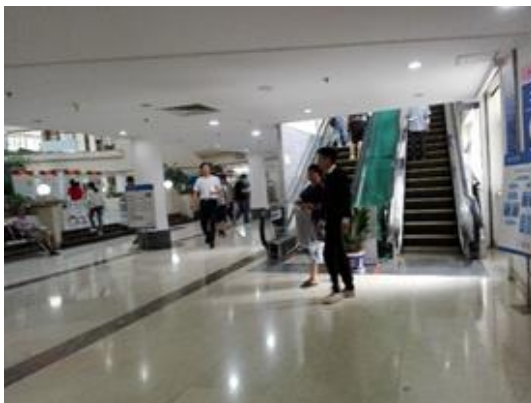


Imagen 15. Servicios del Hospital Provincial de Medicina China de Zhejiang.



Imágenes 16 y 17. Instalaciones del hospital. A la derecha puede observarse un tensiómetro digital, de acceso gratuito. Ante mi sorpresa por semejante tecnología, mi supervisor me instó a probarlo. En segundos y de forma sencilla pudo conocer mi presión arterial.

En efecto, hay un número creciente de estudios que trabajan en la aplicación fisiológica y biológica de ambos al mismo tratamiento o enfermedad (Schnell, 1989; Griffiths et al, 2010; Dong, 2013; Li et al, 2016), encontrando algunos resultados exitosos, por ejemplo, relacionados con la reducción de los efectos secundarios de los remedios e intervenciones biomédicas. La integración de estos sistemas sigue siendo muy activa tanto en la investigación como en la práctica clínica. Más aún, esta integración ha podido verse reflejada con claridad en la prevención y tratamiento del Covid-19 impulsados en el seno del sistema de salud chino con un esfuerzo conjunto con la industria farmacéutica de la “medicina china”¹³³.

Así todo, cabe destacar que la racionalidad elaborada sobre la eficacia de este tipo de terapéuticas es realizada en código biomédico. Por ejemplo, una droga que será retomada en el último capítulo “*莲花清瘟 Liánhuā qīngwēn*” por ser utilizada por los migrantes, es descrita en las investigaciones científicas ¹³⁴ por “inhibir significativamente la replicación del SARS-COV-2, afectar la morfología del virus y ejercer actividad antiinflamatoria” (p.4). Así, dicha medicina y su efecto quedan despojadas de su interpretación original (como es el equilibrio “*阴-阳 yīn-yáng*”, por ejemplo), resultando una muestra elocuente de cómo la “medicina occidental” pareciera poner los términos y límites en los cuales puede incorporarse la “medicina china” en la práctica sanitaria¹³⁵.

2.2.3. Elección de modelos médicos: ¿racionalidades consensuadas?

Aunque este tema se retomará con mayor profundidad en los próximos capítulos, es necesario aquí explicitar las representaciones y racionalidades que despliegan los actores con respecto a la elección de los servicios considerados “tradicionales” y/o los biomédicos. Por un lado, mientras que la “medicina occidental”

¹³³ Ver: “COVID-19 and TCM: How Chinese medicine makes scientific inroads”. *China Global Television Network (CGTN)*. Beijing, 25 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.cgtn.com/news/2020-06-24/COVID-19-and-TCM-How-Chinese-medicine-makes-scientific-inroads-RAxPK45qco/index.html>

¹³⁴ Ver, por ejemplo, Runfeng et al. (2020), replicado en el sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/804?locale-attribute=es>

¹³⁵ En efecto, durante mi estancia en China, fue recurrente escuchar por parte de mis interlocutores, la necesidad de “modernizar” la disciplina y establecer estándares internacionales para lograr su “cientifización”.

es considerada “buena” para encontrar soluciones rápidas, la “medicina china” es más lenta, pero más efectiva. De esta manera, existe un amplio consenso entre las personas chinas sobre el hecho de que la “medicina occidental” no es adecuada para tratar ciertas enfermedades. Por el contrario, se cree que es más eficaz en el tratamiento de enfermedades en etapa aguda como enfermedades coronarias, tuberculosis, hepatitis, cáncer, fracturas, problemas digestivos graves, entre otros. Por el contrario, se considera que la “medicina china” es adecuada para la fase de recuperación/rehabilitación y como método de prevención y promoción de la salud, así como para el tratamiento de enfermedades crónicas. En este sentido, produciría mejoras en el sistema inmunitario, efectos antivirales y antiinflamatorios, equilibrio entre cuerpo y mente, alivio del dolor, reducción del colesterol, entre otros (Green et al, 2006).

Además de esto, la elección a favor de esta última, a su vez, se basa en la creencia de que, aunque la “medicina occidental” es más rápida en el tratamiento de enfermedades agudas, genera diversos efectos adversos¹³⁶. Así todo, por lo general, en la búsqueda de una respuesta rápida, los servicios biomédicos son los más demandados. Así todo, a diferencia de lo que se podría presuponer, las personas chinas no ven este desbalance como una amenaza para el futuro de su saber “tradicional”. Por ejemplo, en una conversación que mantuve con una profesora de la Universidad de Medicina China de Zhejiang, me comentó que los servicios “occidentales” son cada vez más populares, sobre todo en gente joven, y que la carrera biomédica es la más demandada. A continuación, le consulté si había una política estatal específica que fomentara el uso o el estudio de la “medicina china” por parte de las nuevas generaciones. Si bien contestó afirmativamente, destacó que, de todos modos, *“no sentimos que esté en peligro porque sabemos que la medicina china dará una solución”*. Así, afirmaba que, más allá de las razones antemencionadas sobre los beneficios que brinda esta disciplina, también es demandada con frecuencia cuando la biomedicina no puede encontrar una solución adecuada al problema de salud. En efecto, como explica Scheid (2002):

la mayoría de los pacientes chinos modernos prefieren la medicina occidental para su tratamiento, particularmente en el caso de enfermedades graves y agudas. La medicina

¹³⁶ Esta concepción puede verse también en el relato de Violeta citado más arriba donde decía: *“la gente empieza a perder paciencia en los efectos lentos que tiene la medicina china, aunque la medicina china es... se trabaja con condiciones naturales que por eso el efecto es lento, a diferencia de fármacos que son drogas que te trae efecto adverso”*.

occidental se considera más fiable desde el punto de vista del diagnóstico y de acción terapéuticamente más rápida. Los pacientes tratados en clínicas de medicina china tienden a sufrir enfermedades crónicas o problemas que no han respondido a la atención biomédica (p.108).

A partir de su trabajo de campo en Beijing, dicho autor resume estas racionalidades acerca de las propiedades de los diferentes subsistemas del sector sanitario chino contemporáneo, en cuatro grandes principios. Como se puede observar, estas atribuciones generan una oposición binaria entre la “medicina china” y la “occidental”:

-“La medicina occidental actúa rápido, la medicina china, lento”:

“西医快, 中医慢 *Xīyī kuài, Zhōngyī màn*”.

-“La medicina china trata la raíz, la medicina occidental, las ramificaciones”:

“中医治本, 西医治标 *Zhōngyī zhìběn, Xīyī zhìbiāo*”.

-“La medicina occidental frecuentemente tiene efectos secundarios, la medicina china, no”: “西医常有副作用, 中医没有副作用 *Xīyī cháng yǒu fūzuòyòng, zhōngyī méiyǒu fūzuòyòng*”.

-“La medicina occidental es mejor para enfermedades agudas, la medicina china, para enfermedades crónicas”: “西医急性病好, 中医慢性病好 *Xīyī jíxìngbìng hǎo, zhōngyī màn xìngbìng hǎo*”.

Estas racionalidades, casi idénticas¹³⁷, fueron descritas por mis interlocutores, tanto en China como en Argentina, de procedencia y niveles educativos diversos. A su vez, fueron relevadas por Kleinman (1980) a partir de su etnografía realizada en Taipei. En su obra publicada, resume una conversación que mantuvo con un empleado del gobierno chino, ya jubilado, perteneciente a una familia continental “famosa por sus eruditos de estilo tradicional”¹³⁸ (p.87). Su interlocutor, autoconsiderado como un “modernizador con algunos valores tradicionales”, explicaba cuáles son las diferencias

¹³⁷ “Las medicinas chinas producen menos efectos que las medicinas occidentales”, “La medicina occidental actúa mucho más rápido, pero sólo elimina los síntomas. No elimina, como la medicina china, la causa subyacente de la enfermedad”. (El término utilizado es “断根 *Duàngēn*”, literalmente significa “cortar la raíz”, para denotar una cura radical o una cura del problema subyacente), “La medicina china puede ayudar a veces, pero no hará daño”, “La medicina occidental puede eliminar los síntomas o la enfermedad, pero a veces el tratamiento es peor que la enfermedad”, “Hay muchas formas de tratar una enfermedad, no sólo una. Se deben utilizar diferentes formas según la enfermedad específica y la persona” (Kleinman, 1980: 87).

¹³⁸ Original: “traditional-style scholars”

entre la “medicina china y la occidental”, refiriendo que son nociones que se escuchan comúnmente en Taiwán, tanto por parte de taiwaneses como de la parte continental, (también destacando la diversidad en antecedentes sociales y educativos). En este sentido, como refiere Scheid (2002), estas formulaciones “parecen reflejar percepciones estables sobre la eficacia relativa (real o imaginaria) de las dos modalidades terapéuticas principales dentro del sistema sanitario chino” (p.109).

Si bien parece haber una homogeneidad en estas representaciones sobre la salud y su cuidado, como veremos en los siguientes capítulos la elección de un modelo médico por sobre el otro es mucho más complejo que estas antinomias, sobre todo en el contexto migratorio donde las posibilidades son muy distintas a las disponibles en la tierra natal. Así, factores como costo, calidad, rapidez y accesibilidad también entrarán en juego. Asimismo, qué se entiende por cada una de esas atribuciones también puede variar, por ejemplo, qué es considerada una enfermedad aguda, y una crónica¹³⁹.

2.3. Los saberes de la “medicina china” en el Capitalismo Global y la “Nueva Era”

Como se pudo ver hasta ahora, el sistema de salud de China ha sufrido numerosos y considerables cambios, especialmente en las últimas décadas, y continúa viéndose en encuentros cada vez más variables y en escenarios cada vez más globales. Para finalizar este capítulo, aquí nos detendremos, por un lado, en el papel que juega la “medicina china” ante el crecimiento económico chino en lo que concierne a planificaciones sanitarias a nivel gubernamental y, por otro lado, en cómo esta disciplina puede ser percibida como una *commodity* y fuente de *soft power* dentro de proyectos económicos a gran escala como es la iniciativa “One Belt One Road” (OBOR). Estas últimas reflexiones invitan a cuestionar las perspectivas (sobre todo

¹³⁹ Como explica Scheid (2002), las opiniones de los pacientes en una situación de entrevista pueden diferir drásticamente de las decisiones reales que toman cuando se embarcan en un tratamiento. Más concretamente, el autor narra una situación concreta en la que entrevistó a una joven médica formada en “medicina china”. En el curso de la conversación, “ella repitió todos los estereotipos anteriores y dijo que nunca usaría la medicina occidental para problemas crónicos. “¿Qué hay de tu hipertiroidismo, entonces?”, preguntó su esposo, sacando un paquete de píldoras que aparentemente su esposa tomaba con regularidad. “Bueno, eso es completamente diferente”, respondió su esposa, explicando que no se refería a esto con un problema crónico” (p.317).

del sentido común) que ven a la “medicina china” como una entidad discreta, con límites definidos. Por el contrario, veremos que se encuentra en constante modificación, y renegociación no sólo de sus fronteras, sino de su status, a nivel nacional y mundial.

2.3.1. La “medicina china” en el sistema de salud estatal

Como es bien sabido, el gran crecimiento de China en los últimos años ha mejorado el nivel de vida del país en la mayoría de los estratos sociales. Según la Agencia Sueca para el Análisis de la Política de Crecimiento¹⁴⁰, este factor:

en combinación con las fuertes necesidades de una atención médica mejor y más inclusiva, ha llevado a China a embarcarse en un importante programa de reforma de salud, con el objetivo de establecer un sistema universal de seguridad sanitaria. El nuevo sistema no es sólo un sistema de cuidado de la salud, también reconoce el impacto del medio ambiente, el estilo de vida y las circunstancias socioeconómicas en la salud (p.7).

Ese programa llamado "*China Saludable en 2020*", fue declarado en 2009 por Chen Zhu, jefe del Ministerio de Salud, y consistió en un plan del gobierno para proporcionar atención médica básica e igualitaria a todos sus ciudadanos para 2020, en áreas rurales y urbanas, así como promover estilos de vida saludables. Recientemente, el gobierno chino declaró haber realizado importantes mejoras, sobre todo en el último lustro¹⁴¹. Con el mismo horizonte, "*China Saludable en 2030*", lanzada en 2016 después de la visita del presidente Xi Jinping en la Conferencia Nacional de Salud y Bienestar de China en Beijing, amplía estos objetivos y abarca otros nuevos. En este caso, también es obligatorio construir entornos saludables, desarrollar una industria farmacéutica sólida basada en la innovación tecnológica médica, garantizar la seguridad de los alimentos y medicamentos, entre otros (Tan, Liu & Shao, 2017). Para promover estilos de vida saludables, la “Medicina Tradicional China” es considerada por estos planes, como un recurso valioso sobre todo en lo

¹⁴⁰ Ver el reporte “China’s Healthcare System: Overview and Quality Improvements”. Swedish Agency for Growth Policy Analysis (2013). <http://www.tillvaxtanalys.se/in-english/publications/direct-response/direct-response/2013-05-20-chinas-healthcare-system-----overview-and-quality-improvements.html>

¹⁴¹ Ver: “Building a 'Healthy China'”. *China Global Television Network (CGTN)*. Beijing, 14 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://news.cgtn.com/news/2020-11-14/Graphics-Building-a-Healthy-China--VnGvNGREbu/index.html>

concerniente a la prevención y el manejo de enfermedades crónicas. Como se establece en el Esquema del "China Saludable en 2030", para ese momento, la "MTC" desempeñará un papel clave en la prevención de enfermedades, el tratamiento de enfermedades graves y en la rehabilitación. Para esto, "será necesario durante estos años siguientes, haber mejorado la capacidad de la "MTC", promovido la preservación y la innovación, e impulsado proyectos de servicios de mantenimiento preventivo y de salud basados en esta disciplina" (p.25). La integración y el apoyo de esta disciplina con la "medicina occidental" también es propuesta en estos planes, declarando que "los sistemas de prestación de atención médica deben integrarse, pasando de un modo de desarrollo extenso basado en la escala a uno intensivo centrado en la calidad y la eficiencia" (p.13). En este sentido, se propone realizar esfuerzos en el desarrollo complementario de ambos saberes. Más, aún, dichas propuestas (incluido el 14vo plan quinquenal 2021-2025) subrayan la importancia del rol de la "MTC" en la construcción integral de una "China saludable", afirmando que se debe dar la misma importancia a ambos modelos médicos. Si bien durante el 13ro plan quinquenal 2016-2020 la "MTC" fue promovida y desarrollada a nivel nacional, desde la Comisión Nacional de Salud de China, afirman que ésta no sólo ocupa un lugar muy importante en dicha proyección, sino que "entrará en una fase de rápido desarrollo durante el decimocuarto período del plan quinquenal y disfrutará de una época dorada"¹⁴².

2.3.2. Escenarios globales: *soft power*, comoditización y disputas

Por fuera de las fronteras chinas, la "medicina china" también ocupa un lugar relevante, aunque aquí en mayor medida, en materia comercial y de cooperación internacional. Por un lado, considerada como parte de la "quintaesencia" nacional (junto con el daoísmo y el confucianismo), medios de comunicación oficiales, reconocen que la "MTC" ha gozado de una gran popularidad en los países occidentales, siendo hoy en día un servicio considerado como medio alternativo a la medicina biomédica. En este sentido, desde las últimas décadas hasta la actualidad, la práctica de la "medicina china" se ha extendido a más de 170 países, y el gobierno chino ha

¹⁴² Ídem.

firmado aproximadamente 180 acuerdos de colaboración intergubernamentales con otros países.

En el contexto de la Iniciativa OBOR, esta disciplina se considera como un medio para colaborar con los países en desarrollo y sus sistemas de atención médica, así como una fuente de *soft power*. Esta intención puede leerse expresamente en el periódico oficial *China Daily* donde se establece que:

A medida que la economía china se desarrolla continuamente a una velocidad relativamente alta y la fuerza nacional general de China crece constantemente, el *soft power* de la cultura china está atrayendo un mayor interés y una mayor atención sobre todo en el extranjero¹⁴³.

Así todo, también se reconoce la existencia de “*obstáculos cognitivos y legales*” por parte de las sociedades receptoras. La Iniciativa OBOR, en este sentido, es vista como una vía posible para poder sortear estos obstáculos y lograr una mayor difusión de su medicina nacional, ya que es en los países asociados al megaproyecto donde se está “*expandiendo*” más visiblemente. En efecto, para los países involucrados en la Iniciativa OBOR, el gobierno chino ofrece:

un marco de apoyo para la cooperación intergubernamental, que definitivamente ayudará a eliminar la barrera más grande, la barrera legal en la calificación de MTC, la acreditación de educación en MTC, el acceso a los fármacos y el seguro médico¹⁴⁴.

Por otro lado, esta expansión generalizada de la disciplina a nivel global también está dando lugar a un crecimiento de la industria farmacéutica de “*medicina china*”, ya que las grandes, medianas y pequeñas empresas chinas ahora también pueden participar en el comercio internacional. Según indica también el *China Daily*:

Hay más de 2.500 empresas especializadas en patentes de medicina china, con un valor de producción total de más de 600 mil millones de yuanes, lo que representa aproximadamente un tercio de toda la industria médica. Hoy, las áreas de plantación de hierbas medicinales chinas en China ocupan más de 20 millones de mus¹⁴⁵.

¹⁴³ En: “One Belt and One Road Strategy: Opportunities for International Communication of Traditional Chinese Medical Culture”. *China Daily*. Beijing, 28 de enero de 2015. Disponible en: http://www.chinadaily.com.cn/culture/2015-01/28/content_19430421.htm

¹⁴⁴ En: “Boosted by Belt and Road Initiative spread of TCM speeds up”. *China Daily*. Beijing, 4 de junio de 2018. Disponible en: <http://europe.chinadaily.com.cn/a/201806/04/WS5b14ab0fa31001b82571dfaf.html>

¹⁴⁵ Medida de superficie, equivalente estimativamente a 800 mts². En este caso, 20 millones de mus, equivaldrían a 1.300.000 hectáreas aproximadamente.

Por otro lado, este saber y sus productos materiales, también son vistos desde una lógica economicista en términos de exportación, ya que se considera que “por poseer características simples, convenientes, fáciles y económicas disfruta de un enorme potencial de mercado y una amplia aceptación y apoyo del público en estos países [OBOR]”¹⁴⁶.

Para poder visualizar cómo estas tramas globales se inscriben en actores reales y contextos locales, la etnografía multisituada realizada por Zhan (2009), muestra el encuentro de la “medicina china” con la ciencia occidental, la globalización y el capitalismo, y las formas inesperadas en que las personas responden a ellas. Asimismo, al retratar la dificultad de tratar a la “medicina china” como una “esencia” o aplicarle criterios de “autenticidad”, demuestra por el contrario su fluidez como cuerpo de conocimiento y sistema de prácticas, con discursos en constante cambio. En este sentido, es interesante señalar aquí las diferentes posiciones que puede adoptar la “medicina china” frente a la “medicina occidental”, en lo que refiere a búsqueda de legitimidad, y cómo puede adaptar el foco de su discurso según los términos de la disputa.

Por un lado, como se desarrolló más arriba, el encuentro con la biomedicina le requirió a la “medicina china” la búsqueda de academización, estandarización y “cientifización”. Durante las conversaciones que mantuve en China con los referentes consultados, pude notar una preocupación constante por legitimar las prácticas y los saberes de la disciplina como “científicos”, sin cuestionar el hecho de la dificultad (o muchas veces imposibilidad) de importar modelos de “ciencia”, sobre todo en una disciplina en donde lo que prima es lo experiencial, como veremos más abajo¹⁴⁷. Frases como: *“esto ha sido comprobado científicamente”*; *“muchas investigaciones lo respaldan”*, etc., las escuché con suma frecuencia¹⁴⁸.

¹⁴⁶ “Boosted by Belt and Road Initiative, spread of TCM speeds up”. *China Daily*. Beijing, 4 de junio de 2018. Disponible en:

<http://europe.chinadaily.com.cn/a/201806/04/WS5b14ab0fa31001b82571dfaf.html>

¹⁴⁷ Zhan, asimismo muestra esta preocupación permanente por parte de los promotores de la “medicina china” (incluido el Estado chino) sobre su estatus como “ciencia”.

¹⁴⁸ En este aspecto, es enriquecedor el contrapunto que se puede realizar con el caso de la transnacionalización y medicalización del yoga. Al respecto, D’Angelo (2014) describe los esfuerzos de la demostración científica de esta práctica en términos biomédicos, como así su inserción en un “campo terapéutico” más amplio, alternativo y complementario a la biomedicina.

Así todo, cuando parece que la “medicina china” pierde la contienda en su consagración como disciplina científica, y es tildada de “pseudociencia”, son recurrentes otras narrativas muy distintas. Por un lado, en estos casos es destacada la visión holística y el trato “humanista” en la relación con el paciente que brinda la “medicina china” en contraposición a la biomedicina. Por otro lado, puede ser resaltado el componente “místico” de este saber, en general oculto en los discursos que discuten el rigor científico de la profesión. En este sentido, en un contexto en donde la biomedicina continúa aumentando su dominio de la atención médica en China y Occidente, Zhan (2009), describe la utilización del “milagro como anécdota”. Es decir, una argumentación donde se rescata alguna experiencia individual que visibiliza cómo la “medicina china” puede sanar una condición declarada previamente como incurable por los médicos biomédicos. Esta estrategia en busca de status (ahora ya no científico, o no al menos por medio de los métodos convencionales), es recurrente también en textos oficiales como es “*Shanghai: Health Matters*” (2015), publicación de la Oficina de Información de la Municipalidad de Shanghai y de la Comisión de Planeamiento Familiar y Salud de Shanghai. Este volumen, con un marcado énfasis biomédico sobre los avances tecnológicos en términos diagnósticos y terapéuticos, dedica uno de sus capítulos a la “MTC”¹⁴⁹. Allí, en un apartado titulado como “*La Magia de MTC*”, se relata entre otros testimonios, el de un hombre finlandés, quien sufría de una extraña y dolorosa enfermedad. En la narración, se concluye que luego de un derrotero de 17 años por el continente europeo, luego de probar diversos tipos de atención y tratamientos, finalmente fue “*curado milagrosamente*” en un hospital de Shanghai. Aún más, su “*mágica recuperación*” se hizo popular en Finlandia, lo que llevó a que otros connacionales viajaran al mismo hospital por otras dolencias que no podían ser curadas por la biomedicina local.

Así todo, cabe aclarar que este componente “místico” o “milagroso” de la “medicina china” se vuelve a diluir nuevamente cuando se retoma la discusión cara a cara con la biomedicina. Así, por ejemplo, Violeta me explicaba:

como siempre explicamos nuestros alumnos, a veces se tiene la fantasía de que como es “chino”, es “místico”, “que te eleva”. Y no, los médicos chinos estudian anatomía, estudian biología, estudian todo como carrera de medicina de la facultad de acá. Pero,

¹⁴⁹ Los seis capítulos que conforman el volumen se denominan: “Miraculous Achievements”; “Easy Access to Healthcare Services”; “IT Systems Connecting Patients and Providers”; “Public Health Services for All”; “A Treasure House of TCM”; “Healthcare Services for Overseas Patients”.

a su vez, tienen otras materias complementarias que acá no las hay, como son las de medicina china”.

Como pudimos vislumbrar a través de esta genealogía de encuentros entre saberes médicos, por más que la “medicina china” mantiene (y consolidó) su status tanto a nivel nacional como internacional, no se puede negar que, en definitiva, quien puso los términos de la contienda fue precisamente la biomedicina, acompañada de sus criterios científicos “occidentales”. Como vimos más arriba y como relata Zhan (2009), el conocimiento clínico y la autoridad de la “medicina china” se han visto reconfigurados a partir del encuentro con la biomedicina y sus parámetros científicos. Otra clara muestra de ello es el giro en la consagración de la investigación clínica en contraposición de los libros clásicos, y el cambio en lo que refiere a la formación de los médicos, antes orientada por “mentores” o “maestros”, y ahora inscripta en universidades estatales.

Es cierto entonces, que estas dinámicas podrían ser entendidas dentro de “zonas de contacto” (Pratt, 1992), es decir, dentro de “espacios sociales donde culturas dispares se encuentran, chocan y luchan entre sí, a menudo en relaciones altamente asimétricas de dominación y subordinación” (p.33). En otras palabras, estos encuentros podrían ser entendidos en términos de “contacto”, en tanto co-presencia e interacción dentro de relaciones de poder radicalmente asimétricas entre grupos antes separados histórica y geográficamente (recordando especialmente aquí al imperialismo británico y las “Guerras del Opio”). Sin embargo, la perspectiva de Anna Tsing (2008) y su énfasis en la noción de “fricción”, complementa esta mirada que corre el riesgo de caer en una comprensión universalista de las relaciones de poder entre dominados y dominadores, oprimidos y opresores. Así, la autora nos recuerda que la globalización es más imprevisible y menos “homogeneizadora” de lo que el sentido común muchas veces postula. La globalización, entonces, no está libre de fricciones, sino por el contrario es gracias a ellas que genera y mantiene su movimiento, produciendo resultados inesperados a los proyectados desde los centros.

De hecho, como relata Violeta, actualmente se está dando un giro de retorno hacia la importancia de la práctica y lo experiencial por sobre lo teórico, lo cual constituye una impronta característica en las narrativas de la “medicina china”¹⁵⁰. En

¹⁵⁰ Quien desarrolla este aspecto de la “medicina china” en detalle es Judith Farquhar (1994). Dicha

relación a que su padre actualmente vive medio año en Argentina, y la otra mitad en Beijing dirigiendo una clínica “en el área de la capacitación de los nuevos médicos chinos”, Violeta relataba lo siguiente:

Mi papá vio una necesidad muy importante que es que, los médicos chinos que salen de una formación académica, no tienen la autonomía de poder diagnosticar y poder recetar medicina a cada caso de paciente, porque ellos hicieron una carrera de grado que le dieron formas y conocimientos escritos, es muy teórico, pero a la hora de la práctica, le falta mucho. Entonces él está ahí como guiando. Dice que falta mucha de esa capacitación. Él ahora ve también que hay muchos chicos que son médicos, con títulos, formados de la universidad, pero les falta la práctica, y necesitan que sean capacitados.

Agregó que él, al haber vivido la “transición de médicos formados por familia y médicos formados por sistema académico”, pudo dar cuenta de la importancia de la práctica y de la repetición en la formación de la disciplina. Comentaba que su padre comparte el servicio con otros colegas de distintas especialidades “pero también de generaciones, que están rescatando conocimientos y técnicas tradicionales de sus antepasados”. Respecto al papel protagónico que tiene la experiencia, narra:

El aprendizaje de mi papá, según una vez me contaba, era, mi abuelo le hacía hacer la misma cosa reiteradas veces, millones de veces, durante todo el día, durante todo el año, pero con distintas personas, o en distintas circunstancias [...], él tenía que trabajar con su técnica de cómo manejarlo y hacerlo de la manera más óptima posible, entonces son experiencias que él va aprendiendo a través de los ejercicios, por reiteradas veces. Y dice justamente, que los chicos ahora cuando se gradúa, está bien, tiene una carrera de grado, bueno, pero no saben qué hacer con un paciente vivo¹⁵¹, y casos diferentes, ¿no? Entonces falta mucha práctica clínica. Él está como aportando en ese aspecto.

Al igual que como vimos sucede con la tensión entre “científico” y “mágico”, a fin de cuentas, esta oscilación entre la “búsqueda de la cientifización” y el “rescate

antropóloga elabora el concepto de “Knowing practice” para dar cuenta de la importancia del aprendizaje de la *expertise* en la “medicina china” a partir de la práctica y la experiencia. Así, los médicos entrevistados durante su trabajo de campo repetían invariablemente: “We take experience (经验 Jīngyàn) to be our guide”, “We take practice (实践 Shíjiàn) to be the main thing”.

¹⁵¹ En las narrativas que comparan la biomedicina con la “medicina china” este es uno de los puntos que suelen ser destacados, ya que se dice que la primera basa sus conocimientos anatómicos sobre personas “muertas” (por medio de las disecciones y los “preparados anatómicos”). Por el contrario, como me explicaba Violeta: “la medicina china habla de un cuerpo que todavía no está muerto, porque muchas veces la medicina occidental hace... eh, ¿cómo se llama? Las disecciones... se trabaja sobre un cuerpo muerto. Entonces, cuando la medicina china habla de un cuerpo, que todavía tiene circulación sanguínea y energética, entonces ahí ya es otro cuerpo, porque el estado es diferente. Y eso nunca puede trabajar... nunca se puede comprobar... diseccionando (se ríe). Entonces siempre hablamos de que estamos trabajando con un paciente que tiene vida, tiene su propia circulación, tiene su propia energía, tiene su propia relación de órgano y emociones. Nunca lo vas a encontrar en un texto, no. Entonces tenés que trabajar, sentir, tocar al paciente”.

de lo experiencial”, permite observar el carácter plural, heterogéneo y en constante cambio que constituye al saber y reproducción de la “medicina china”. En este sentido, coincidiendo con Scheid (2002), esta disciplina no constituye un sistema en el sentido estructural y convencional del término, sino un proceso en continuo desarrollo (al igual que sucede con la biomedicina). Dicho proceso:

aduce no sólo la vitalidad continuada de la medicina china como una tradición viva, sino también los organismos que actualmente la nutren, constriñen y buscan transformarla. Después de un siglo de lucha contra el dominio de la medicina occidental, de modernización y revolución, la medicina china se encuentra ahora en el umbral del surgimiento como una medicina verdaderamente global (p.268).

En este plano, en sintonía con lo descrito hasta aquí, “lo global” se refleja al menos en dos sentidos. Dentro de China, “en los intentos de infiltrarse en un territorio que alguna vez fue el dominio exclusivo del poder y la tecnología biomédicos” (ídem), bajo la necesidad de estandarización de la enseñanza, la práctica y el control burocrático. Por fuera de sus fronteras, “lo global” también se despliega a la par del cada vez mayor alcance de esta disciplina en países remotos (en un orden hegemónico mundial liderado por la biomedicina) no sólo a través de sus saberes sino también de sus mercancías.

Por último, para cerrar este capítulo y antes de adentrarnos en los modos en los que los migrantes despliegan sus itinerarios terapéuticos en la sociedad de destino, retomo la perspectiva postulada por Anna Tsing. En este sentido, descartando la visión homogeneizadora que se suele adoptar desde ciertos sectores respecto a la globalización, se puede analizar el encuentro entre los mencionados modelos médicos, no desde una lógica verticalista, donde la “medicina occidental” se haya impuesto sobre la “medicina china”, y ésta la haya recibido de forma pasiva. Por el contrario, como aquí se describió, el encuentro entre estos corpus de saberes produjo una “nueva geografía” (Faier y Rofel 2014), la cual no sólo modificó las formas de atender la salud y la enfermedad dentro de las fronteras territoriales, sino que actualmente se continúa proyectando a niveles cada vez más globales.

3. Saberes y prácticas de salud: Itinerarios terapéuticos y encuentros en el contexto migratorio

En los siguientes dos capítulos se retratarán los encuentros entre dos sistemas de concepción y atención de la salud y la enfermedad, en principio distintos, y en muchos aspectos contrapuestos. Por un lado, el sistema de salud biomédico representado por el ámbito sanitario local, y por el otro, los saberes propios de la población migrante, sumamente atravesados por la llamada “medicina china”. Así, este tercer capítulo se enfocará en seguir los itinerarios terapéuticos de los actores involucrados, reflexionando sobre los usos, apropiaciones y tensiones que se dan en torno al servicio de salud local y los encuentros que allí se producen. Por su parte, el cuarto capítulo recuperará los saberes de la población migrante a partir del acercamiento al espacio doméstico y cotidiano de los actores. De esta forma, se pondrán en diálogo datos de campo de principalmente dos ámbitos específicos, cada uno atravesado por lógicas y formas de organización propias.

Por un lado, como mencionara en la introducción, realicé trabajo de campo en dos CAPS de la ciudad de Mar del Plata, uno con zona de influencia céntrica, y otro, periférica. Allí, además de establecer un primer acercamiento con familias chinas que acuden a esos centros, también pude observar la relación profesional de la salud-paciente, y las negociaciones, tensiones y construcciones del “otro” que se producen en esos encuentros. Por otro lado, en muchos casos luego de lograda esta primera aproximación a las familias chinas en el ámbito sanitario o mediante otras estrategias metodológicas mencionadas en la introducción, profundicé el contacto con ellos adentrándome en su cotidianeidad. El acceso a este espacio posibilitó dar cuenta de toda una gama de prácticas, representaciones y saberes que se veía obturada bajo los espacios y lógicas biomédicas.

3.1. Itinerarios terapéuticos: posibilidades del contexto migratorio

Habiéndome detenido en el capítulo anterior en la descripción de los múltiples encuentros que se suscitan en, desde y hacia China, ahora estamos en condiciones de poder comprender en mayor medida los encuentros que se construyen entre los migrantes chinos y la sociedad argentina, en términos de procesos de salud-enfermedad-atención.

A diferencia de lo que vimos en el capítulo anterior sobre la expansión global de China en términos de la “medicina china”, el caso argentino presenta ciertas peculiaridades en comparación a otros países de la región. Estos factores influyen sobre la posibilidad de acceso a servicios de esta disciplina en el contexto local y, por ende, en la construcción de los itinerarios terapéuticos de los migrantes.

Por un lado, como vimos en el primer capítulo, a diferencia de países como Cuba o Perú que comenzaron a recibir inmigración china desde mediados del siglo XIX con la llegada masiva de los llamados “culíes”, la migración china en Argentina es mucho más reciente. Así, estas primeras corrientes migratorias al subcontinente, trajeron aparejadas asimismo el arribo de médicos chinos, muchos de los cuales alcanzaron notoriedad en su época y una gran aceptación y legitimidad, no sólo entre sus connacionales sino también extensivo a la comunidad local¹⁵². Paralelamente se empezaron a consolidar los Barrios Chinos de La Habana y de Lima (Eng Menéndez, 2013, 2017, Palma, 2017, Palma & Ragas, 2018), espacios que hoy por hoy siguen brindando acceso a productos y servicios de atención de la salud propios de la “medicina china”. El caso cubano es además particular, ya que su sistema de salud público es pionero en la integración de distintos modelos médicos de atención de la salud, dando un lugar trascendental a las llamadas medicinas “tradicionales”, tanto nativas como a la china (Calduch Farnós, 2017). Más aún, como indica el diario chino *Xinhua*¹⁵³, la “medicina china” ha tenido una gran influencia en las formas de dar cuidado a la salud de los cubanos desde la llegada de los primeros inmigrantes hasta la actualidad, por ejemplo, mediante la utilización de acupuntura o moxibustión como métodos analgésicos en diversos hospitales y centros de atención primaria de la salud.

¹⁵² En efecto, en el caso cubano una muestra elocuente de la influencia de la “medicina china” se ve cristalizada en la frase popular “*a este no lo salva ni el médico chino*”. Ver: Alpizar Caballero (2017).

¹⁵³ Ver: “Medicina natural y tradicional se extiende para aliviar dolencias de cubanos”. *Xinhua News*. Beijing, 23 de abril de 2017. Disponible en: http://spanish.xinhuanet.com/2017-04/23/c_136228583.htm

Por otro lado, Argentina, es uno de los pocos países de Latinoamérica que no forma parte aún de la Iniciativa OBOR¹⁵⁴, por lo cual queda por fuera de los circuitos donde circulan con mayor fluidez y a gran escala los saberes y productos de la “medicina china”.

En el caso de la ciudad de Buenos Aires, es en el Barrio Chino donde mayoritariamente pueden encontrarse consultorios privados donde acceder a tratamientos de dígítopuntura, acupuntura, moxibustión, y quiromancia predominantemente. Incluso, en algunos comercios del barrio (mayormente en las regalerías) pueden conseguirse algunos productos medicinales (más que nada bálsamos, parches analgésicos y ginseng¹⁵⁵), los cuales pueden también verse ocasionalmente en supermercados chinos de la ciudad. Por fuera del Barrio Chino no son numerosas, pero existen clínicas o institutos donde se ofrecen este tipo de servicios. Un ejemplo de ellos es el Centro de “Medicina Tradicional China”, el cual es dirigido por Violeta, su padre y su hermano.

En lo que respecta a la ciudad de Mar del Plata, los itinerarios terapéuticos de los migrantes se ven moldeados de un modo distinto, tanto en relación a la sociedad de origen, como incluso también a la próxima ciudad de Buenos Aires. En la ciudad costera, el acceso a los productos médicos de origen chino es nulo y, según lo recabado durante el trabajo de campo, existe sólo un practicante de la “medicina china”, pero que, en realidad según refieren algunos interlocutores, “*no es médico, sino acupunturista*”. Es decir, según me explicaban, “*no sabe de todo*” como un “*médico chino*”, sino que sólo practica la acupuntura. Es decir, su conocimiento no es suficiente para prevenir o mantener la salud ya que “*no sabe*” de hierbas u otras técnicas, sino que brinda tratamiento de acupuntura para padecimientos crónicos, predominantemente aquellos que producen cuadros dolorosos (artritis, artrosis, lumbalgias, etc.). En este sentido, resulta notorio que, durante las conversaciones con diferentes migrantes cuando les he consultado si conocen algún “médico chino” en la

¹⁵⁴ Para más información ver: “Peru & 19 Latin American Nations have joined Belt and Road”. *Belt and Road News*. Hong Kong, 23 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.beltandroad.news/peru-19-latin-american-nations-have-joined-belt-and-road/>

¹⁵⁵ El Ginseng, sumamente difundido en Occidente, es una raíz considerada como “*especial*” entre todas las utilizadas por la “medicina china” (entre otras razones porque su forma recuerda a la de una figura humana). Tradicionalmente esta hierba se ha utilizado para tonificar la deficiencia de algún elemento (como de “*气 qì*”, “*阴 yīn*” o “*阳 yáng*”, de sangre, etc.) lo que se expresa externamente en agotamiento o debilidad.

ciudad dicen que no, pero cuando introduzco el nombre del acupunturista, todos contestan: “*ahhh, sí*”, pero refieren así todo no ir.

La racionalidad subyacente es explicada en detalle a partir de dos relatos de migrantes. Uno de ellos surgió en uno de los encuentros que realizara con Esteban y Sofía (empleados de una importante empresa china radicada en Puerto Madero). En una cena que compartimos en un barrio porteño¹⁵⁶, entre otros temas, conversamos que en Argentina es habitual oír hablar de médicos acupunturistas (chinos o no), y que ciertas personas utilizan la acupuntura como técnicas complementarias para el tratamiento de determinados padecimientos. Con cara de sorpresa me escuchaban mientras les comentaba del único médico de origen chino que conocía en Mar del Plata, pero que sólo practicaba la acupuntura. Con ojos grandes, y voz determinante Esteban me dijo: “*Don't go there*”, produciendo la risa de Sofía mientras asentía. Me explicaron que la acupuntura es sólo una técnica entre tantas otras (como la moxibustión, la dígítopuntura, etc.) y que no es posible aplicar sólo una, ya que la elección terapéutica va a depender del tipo de dolencia.

Por su parte, Violeta, me explicaba que:

Hay muchos médicos que trabajan acupuntura anatómica, que sólo aplica acupuntura para casos de dolor, pero la acupuntura... mejor dicho, la medicina china no es sólo acupuntura, medicina china es una diversa técnica en donde la acupuntura es una de tantas técnicas. Entonces limitar la medicina china entonces no está bueno, y limitar la práctica de medicina china a solamente ciertas patologías tampoco está bueno, porque se puede trabajar en muchos más casos.

Estas narrativas trazan una distinción entre “médico” y “acupunturista”, en el cual el primero puede incluir al segundo, pero no siempre de forma inversa. El segundo, “*no sabe de todo*” (sino sólo una técnica) por lo que no goza del mismo prestigio y status que el primero. Como veremos en el siguiente capítulo, la apropiación de los servicios de “medicina china” por parte de los migrantes suele formar parte de sus itinerarios terapéuticos, pero cuando viajan a su país, y no en el contexto migratorio.

Por otro lado, en la ciudad existen otras opciones para acudir a servicios de “medicina china”, pero atendidos por argentinos¹⁵⁷. Muchas veces, estas opciones son

¹⁵⁶ Noviembre 2017.

¹⁵⁷ Muchos de ellos formados en una institución local, llamada “Escuela Neijing”, donde se ofrecen cursos de “Medicina Tradicional China” (acupuntura, moxibustión y plantas medicinales, entre otros), dirigidos a profesionales de la salud que deseen complementar su formación biomédica de base.

desconocidas en su totalidad por los migrantes, y cuando toman conocimiento, tampoco acuden, siendo mayoritariamente utilizados por la población local. Al final de este capítulo haremos una descripción de ellos en mayor detalle.

3.2. Usos y apropiaciones del sistema de salud local

Al arribar a la Argentina, como adelantamos, los migrantes deben reconfigurar las formas en las que dan respuesta a sus problemas de salud. A partir del trabajo de campo realizado en el sistema de salud público local y rastreando los itinerarios terapéuticos de los migrantes chinos, me detendré en una primera contextualización que luego iré profundizando y problematizando. Así, cabe aclarar que en general prefieren no acudir a los servicios de salud locales, salvo en situaciones de urgencia, por lo que suelen llevar a cabo prácticas de autoatención en el hogar, las cuales se encuentran estrechamente ligadas con saberes de la “medicina china” y serán desarrolladas en el cuarto capítulo. Por otro lado, cuando deciden asistir al sistema sanitario, pude advertir que los migrantes acuden mayoritariamente a servicios de salud pública, con una elevada apropiación de los servicios de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). No suelen contar con obra social o prepaga¹⁵⁸, por lo que evitan los servicios de salud privados salvo en casos de urgencia. Con respecto al uso de los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS), los más difundidos entre la población son los controles, tanto de embarazo como del desarrollo infantil, del cual participan en este último caso, profesionales de la salud de diversas disciplinas como pediatría, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, entre otros.

Ya sobre el final de mi trabajo de campo, en enero de 2019, pude acceder a un gran número de historias clínicas, las cuales me proveyeron de ricos datos, algunos que ratificarían lo que ya había observado en el campo, como las líneas esbozadas más arriba, y otros que, por el contrario, cuestionarían algunas ideas no tan acertadas. Por último, estos nuevos datos iluminaron problemáticas epidemiológicas que no había vislumbrado por medio de la observación participante. A continuación, detallaré lo

¹⁵⁸ El sistema de salud argentino se encuentra compuesto por tres subsistemas: el público, el de las obras sociales, y el de las prepagas.

encontrado en dicho relevamiento, para luego, realizar una descripción más minuciosa de estos encuentros.

3.2.1. Acceso a las historias clínicas de los migrantes chinos en el sistema de APS

Luego de realizar trabajo de campo entre 2012-2015, retomé mis tareas de observación participante en el sistema sanitario en 2018. Antes de que siquiera comenzara a pensar alguna estrategia de reinserción a esa dimensión del campo, recibí una llamada telefónica. Se trataba del administrativo de una de las “salitas” periféricas de la ciudad a quien había conocido en un encuentro realizado para formar a profesionales de la salud municipales en “terapias alternativas”. Me comentó que donde trabajaba acudían algunas familias chinas, y que tenían problemas para comunicarse y “entenderse”. Al acordarse de mí y de mi investigación (sobre la que habíamos conversado en aquel encuentro) pensó “*que los podía ayudar*” (refiriéndose al equipo profesional de la institución) a la vez que podría resultarme útil ese acercamiento para mi trabajo. A partir de su contacto, entonces, acudí una primera vez para conocer la “salita” y al personal, además de asesorarme en el procedimiento para solicitar el permiso necesario para realizar el trabajo de campo.

Cabe aclarar que, para la primera etapa de campo en el sistema sanitario, sólo había tenido que presentar una nota en la institución, explicitando los objetivos de mi investigación y con el aval expedido por mi universidad. Para el 2018, el mecanismo había sido modificado, por lo que debí presentar una nota más detallada y adjuntar mi proyecto de investigación de CONICET. Esta vez, ya no a la institución en cuestión, sino al Comité de Investigación y Docencia de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón (MGP)¹⁵⁹. Además de solicitar realizar observación participante en las instituciones a las que acudieran familias chinas, pedí permiso para acceder a las historias clínicas de los pacientes. A diferencia de mis últimas incursiones, ahora estos registros se habían informatizado, estando disponibles

¹⁵⁹ Mar del Plata es la ciudad cabecera y sede de la Intendencia de dicho partido bonaerense. El municipio está conformado además por otras localidades como Batán, Chapadmalal y Sierra de los Padres.

desde cualquier computadora institucional, y ya no CAPS por CAPS en formato papel, en carpetas y archiveros arrumbados en salas atiborradas de ellos. Este nuevo sistema ahora posibilitaba acceder a las historias clínicas de todo el municipio desde un mismo lugar. Así, una vez obtenido el aval, muy amablemente el director del CAPS me ofreció la computadora de su oficina para que pudiera hacer el relevamiento, acordando días y horarios donde hubiera “menos movimiento” en la salita.

En este sistema informático, la información de los pacientes es ordenada por nombre y apellido, edad, fecha de nacimiento, domicilio, si cuenta o no con obra social (y cuál) e identificación (pasaporte, DNI, documentación provisoria en caso de migrantes, etc.). Por último, cada paciente tiene un número de historia clínica que se le asigna una vez que realiza su primera consulta. A continuación, también se detalla la fecha de consulta, servicio, nombre del profesional, si el turno se realizó o no, y la institución.

El dato que, sin embargo, no se registra en esta base de datos, es la nacionalidad. Es por ello que tuve que ingeniármelas para poder rastrear a los usuarios de origen chino. Así, recordé “*El Crisantemo y la Espada*” de Ruth Benedict (1946) donde explica el concepto de la piedad filial (concepto axial que veremos con detalle en el próximo capítulo) y la formación de los clanes y apellidos en la China de la Segunda Guerra. Así, en su clásica obra detalla que:

Entre los 450 millones de habitantes que ahora tiene China [1944], no hay más de 470 apellidos, y todas las personas que llevan el mismo patronímico se consideran en cierto grado hermanos de clan. En una zona determinada puede suceder que todos los habitantes sean de un mismo clan y que, además, pertenezcan a él familias que viven en ciudades muy apartadas (p.72).

Efectivamente, los apellidos de mis interlocutores se reducen a un puñado, por más que se trate de distintas familias, o no guarden relaciones de parentesco entre ellos. Así, busqué una veintena de apellidos, de los más frecuentes y di con casi un total de 200 usuarios del sistema municipal de salud. A modo de ejemplo, puede observarse en la imagen 18 que sólo la búsqueda a partir del apellido “Chen”, arroja más de 40 usuarios.

Por supuesto, la búsqueda mencionada presenta múltiples sesgos ya que sólo se introdujeron algunos apellidos posibles, por lo que el número no es representativo.

Además, otros errores u omisiones pudieron identificarse. Por ejemplo, además de que no todas las consultas figuran en el sistema, a veces se ve información de la derivación, pero no de la consulta de origen, o no siempre se registra si el paciente acudió o no. Del mismo modo, muchas veces se especifica “arribó”, sin mayor información. Durante la observación participante, pude dar cuenta también que el personal sanitario no siempre consulta si tienen obra social o no¹⁶⁰, por lo que este dato también presenta sus limitaciones. Nuevamente por estos múltiples errores en el registro, aquí no se pretende alcanzar una representatividad estadística, sino comprender el fenómeno migratorio chino desde una óptica que permita visualizar qué es lo que apropian del sistema de salud local y cómo lo hacen. Del mismo modo, no aspira a construir un análisis epidemiológico exhaustivo, pero sí intenta rescatar los aportes de la Epidemiología Sociocultural¹⁶¹ y los beneficios de la “triangulación” entre datos cualitativos y cuantitativos (Menéndez, 2001, 2008; Ramírez Hita, 2009). Es decir, la articulación entre estos tipos de datos permite hacer dialogar el “qué” que brinda el dato epidemiológico con el “cómo” que posibilita, en este caso, la etnografía.

#	Estado	Apellido	Nombre	Apellido Materno	Documento	Fecha Nac.	Edad	Sexo	Obra social	Seg. Beneficiario
1	Verificada	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	34133748	14/06/2014	4 Años		Sin Cobertura	0000
2	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	34988193	16/03/1989	29 Años		Sin Cobertura	0000
3	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	33888887	22/04/2014	4 Años		Sin Cobertura	0000
4	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	32705253	30/08/2012	6 Años		Sin Cobertura	0
5	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	29581340	14/04/1991	27 Años		Sin Cobertura	0000
6	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	32181834	13/11/1980	28 Años		Sin Cobertura	0000
7	Nueva	Chen	[Pixelado]	[Pixelado]	34688000	14/04/2013	3 Años		Sin Cobertura	0000

Imagen 18: Listado de pacientes por apellido “Chen”. Los nombres de pila fueron pixelados para preservar su identidad.

¹⁶⁰ Esta información es solicitada, porque en caso el paciente cuente con alguna obra social, el costo del servicio se le adjudica a ésta, y no al Estado.

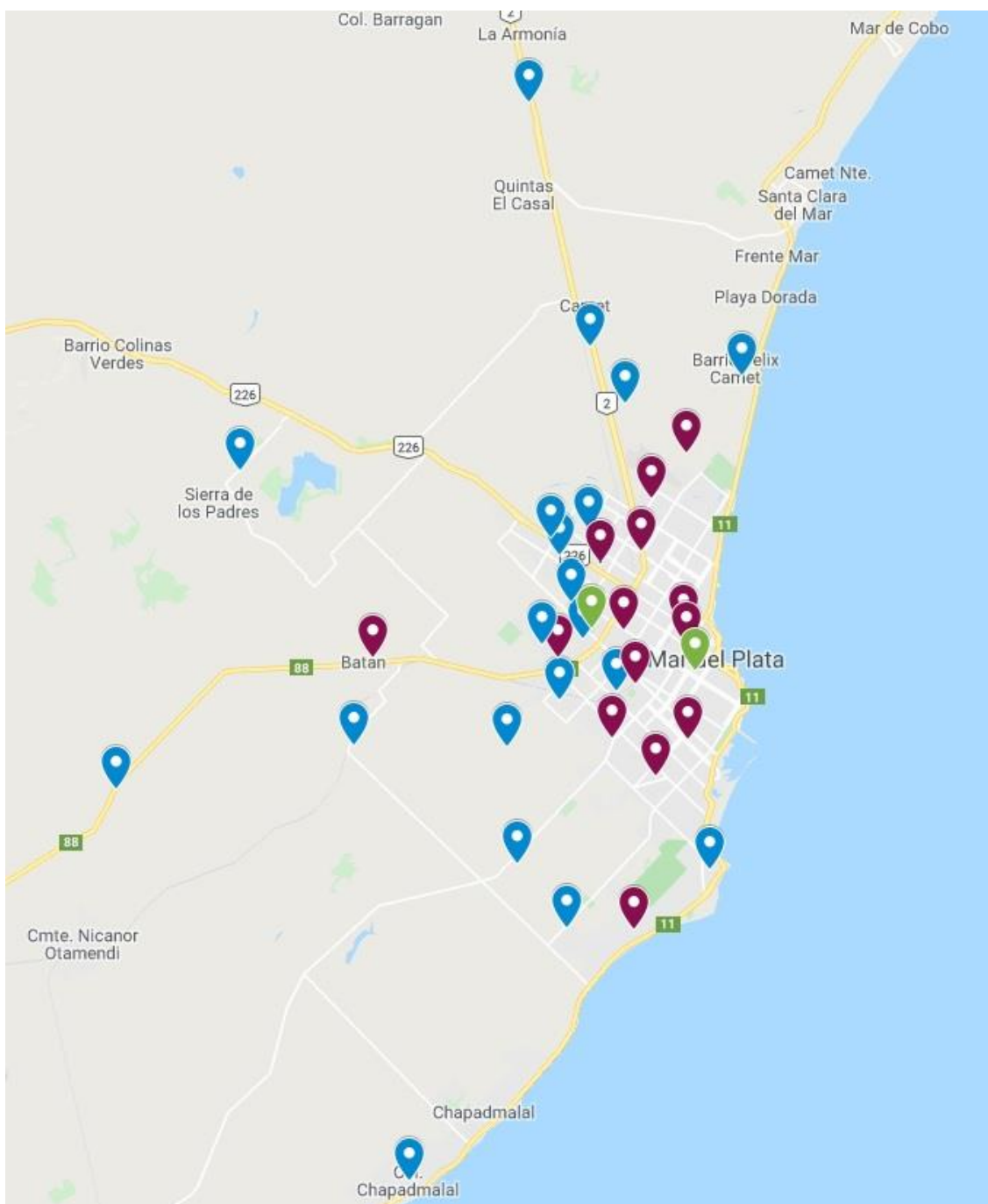
¹⁶¹ Definida por Menéndez (2008), no como una “disciplina diferenciada, sino como una articulación entre los enfoques epidemiológicos y los socioantropológicos” (p.5). Así, desde esta perspectiva se subraya la relevancia del método etnográfico para el registro del dato epidemiológico (Ramírez Hita, 2009; Goldberg, 2010b).

3.2.2. Distribución geográfica de las familias chinas y demanda del servicio de salud municipal

A partir de los domicilios registrados en las historias clínicas pude confeccionar el siguiente mapa (ver mapa 4), el cual permite visualizar la distribución geográfica predominante de los migrantes chinos. Así, se puede apreciar que su concentración es notoriamente más elevada en las zonas céntricas de la ciudad, difuminándose más hacia los barrios periféricos. Del mismo modo, también confirmé una vez más lo que había observado en el campo en relación a que, en general, los migrantes habitan en el mismo inmueble donde tienen sus negocios, siendo mayoritariamente (o casi en su totalidad), supermercados. Por una razón de escala, hay dos viviendas/supermercados que no se pueden apreciar en el mapa por ubicarse en otras localidades del municipio, una en Chapadmalal y otra en Batán.



Mapa 4. Distribución geográfica de las familias chinas que acuden al sistema de salud municipal, según lo recabado a enero 2019. En azul se detallan las viviendas (casa o departamento), en color púrpura se registran las viviendas que además son supermercados, y en verde, el único caso registrado de una regalería con vivienda incluida. (Mapa de elaboración propia).



Mapa 5. Centros de Atención Primaria de la Salud del Municipio de General Pueyrredón. En púrpura se detallan los CAPS a los que acudieron familias chinas según lo registrado, y en azul los CAPS que no registraron consultas de este tipo. Por último, en verde se detallan los dos hospitales regionales de alta complejidad: el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" y el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "Don Victorio Tetamanti"¹⁶². (Mapa de elaboración propia).

¹⁶² Fuente: Sitio web oficial de la MGP donde se detallan todos los CAPS y sus direcciones: <https://www.mardelplata.gob.ar/salud/caps/informacion-institucional>. Fecha de consulta: 08/01/2019.

Por otro parte, en el mapa anterior, (ver mapa 5), se detalla la distribución geográfica de todos los CAPS del municipio. Al comparar ambos mapas, aunque tienen diferencia de escala, se puede apreciar que los CAPS consultados (en púrpura) se encuentran cercanos a los hogares de las familias chinas. Pero veámoslo más claro en números, en función de las más de 600 consultas que hallé registradas en el sistema municipal, en el periodo 2013¹⁶³-2018. A fines de preservar la identidad del personal de los CAPS, reemplazaré los nombres originales de estas instituciones (en general, correspondientes al barrio de influencia) por letras. Del único que mantendré el nombre original es el del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), ya que es el único con esas características en el sistema municipal:

N°	CAPS	N° de consultas	Cantidad de Pacientes
1	A (Zona céntrica)	200	48
2	CEMA	119	42
3	B	65	10
4	C	40	8
5	D	36	8
6	E	35	8
7	F	29	8
8	G	19	11
9	H	17	9
10	I	16	2
11	J	11	3
12	K	8	2
13	L	4	1
14	M	3	2
15	N	3	2
16	Ñ	1	1

Tabla 1. Distribución de pacientes y consultas según CAPS. 2013-2018.

¹⁶³ Los registros más antiguos en el sistema informático comenzaban a partir de este año, ya que fue en ese momento cuando comenzaron a digitalizarse las historias clínicas.

De los 32 CAPS con los que cuenta la Municipalidad de General Pueyrredón, a partir de lo recabado, sólo la mitad recibió consultas por parte de migrantes chinos, quedando 17 centros, todos en zonas periféricas, por fuera de sus itinerarios terapéuticos. El CAPS con zona de influencia céntrica, es el que se encuentra en el primer lugar en número de consultas. Cabe aclarar que la institución ubicada en segundo lugar, consiste en un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMA), el cual recibe pacientes derivados de todos los CAPS para realizar estudios de mediana a alta complejidad (Resonancias Magnéticas, por ejemplo). Asimismo, cuenta con otras especialidades médicas que no se encuentran en las “salitas”, como son Oncología, Infectología o Neurología.

Es necesario mencionar que esta estratificación entre instituciones responde a la llamada “Atención Primaria de la Salud” (APS), estrategia sanitaria que organiza la atención de la salud a nivel nacional, y la cual comprende diferentes niveles de atención de menor a mayor complejidad. Así, el primer nivel de atención se encarga de resolver demandas de baja complejidad, a la vez que realiza acciones de promoción y prevención de la salud. Aquí es donde se encuentran comprendidos los CAPS. En un segundo nivel, se realizan estudios de mayor complejidad y se prestan servicios más específicos, como es el caso del Centro de Estudios. Por último, el tercer nivel comprende instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología, además de contar con servicios de internación, terapia intensiva y unidades coronarias, además de especialidades quirúrgicas¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Como se explicita en la página web de la MGP al respecto del sistema de salud público local: “El servicio de salud pública en el Partido de General Pueyrredón tiene su base en una amplia red de Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan como puerta de entrada al sistema para los vecinos y vecinas de todos los barrios de Mar del Plata y Batán. Este servicio primario se articula de manera aceiteada y eficiente con un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias -CEMA-. A su vez funcionan en el partido dos hospitales provinciales y sigue los lineamientos de la política sanitaria de la Nación, logrando de esta manera una cobertura de excelencia en todos los niveles. Los vecinos y vecinas de Mar del Plata y Batán cuentan en la actualidad con 32 Centros de Atención Primaria de la Salud Municipales -CAPS- que brindan servicio en todos los barrios, con la posibilidad de sacar turno previamente para controles de salud, odontología y mamografías llamando gratis al 147, algunos de estos Centros además, cuentan con servicio de atención las 24 horas. El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias -CEMA- fue inaugurado en 2012 con el objetivo simultáneo de fortalecer el servicio que brindan los CAPS y mejorar el trabajo de referencia y contrarreferencia con los hospitales públicos provinciales con presencia en la ciudad”. Fuente: <https://www.mardelplata.gob.ar/salud/sistema-de-salud>

Siguiendo esta estratificación, según lo recabado en las historias clínicas, para los casos de pacientes chinos en los que el cuadro clínico excedió los alcances de “*las salitas*”, estos fueron derivados a los Hospitales Interzonales. En casos de partos o urgencias pediátricas, por ejemplo, al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (HIEMI), o en caso de internación o cirugías de adultos, al Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA).

Por otro lado, como puede deducirse de la distribución geográfica de las familias chinas en la ciudad y por lo que se ve reflejado en el número de demandas, el CAPS más consultado es el que tiene como área de influencia la zona céntrica de la ciudad. En segundo lugar, le sigue el CEMA, que como vimos, recibe derivaciones de todos los CAPS como así de los hospitales públicos de alta complejidad para realizar estudios complementarios o consultas de mayor especificidad que no pueden realizarse en los primeros niveles de atención. Por último, de las zonas periféricas, el CAPS que más consultas ha recibido se encuentra en la zona noroeste de la ciudad.

En lo que respecta a la utilización de los servicios sanitarios, también pude constatar lo que veía en el campo, es decir, un mayor uso de servicios como pediatría y aquellos relacionados a la salud infantil (ver Tabla 2). Así todo, se produjeron ciertos hallazgos epidemiológicos como el uso de servicios como Hepatología o Infectología para tratar una enfermedad endémica en China, la Hepatitis B¹⁶⁵. Debido a que ninguno de mis interlocutores padecía esta enfermedad, el acceso a las historias clínicas me permitió dar cuenta de esta realidad acuciante en China y motivo de consulta y atención aquí en el sistema de salud local. Como establecen Wang et al (2019), si bien la prevalencia de Hepatitis (HBV y HCV) en China ha pasado a ser de alta a medianamente endémica en los últimos 20 años, así todo, el 6,89% de la población total se encuentra infectada (casi un total de 100 millones de habitantes)¹⁶⁶. Por esta

¹⁶⁵ Algunos autores señalan que esta epidemia es una de las secuelas en términos de Salud Pública de la Revolución Cultural (1966-1976). Como vimos en el capítulo anterior, durante este periodo, fueron cerradas escuelas de medicina y departamentos especializados en los hospitales, mermando el presupuesto destinado a estas áreas y, por ende también, la calidad de atención médica. En estas circunstancias, la transmisión viral, en un primer lugar endovenosa (por el uso de agujas e inyecciones no esterilizadas o la reutilización de las mismas) y, en segundo lugar, por vía vertical (durante el parto), se diseminó por todo el territorio chino (Nakano et al, 2006; Hsu, 1996). Asimismo, una práctica comercial asociada a la salud altamente difundida hace décadas en las zonas rurales, como es la venta de sangre o de plasma, también tiene una gran determinación en la presencia y propagación de virus como el de la Hepatitis (B y C) y el del HIV (Jing, 2011; Attané, 2013)

¹⁶⁶ Ver más en “Global Hepatitis Report” (OMS, 2017).

razón, este problema de salud pública es considerado uno de los objetivos primordiales del gobierno chino (El Hayek et al, 2014). Así, en los últimos años se han impulsado planes masivos de prevención y tratamiento de la hepatitis viral, logrando una inmunización de hasta el 90% de la población infantil, por lo que se espera que en los próximos años esta prevalencia endémica disminuya sobremanera (Yue & Mingshou, 2017; Hipgrave, 2011). Aún más, dentro del plan “China Saludable 2030” (que señalara en el capítulo anterior), el gobierno chino apunta a la “eliminación” de la Hepatitis B del país (Liu et al., 2019).

Como veremos a continuación, esta afección hepática trae aparejada una demanda considerable de los servicios de Hepatología e Infectología en comparación a los demás servicios. A modo de resumen, puede observarse la tabla 2 confeccionada a partir de la información recolectada de las historias clínicas la cual describe la demanda por servicios y la cantidad de turnos realizados. Allí, además de reflejar las consultas en estos servicios, pueden observarse otras apropiaciones del sistema de APS por parte de los migrantes. Así, puede verse con claridad que los servicios más demandados por parte de los migrantes son los referidos a la salud materno-infantil, y en menor medida, el servicio de clínica médica. Cabe aclarar que, servicios muy demandados en los controles de desarrollo como Audiología, Oftalmología u Odontología, no se ven lo suficientemente reflejados en los siguientes datos, porque no siempre se encuentran registrados en el historial de turnos, pero sí figuran en el contenido de las historias clínicas. Lo mismo sucede con los estudios por imagen realizados en el marco de controles de embarazo o del desarrollo infantil. A raíz de este subregistro, estas altas demandas no se ven reflejadas cuantitativamente.

Servicio	N° Consultas	N° Pacientes	Turnos realizados
Pediatría	188	32	167
Enfermería: (Control de Embarazo o Desarrollo Infantil - DI)	74	22	71
Clínica Médica	45	17	41
Laboratorio	41	20	36
Imágenes (Control de Embarazo o DI)	30	19	20
Medicina General (Otras consultas)	30	15	25
Obstetricia	27	7	23
Toco/Ginecología	20	17	17
Hepatología	18	4	13
Oftalmología (Infantil)	18	16	6
Imágenes (Otras consultas)	17	14	12
Odontología (Infantil)	15	11	12
Servicio Social	14	8	14
Enfermería (Otras consultas)	10	4	10
Gastroenterología Adultos	8	1	8
Odontología	7	7	6
Audiología (Infantil)	6	6	4
Infectología	6	3	3
Oncología	6	1	6
Cardiología Infantil	5	2	4
Cardiología Adultos	3	3	1
Endocrinología infantil	3	2	2
Otorrinolaringología	3	3	1
Consultorio Antirrábico	2	1	2
Gastroenterología Infantil	2	1	1
Neurología	2	2	1
Diabetología	1	1	0
Endocrinología Adultos	1	1	0
Nutrición (Infantil)	1	1	1

Tabla 2. Distribución de demanda por servicios

Por otro lado, si bien en los discursos del personal sanitario suelen circular quejas respecto al alto ausentismo de los migrantes chinos, por el contrario, podemos observar que es categórica la diferencia entre las ausencias y los turnos efectivamente llevados a cabo. Muchas de las veces que acudí a los centros para realizar observación participante en turnos programados (de los cuales solía avisarme con antelación el personal, administrativo o profesional), escuché comentarios al respecto: *“mmm... ojalá que vengan, sino te cruzaste toda la ciudad para nada”*, *“siempre llegan tarde, o ni siquiera vienen”*. La cuestión de la puntualidad también fue muy cuestionada, sobre todo por parte de los agentes administrativos. Una de ellas, en una ocasión, me decía *“se creen que esto es una joda, llegan a cualquier hora [...] me atrasan todo. Como me ven parada creen que vengo a boludear”*. En otra salita, una de las administrativas también se quejaba sobre los migrantes chinos diciendo:

Se hacen los que no entienden porque les conviene, porque saben perfectamente que tienen que venir a primera hora de la mañana para reservar turno para el mismo día. Pero no, caen a cualquier hora pidiendo que los atiendan, ¿vos les podés explicar bien cómo es el tema?

Contrariamente a este preconcepto sobre la asistencia, según lo registrado, de las 613 consultas registradas, sólo 113 no fueron realizadas (figurando en el registro como “pendiente”, “en curso”, “cancelado” o “no asistió”). Las consultas realizadas, registradas bajo las palabras “arribó” o “realizado”, fueron un total de 500.

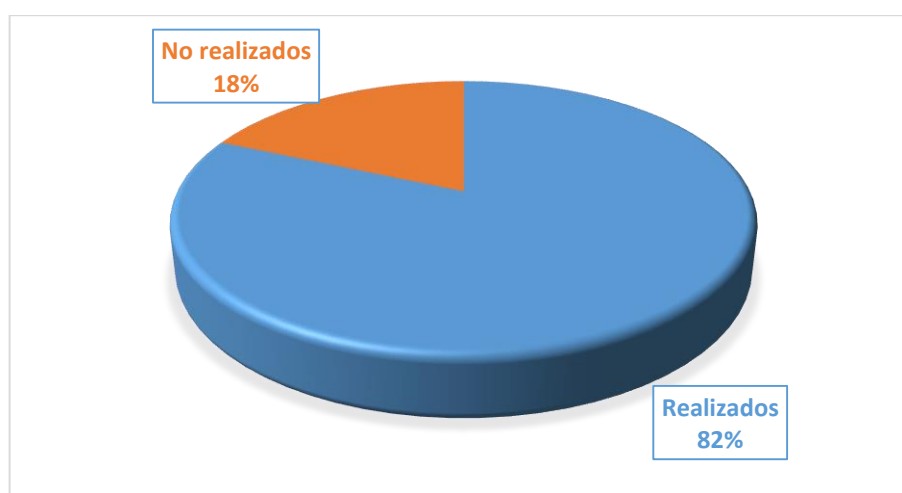


Gráfico 1. Porcentajes de presentismo y ausentismo de turnos solicitados en CAPS. 2013-2018.

Mirando en detalle, lo cierto es que estos ausentismos no son homogéneos. Como puede apreciarse en la Tabla 2, los servicios con menor demanda son los de mayor especialización como Endocrinología, Gastroenterología, etc., a la vez que son los que presentan mayores números de ausencias. Rastreando diversas historias clínicas, estas especialidades reciben derivación, en general, por un médico clínico o generalista en los CAPS, luego de haber implementado diversas estrategias terapéuticas sin arribar a un buen puerto. Asimismo, también pueden tratarse de derivaciones más directas cuando el cuadro presentado es asociado, según la lógica biomédica, a una especialidad específica y sus respectivas incumbencias (por ejemplo, cuadros de convulsiones son derivados a Neurología, dolores articulares a Traumatología, entre otros). En el siguiente apartado, veremos posibles explicaciones a este “ausentismo selectivo” a partir de las racionalizaciones de los propios actores. Es necesario considerar que el hecho no menor de que las demoras de estas derivaciones suelen ser de entre 3 y 9 meses. Por lo general, en estos casos los migrantes optan por continuar sus itinerarios terapéuticos por fuera del ámbito público, evitando la dilación en el tiempo de la respuesta para su problema de salud. Como veremos a continuación, una de las posibles ramificaciones de estos itinerarios, es bien en el sector privado, abonando las consultas o prácticas de forma particular, sin cobertura médica, o bien retornar al país de origen de forma temporal, para atenderse allí.

3.2.3. Ramificaciones de los itinerarios terapéuticos: apropiaciones del sistema privado

La pregunta que intentaré responder aquí es ¿por qué razones los migrantes chinos acuden al sector privado y cuál es su punto de vista al respecto? Por un lado, como me decía Marco (31 años): *“salita u hospital tarda muuucho tiempo, más rápido clínica y pagar turno”*. En este sentido, como adelanté más arriba, si bien el sistema de salud público brinda un servicio de turnos con cierta celeridad para lo que son controles infantiles y del embarazo, no sucede lo mismo cuando se quieren solicitar consultas con especialidades médicas de mayor complejidad (gastroenterología,

neurología, traumatología, etc.). Para estos casos, los pacientes deben para el turno en muchas ocasiones más de 6 u 8 meses. Del mismo modo, si una persona se acerca por demanda espontánea a un CAPS, existe la posibilidad que sea atendida en el día, pero deberá esperar largas horas hasta poder ingresar a la consulta, sujeto al sistema propio de provisión de turnos de cada centro. Asimismo, el horario de atención de los CAPS suele ser de la mañana hasta la tarde (realizan jornadas laborales por lo general de 8hs) y de lunes a viernes, por lo que fuera de esos horarios o durante el fin de semana, en caso de una urgencia, las personas deben acudir al HIGA o al sistema privado. En el CAPS periférico donde realicé trabajo de campo, por ejemplo, los pacientes debían acudir en el mismo día a primera hora (en muchos casos las filas se comenzaban a formar antes de que abriera el CAPS), y una vez dado el turno volver a la hora indicada o quedarse esperando allí (en el caso de obtenerlo, ya que, al llenarse el cupo, debían volver al día siguiente y repetir el procedimiento).

Considerando que los migrantes chinos expresan en amplio consenso el “*no tener tiempo*” y la urgencia del trabajo, el sistema de salud público, aunque gratuito, les suele resultar contrario a sus posibilidades (reales o percibidas). Así, esto explicaría entonces en los casos largos de espera, el alto ausentismo registrado en las historias clínicas. Por lo conversado con mis interlocutores, ante estos casos, es muy probable que recurran al sistema privado. Sin embargo, si el padecimiento no es muy acuciante, una vez tolerado el malestar, desisten en realizar la consulta, y en todo caso esperan a realizar algún viaje a China y “aprovechar” la oportunidad para ser atendidos allí. Así todo, hay que destacar, que de la misma forma que vimos en el capítulo 2, en donde los interlocutores eligen la biomedicina y la “medicina china” de forma complementaria y no excluyente, lo mismo sucede a nivel local con el sistema de salud público y el privado. Algunos casos puntuales a desarrollar en este apartado, darán cuenta de estas apropiaciones estratégicas.

Otro punto saliente, sobre todo muy llamativo para el equipo de salud, es el hecho de que salvo en contadas ocasiones, los migrantes no cuentan con obra social o medicina prepaga. Las excepciones se dan cuando el migrante trabaja en relación de dependencia, pero son escasos ese tipo de casos en la ciudad. Por ejemplo, mi profesora de idioma, quien trabaja para la universidad local como docente y recibe el

servicio mutual universitario, es una de esas excepciones, ya que la mayoría de los migrantes son supermercadistas y autónomos.

Caso distinto, ya no en Mar del Plata sino en la ciudad de Buenos Aires, es el de los empleados de las grandes empresas chinas como Huawei, ICBC o ZTE. Este tipo de empleados, cuentan con prepagas “premium”, principalmente OSDE¹⁶⁷. Así todo, incluso en estos casos, la apropiación de los sistemas de salud es mínima. Por ejemplo, a raíz de una consulta odontológica por un dolor de muelas, Esteban¹⁶⁸, me comentaba que esa era la primera vez en sus 3 años en el país que asistía a un servicio de salud argentino. Ante mi pregunta si no había sentido ningún malestar en todo ese tiempo, me dijo que eventualmente sí, pero nada grave como para acudir a una guardia o sacar un turno médico. Me explicaba que asistir a un servicio de salud en un país ajeno era algo muy “*extraño*” y podía llegar a ser un poco “*incómodo*” sobre todo por “*el problema del idioma*” y por el desconocimiento de los sistemas sanitarios locales. Cabe aclarar que el nivel de manejo de idioma español de Esteban era muy bueno, habiendo estudiado literatura latinoamericana en China y residido en otros países de habla hispana antes de ser trasladado por la empresa a Argentina. Así todo, desde su punto de vista, consideraba que sus conocimientos eran insuficientes para desenvolverse de manera satisfactoria en el sistema de salud local.

Por último, otro caso particular que sucede en Capital Federal (al menos no di con él en Mar del Plata), es el caso de familias supermercadistas (también en su mayoría de Fujian) que contratan OSDE sólo para el periodo comprendido entre el embarazo y los primeros meses del bebé, y luego se dan de baja. A este caso llegué por medio de una médica psiquiatra de origen chino, quien vive en el país desde su niñez (Qing, 40 años), y a quien conocí en un evento en la Casa de la Cultura China¹⁶⁹ en uno de mis frecuentes viajes a la ciudad. Qing solía publicar asiduamente en sus redes sociales fotos suyas, vestida con ropa quirúrgica sosteniendo a recién nacidos de familias chinas, acompañadas con algún texto de agradecimiento por haber participado del parto. En adición, una colega me comentó que Qing participaba de los partos en

¹⁶⁷ Este tipo de prepagas son las que gozan de mayor prestigio en el ámbito sanitario, invistiendo de un status socioeconómico elevado a su portador.

¹⁶⁸ En el contexto de una conversación informal en un restaurant porteño. Junio 2018.

¹⁶⁹ Fundada por la Universidad de Congreso en 2015, la Casa de Cultura China realiza asiduamente actividades culturales y académicas de diversa índole. En este caso puntual, se trató de la presentación del ya mencionado libro *Mariposa de Otoño*.

calidad de mediadora entre las familias y el personal médico, por lo que decidí contactarme con ella y acordamos realizar un encuentro en un café porteño¹⁷⁰. Allí, me comentó que, primero asistiendo a familias amigas o cercanas, se fue corriendo la voz al interior de la diáspora de su buen manejo de español, como así de sus conocimientos médicos, características que le conferían cualidades idóneas para intermediar en situaciones de atención médica. Así, la empezaron a llamar con mayor frecuencia, hasta el punto de terminar convirtiéndose esta actividad en una salida laboral más, además de su trabajo como psiquiatra. Me comentaba que, efectivamente, su rol consiste en asistir en la mediación, lingüística y cultural, no sólo en los casos de partos, sino también ante urgencias médicas o turnos programados de otra índole, aunque éstos con menor frecuencia. En la mayoría de los casos de asistencia a las mujeres embarazadas, refirió que contrataban con antelación la antedicha prepaga, y el servicio para el cual Qing era contratada no abarcaba sólo el momento del parto, sino también desde los controles de embarazo hasta los primeros controles pediátricos del bebé. En este sentido, me explicaba que, exceptuando el periodo del embarazo, donde más hacen uso de los servicios de salud, su apropiación por parte de los migrantes muy baja. Es decir, sólo ante casos de urgencia, como ya había observado a partir de los múltiples intercambios con mis interlocutores tanto en Mar del Plata como en Capital Federal. De esta forma, los migrantes contratan la prepaga al momento del embarazo, y luego se dan de baja ya que lo consideran un gasto fijo injustificado.

Esta racionalidad y apropiación estratégica del sistema de salud local será muy similar a la que elaboran mis interlocutores en Mar del Plata, como describiré en el siguiente apartado. Allí, argumentaré que la apropiación del sistema de salud privado de modo particular está relacionada a una reproducción de la lógica de uso y apropiación del sistema de salud en el país de origen, cristalizada en la frase: “*si me siento mal, voy y pago*”. En este sentido, como refieren los interlocutores, si bien ellos suelen acudir al sistema público chino, siempre deben abonar los gastos de la consulta, la internación o el procedimiento que se lleve a cabo¹⁷¹. Por otro lado, aunque en los casos de relación de dependencia, el Estado cubre un proporcional, dicha contribución funciona a partir de un sistema de reembolso, por lo que los pacientes deben abonar la

¹⁷⁰ Mayo 2019.

¹⁷¹ Para profundizar sobre el sistema de seguro médico chino, consultar Si & Jiang (2015).

totalidad del costo al momento de la consulta, en general con ahorros que reservan para este tipo de eventualidades.

3.2.4. Prácticas de consumo y el “Desiring Self”

Como adelanté más arriba, el hecho de no contratar un servicio de medicina prepaga es percibido con desconcierto por el equipo de salud. En una de mis incursiones en los CAPS locales, una de las administrativas me decía con expresión de sorpresa y espanto el no poder entender que: *“los chinos tienen celulares último modelo, ¡y no son capaces de contratar una obra social!... vienen en autos carísimos pero no se preocupan en llevar a sus hijos al privado...”*. Expresiones o caras de desaprobación similares escucharía por parte de otros miembros de los equipos de salud, ante la negativa de las familias chinas al ser consultadas por la contratación de una prepaga.

Es interesante aquí resaltar la tensión que se produce entre las concepciones nativa y la local en este sentido. Por un lado, el equipo de salud pareciera partir de la presunción de que el servicio público es de menor calidad que el del privado, por lo que cualquier persona que dispusiera de los medios, debería atenderse en ese sector. Por otro lado, esta racionalidad pareciera coincidir con la representación generalizada en la población local al respecto de la cobertura médica de índole privada. De este modo, el hecho de no contar con una obra social o prepaga, suele ser vivido con angustia por ciertos sectores de la clase media, quienes afrontan, muchas veces, gastos mensuales onerosos en estos servicios *“por si las dudas”*. Es decir, en el caso de tener una urgencia y no contar con una cobertura médica, no tuvieran *“otra alternativa”* que *“caer”* en el servicio público.

La racionalidad de los migrantes es opuesta. Como me explicaba un fujianés supermercadista, (Marco, 31 años): *“nooo, ¿para qué? es muy caro. Para qué pagar todos los meses 5000-6000 pesos¹⁷², o mucho más, si no voy a ir. No voy nunca al médico, si me siento mal, voy y pago, más barato”*. La misma lógica prima en el caso de las mujeres embarazadas que acuden a Qing, y contratan una prepaga por el tiempo

¹⁷² Marzo, 2019.

en el que utilizarán de forma asidua el sistema privado, “*sacándole un provecho*” en ese caso. Vemos entonces, que la razón no es tan “exótica” como se presupondría por una supuesta “*distancia cultural*”, sino en realidad, opera una lógica economicista, mediante la cual se clasifica si un gasto se justifica realizarlo o no. Así, como veremos en las siguientes páginas, lo que impera es una apropiación estratégica de diversos sistemas, subsistemas, y modelos de cuidado de la salud.

En relación a esto, una serie de estudios sobre migrantes chinos en otros países (Cao, 2011¹⁷³; Ribas da Costa, 2013¹⁷⁴; Badanta Romero et al., 2017) argumentan que el hecho de no contratar una medicina prepaga o acudir al servicio público se suele deber tanto a una lógica austera, como a una baja disponibilidad de recursos económicos. En una primera etapa de mi investigación, yo también creía que esta era la razón por la cual se observaba un mayor uso del servicio público, siguiendo la representación colectiva del “*vienen para trabajar*”, y que todo dinero ganado se destinaba para ahorrarlo o enviarlo a sus familias en China. Esto se debía a que las veces que interactuaba con ellos era durante su jornada laboral (donde se hacían un momento para cerrar la caja o recibir un relevo y tomar un té en el hogar), o en “*las salitas*”, donde una vez terminado el turno volvían rápidamente a continuar con su jornada laboral.

No fue ya sobre las últimas etapas del trabajo de campo, posterior al festejo oficial del Año Nuevo Chino en la ciudad del 2019, donde conocí nuevos interlocutores y profundicé lazos con algunos previos. En el evento había participado como cantante, interpretando una serie de canciones chinas, lo cual había despertado una profunda emoción en algunos de los migrantes que estaban presentes. Como ya describiera en el apartado metodológico, el ingreso al universo musical chino sirvió como llave para crear y profundizar lazos con mis interlocutores. Específicamente, mi participación en este último evento, fue capitalizada desde el momento en que pudieron asistir muchos de los migrantes con quienes ya tenía vínculo, como así otros tantos que aún no conocía. En particular, me vinculé con un gran grupo familiar

¹⁷³ Estudio realizado en Finlandia con el fin de conocer el “proceso de asentamiento” de los migrantes chinos en Helsinki, incluyendo un análisis de su acceso al servicio sanitario local.

¹⁷⁴ Estos estudios, En España y Portugal respectivamente, se han llevado a cabo desde el área de las Ciencias de la Salud al respecto de las apropiaciones de los sistemas de salud locales por parte de los migrantes chinos.

proveniente de Fujian, estableciendo un lazo estrecho en especial con Marco (31 años) Lili (26 años, prima de Marco) y Nano (30 años, cuñado de Marco). A partir de entonces, me empezaron a invitar a numerosas cenas (en su hogar y en bares o restaurantes) y sobre todo, me incluyeron en su visita dominical de rigor a uno de los shoppings locales. De esta forma, accedí a un aspecto de su vida cotidiana que hasta el momento desconocía. A partir de este nuevo acceso al campo, a continuación, describiré una serie de prácticas y consumos que echan por tierra la explicación de índole económica, en relación a la baja contratación de prepagas.

Al llegar el domingo, muchos de los migrantes optan por cerrar sus supermercados. Así, utilizan el día para descansar, como para realizar alguna salida de esparcimiento, aunque no muy extensa (2-3 horas) y luego retornan a sus hogares a descansar. Aquellos que no cierran sus supermercados, muchas veces optan por rotar o dejar personal a cargo y realizar alguna actividad de tiempo libre. Al empezar a frecuentar el shopping los domingos¹⁷⁵, práctica a la cual no estaba acostumbrada en mi vida personal, no sólo noté que no eran ellos los únicos migrantes chinos que allí acudían¹⁷⁶, sino que operaba una cierta lógica del disfrute y del placer que hasta el momento no había notado. De esta forma, empecé a dar cuenta de ciertos detalles que se me habían pasado por alto, por ejemplo, el hecho de que muchos de ellos utilizaban jeans Levi's y otras prendas de marcas ciertamente caras. Del mismo modo, en ciertas ocasiones acompañaba a algunas de las jóvenes a locales de indumentaria y en el momento de comprar no reparaban en el costo de la prenda, sino en el hecho que les "quedara bien" sin más preámbulos. Por otro lado, la rutina de los niños consistía, sin excepción, en ir a Mc Donald's y luego ir a comprar algún libro a la librería del centro

¹⁷⁵ Sucedió que, al comenzar a acompañarlos en sus salidas recreativas, y comentarles esto a otras familias con las que realizaba trabajo de campo, también me comenzaron a invitar en sus paseos, algunos de estos también durante la semana en el horario del mediodía en el cual algunos supermercados cierran o rotan personal para hacer un descanso.

¹⁷⁶ En algunas ocasiones sucedía que se conocían entre ellos y realizaban algún breve intercambio amistoso, para luego proseguir cada grupo familiar por su lado. Así todo, no siempre sucedía esto, encontrando en otras ocasiones migrantes chinos a quienes no conocían. Resalto una vez en particular, caminando por la calle Güemes (centro comercial de la ciudad) junto con Lili y su prima quien había venido de Capital Federal por el día, cruzamos un migrante de unos 50 años. Las tres íbamos caminando dadas del brazo, conversando animosamente cuando visualizo a este señor caminando en dirección contraria por la misma vereda mirándolas fijamente. Lili, a quien nunca había visto de mal humor, cambió rápidamente su expresión y se puso seria. Una vez pasara el señor, le pregunté si lo conocía y me dijo que no, que había muchos chinos y que no se conocían entre sí, y que de hecho conocía sólo a algunos. Sin que yo le hiciera ningún comentario al respecto agregó: "*yo soy simpática con amigos, con todo el mundo o si no conozco, no*".

comercial. Asimismo, en muchas ocasiones que mis interlocutores me pasaban a buscar o me llevaban a mi casa comprobé, como efectivamente me había hecho notar la administrativa de uno de los CAPS (además de los celulares), que sus autos eran último modelo y con el mayor nivel de equipamiento.

Por otro lado, a la hora de salir a cenar, siempre invitaron ellos, y no escatimaron ni en comida ni en bebida. Así todo, los grandes festines¹⁷⁷ los presencié en sus hogares, donde me recibieron cálidamente y me hicieron probar un sinfín de platos. Tampoco allí vi que hubiera una cautela en el gasto por la calidad de los ingredientes, ni la cantidad de platos distintos o bebidas. Por ejemplo, en una ocasión en la que me invitaron a cenar a la casa de Yue¹⁷⁸ (30 años), como muestra de agradecimiento por haber acompañado a su cuñada (Lisa, 27 años) y a su hijito (Jimmy, 5 años) al acto de egresados del jardín, no sólo cenamos copiosamente en su casa, alrededor de unos 10 platos (a eso de las 21 horas), sino que una vez que terminamos de comer fuimos a la casa de otro de sus “paisanos”, y volvimos a cenar (ya ahora cerca de las 23 horas) otra decena de platos. Esta segunda reunión se había organizado por motivo de la visita de unos amigos de Beijing¹⁷⁹, residentes en Buenos Aires, quienes habían venido a pasar el fin de semana a la ciudad costera. En la primera reunión, éramos 6 personas, y en la segunda, más de 20, lo que había ameritado encender la parrilla de la casa¹⁸⁰ y cocinar otro sinfín de platos, la mayoría a base de pescado, producto de la pesca recreativa que habían realizado algunos de ellos durante el día. Tampoco, como de costumbre, escasearon las bebidas, ni en cantidad ni en calidad¹⁸¹. Si bien escapa al foco central de la tesis, es interesante notar que este acto

¹⁷⁷ Esta forma de comensalidad (con mayor o menor grado de ritualización), ubicada en la China contemporánea y parte de una larga tradición histórica, es descrita y analizada en detalle por Oxfeld (2020).

¹⁷⁸ En otra ocasión, al asistir por segunda vez a la casa de Yue (ubicada arriba y al fondo de su supermercado) para darle clases de español a su señora, me sorprendió ver un televisor 40” nuevo en la mesa del comedor donde habíamos tenido la clase la semana anterior. Al preguntarle por la nueva adquisición, me dijo que lo habían comprado así su mujer podía ver videos en español y acelerar el aprendizaje, y bien si yo quería utilizarlo como complemento en la clase.

¹⁷⁹ Se trataba del matrimonio fundador de la Asociación de Botes de Dragón, institución muy famosa por participar en los últimos festejos del Año Nuevo Chino en CABA

¹⁸⁰ A diferencia de las demás viviendas que visité durante el trabajo de campo, el hogar de esta familia no se encontraba ubicada en la misma propiedad del supermercado familiar (en general un piso superior o trasero del comercio), sino en las proximidades. Asimismo, el inmueble se trataba de un chalet de dimensiones considerables, con un enorme parque con quincho y doble parrilla.

¹⁸¹ Por ejemplo, además de vino y cerveza, había otro tipo de bebidas más sofisticadas como Johnny Walker etiqueta dorada.

culinario configura una muestra elocuente de cómo se entrelazó en esa situación de campo, un elemento típico de la comida nacional argentina, la parrilla¹⁸² (Archetti, 2000; Gil, 2004), con un alimento muy consumido por muchos chinos como es el pescado. A su vez, otro de los platos servidos fue el ceviche, preparado por uno de los invitados, con parientes en Perú de quienes había aprendido la receta. Este “proceso de agregación” de diferentes comidas y formas de preparación, refleja “formas de yuxtaposición y confluencia de tiempos y prácticas culinarias distintas en un mismo lugar” (Archetti, 2000: 225). En este sentido, el caso de la comida ilustra, entonces:

“la dificultad de pensar actividades rituales, prácticas corporales y performances (pues también de esto trata la comida) a partir de un modelo de autonomía cultural. La diversidad no excluye la construcción paulatina de un modelo en el que el todo híbrido creado puede llegar a trascender las partes, o sea los elementos que la integran, y en ese proceso la hibridación está acompañada por la localización” (p.226).

Por último, otra práctica en la que puede descartarse una lógica de austeridad¹⁸³ es en lo referido a los viajes de ocio, además de los asiduos viajes a China que detallaremos más abajo. Así, muchos de mis interlocutores conocían o planeaban visitar destinos muy populares entre la diáspora, como las Cataratas del Iguazú, o Ushuaia¹⁸⁴.

Por supuesto, este tipo de actividades no son asiduas, y es un hecho indiscutible que el tiempo dedicado al trabajo es mucho mayor que al ocio. Así todo, dar cuenta de ellas, me hizo replantear la interpretación que se realiza en otros estudios sobre las

¹⁸² Asimismo, esta situación de campo me retrotrajo en contrapunto, al caso del asado en el contexto argentino, el cual “remite a un ritual, a una ceremonia y a una celebración del exceso” (p.230).

¹⁸³ Si bien sabemos que no siempre el consumo y el derroche reflejan el nivel adquisitivo, cabe aclarar que en el caso de los migrantes, suelen realizar compras en efectivo y en un pago, siendo reticentes al “endeudamiento” por cuotas. No suelen tener tarjetas de crédito (como así tampoco en su país natal) y son descreídos de la financiación. Un migrante en una ocasión me decía: “no hay que comprar lo que no se puede pagar. Tarjeta de crédito te hace creer tenés la plata, pero no”. Para profundizar sobre las prácticas de consumo a la luz de las transformaciones actuales de China, ver Badaró (2016).

¹⁸⁴ Conversando en una ocasión con Esteban, me explicaba que estos destinos son muy populares y anhelados de visitar por los chinos, a raíz de la difusión masiva de una película a fines de la década de los ‘90, titulada “Happy Together” (春光乍洩; Chūnguāng Zhàxiè). Allí, una pareja homosexual de jóvenes chinos (provenientes de Hong Kong), decide venir a probar suerte a Buenos Aires. Su proyecto principal, además de residir en la capital porteña, era conocer estos dos destinos, los cuales finalmente, luego de muchas peripecias, son retratados en el film. De esta forma, han cobrado una gran popularidad tanto en la República Popular, como en su diáspora, siendo muy frecuente que estén incluidos en los paquetes turísticos dirigidos al público chino internacional. Un análisis antropológico de interés sobre este film, es realizado por Gruzinski (2007), a propósito de las formas de “mestizaje” e “hibridación” que en el film pueden vislumbrarse.

causas por las cuales los migrantes chinos evitan gastos “innecesarios” y por esa razón se limitan a asistir al servicio público de salud. Para echar luz sobre esta aparente disyuntiva, la categoría del “Ser Deseante” (“Desiring Self”) planteada por Rofel (2007) y retomada por Kleinman et al. (2012), parece allanar el camino.

Por un lado, en su libro *Deep China. The Moral Life of the Person*, Kleinman junto con otros académicos chinos, parten de la noción del “Ser dividido” (“Divided Self”) para explicar el modo en el que los individuos chinos logran hacer convivir en su vida cotidiana la presión política, por un lado, y su vida personal, por el otro. Esta división moral comenzó a emerger en la China Maoísta, con un mayor hincapié en el periodo posterior a la Revolución Cultural a partir del manejo emocional de sus secuelas. En relación a la categoría del “Divided Self”, emerge la del “Ser emprendedor” (“Enterprising Self”) (Rose, 2007), como construcción moral que erige como ideal el progreso individual (sobre todo en aspectos profesionales y económicos), en tensión con la visión colectivista dominante durante las décadas precedentes. Esta categoría remite a los altos niveles de competitividad que se han desarrollado en las últimas décadas en lo referente al acceso a las mejores universidades¹⁸⁵ y a puestos de trabajo cada vez más calificados, factores claves de la movilidad social. Asimismo, esta categoría visibiliza el viraje histórico que se ha dado en el énfasis depositado socialmente, previamente en lo colectivo, y ahora más orientado hacia lo individual. De esta forma, se ha redefinido la comprensión de la meritocracia, y se espera que el individuo sea proactivo y responsable de su propio devenir. Por último, los autores retoman la noción del “Ser deseante” (“Desiring Self”)¹⁸⁶ (Rofel, 2007) como la forma

¹⁸⁵ Los jóvenes deben afrontar grandes presiones al momento de ingresar a la universidad, ya que para ello deben rendir un examen altamente exigente, unificado a nivel nacional, llamado 高考 (Gāokǎo). La obtención del puntaje correspondiente determinará la posibilidad de acceso a un determinado rango de universidades categorizados según calidad académica (en función del ranking administrado por la RPCh como estándar de calidad de sus centenares de universidades). Así, este examen es vivido como un punto de quiebre en la vida de aquellos jóvenes que logran rendirlo, ya que determinará sus posibilidades futuras de empleo y calidad de vida.

¹⁸⁶ La construcción de estas distintas facetas de la moralidad en la China contemporánea son comprendidas o impulsadas por los profundos cambios que este país ha sufrido en el último siglo. Bajo una frase que se hizo popular en 2009 en las redes sociales de ese país, se resumen los vertiginosos cambios a los que los individuos chinos debieron adaptarse en sus vidas cotidianas: ‘*In 1949, only socialism can save China; in 1979, only capitalism can save China; in 1989, only China can save socialism; in 2009, only China can save capitalism*’ (Kleinman et al., 2012: 2). Esta frase hace referencia a 1949 como la revolución popular china; a 1979, como inicio del Proceso de Reforma y Apertura; a 1989, como la caída del Muro de Berlín; y al año de difusión de la frase, como auge del “socialismo de mercado” o “capitalismo de Estado” en China. Este auge se vio consagrado a raíz de la crisis financiera mundial del 2008-2009, periodo en el cual el sistema capitalista global entró en una de

en que se sostiene y hace visible el “Ser emprendedor” en términos de consumo y otras formas de “gratificación individual instantánea”, consideradas como impropias moralmente en tiempos precedentes. Kleinman et al. (2012) argumentan que se ha construido un nuevo “ser propio” (“inner self”) reemplazando el sentimiento socialista previo de conciencia de clase, por una sensibilidad postsocialista de deseos personales. De esta forma “el sueño de poseer y consumir más, y llenar la propia individualidad tanto como uno quiera a través del esfuerzo propio, ya no está limitada a las elites o las urbanidades mejor educadas” (p.4). Los autores agregan que estudios recientes sobre migrantes trabajadores (ver Chang, 2008; Hansen and Pang, 2008; Pun, 2005), especialmente jóvenes provenientes de zonas rurales trabajando en grandes ciudades, muestran que la mayor motivación para abandonar sus pueblos natales, no es la dificultad económica en el hogar. Por el contrario, lo que se busca es “ver el mundo exterior y tener la libertad y las opciones para hacer una vida propia” (Kleinman et al, 2012: 4).

Retomo aquí esta categoría del “Ser Deseante” para comprender no sólo las prácticas de consumo descriptas más arriba, sino la motivación de la migración de ultramar en sí misma. Como vimos en el primer capítulo, la gran mayoría de los migrantes pasa de ser un trabajador en condición de dependencia trabajando 12 horas por día (o más) por un sueldo magro en su país de origen, a ser su propio jefe con una gran perspectiva de crecimiento, como es el caso de los grupos inversores locales que se han estado forjando en los últimos años en la ciudad. Por todo esto, resulta difícil afirmar que, al menos en la mayoría de los casos, el hecho de no contratar un servicio de medicina privada radique en una dificultad económica. Por el contrario, sostengo aquí que se debe a la reproducción de la lógica de consumo/apropiación del sistema de salud en la sociedad de origen, en donde allí se abona en función del servicio que se solicita o se utiliza (como veremos en detalle en el siguiente apartado). Siguiendo la propuesta de Faier y Rofel (2014), entonces, el “encuentro” actual en términos de apropiación del sistema de salud local argentino (en este caso, privado), estaría remitiendo a esos “encuentros” pasados con el sistema de salud en la sociedad de origen.

sus peores crisis históricas, y China no sólo fue uno de los países que más rápido se recuperó, sino que además contribuyó al restablecimiento del equilibrio global posterior (Giusto, 2020).

Como último dato relevante en cuanto al manejo del dinero y el consumo de bienes (pero en otro plano de análisis desarticulado de la categoría del “deseo”) destaca la importancia que los individuos chinos en general depositan en la educación. En esa área, no dudan en acudir a la educación privada. En este caso, el “gasto” no es vivido como un consumo placentero (como los ejemplos precedentes en relación a la vestimenta, los viajes, la bebida/comida, etc.), pero tampoco como un gasto “innecesario” (como el abono de una prepaga). Por el contrario, la búsqueda de un “buen colegio”, es percibido como una inversión a largo plazo, como la posibilidad de brindarle más “机会 *Jihui*” (oportunidades) a sus hijos. Así, a raíz de las diferentes recomendaciones que me solicitaran pude dar cuenta de lo siguiente. Con respecto a la elección de las escuelas, sus prioridades radican, además de que sean relativamente cercanos a sus domicilios/trabajos, que sean colegios de alto nivel educativo, que impartan idioma inglés, y en lo posible, mandarín (esta última opción recién empezó a incorporarse este año solamente en una institución educativa local). En una ocasión, por ejemplo, una familia me preguntó específicamente por un colegio que se encuentra en las inmediaciones de su supermercado, el Colegio Albert Einstein, uno de los más caros de la ciudad, pero a su vez considerado de alta calidad académica. Al darles esta referencia me contestaron: *“no importa el precio, importa si es bueno y que den inglés”*.

A continuación, me detendré en la atención médica que realizan los migrantes en su país de origen, la cual además de reflejar la ausencia de una problemática de índole económica, hace visible otro camino posible de sus itinerarios terapéuticos, ahora ya por fuera de Argentina.

3.2.5. Retorno del itinerario terapéutico: viajes para atención médica en China

Como mencioné, otra de las ramificaciones de los itinerarios terapéuticos de los migrantes se produce cuando, sea tanto para realizar chequeos de rutina como para atender problemas de salud graves, los migrantes retornan a China. En ambos casos, tanto el factor “tiempo”, como la facilidad del idioma y conocer el sistema sanitario, son las razones primordiales de esa elección.

Por un lado, según refieren los migrantes, los tiempos de espera y atención son considerablemente menores en China. Así, muchas veces, cuando viajan (por ejemplo, para visitar a su familia), *“aprovechamos y vamos al hospital allá, en un día te hacen todo”* (Yue, 30). Con los diferentes interlocutores con los que conversé al respecto, me contaron de forma consensuada que, en los hospitales los chequeos médicos se ofrecen como una especie de “paquetes” de estudios, del más básico al más completo, aumentando el costo proporcionalmente. Uno elige qué “paquete” desea realizarse para controlar su salud y abona el precio correspondiente (por ejemplo, los básicos incluyen análisis de orina y sangre, radiografía y consulta con un médico; hasta los más completos que incluyen resonancias magnéticas y otros estudios de alta complejidad, que aquí en Argentina no son considerados de rutina).

Cabe aclarar que este tipo de estudios que realizan son de “medicina occidental” y no suelen acudir a los servicios de “medicina china” para realizar controles rutinarios. En este sentido, como mencionara más arriba, uno de los prejuicios más extendidos dentro del ámbito sanitario local es que los migrantes chinos al arribar a Argentina, se encuentran por primera vez con la llamada “medicina occidental”. Así todo, como los mismos interlocutores refieren y como pude observar de primera mano durante mi estancia en China, allí coexisten dialógicamente ambos sistemas médicos desde hace muchas décadas. Asimismo, los migrantes chinos no son ajenos a la interseccionalidad de la tecnología en el cuidado de la salud, como también suele suponerse desde la perspectiva local. Por el contrario, conviven con la tecnología de una forma más intensa quizás que los mismos argentinos en el sistema de salud pública o en muchos sectores privados (por ejemplo, mediante el uso de tensiómetros automáticos de alta tecnología o termómetros infrarrojos, los cuales recién empezaron a verse con mayor frecuencia aquí en Argentina a partir de la pandemia de Covid-19).

Con respecto a los itinerarios terapéuticos de los migrantes en su país de origen, sí refieren acudir a las tiendas “tradicionales de medicina china” y comprar productos para abastecerse y traer a Argentina (siempre y cuando el control aduanero permita su ingreso). A su vez, concurren a este tipo de servicios para realizar consultas más puntuales, como puede ser el caso del inicio de la menopausia, o ciertos padecimientos asociados a la menstruación. Así todo, como veremos en el capítulo siguiente, en el transcurso del trabajo de campo, fui dando cuenta que la implicancia de la “medicina

china” en las formas de atender la salud por parte de los migrantes, no radica tanto en la utilización explícita de un servicio concreto de esta disciplina, sino que se visibiliza en saberes y prácticas de salud de índole cotidiana. Estos conocimientos del “know-how” se transmiten de generación en generación y se utilizan como métodos de cuidado de la salud desde una lógica preventiva (mantenimiento de la salud) o para atender problemas de la salud menores como afecciones respiratorias, problemas gastrointestinales o dolores músculo-esqueléticos (como contracturas). El hecho de que, una vez en China, acudan prioritariamente a la “medicina occidental”, por sobre los servicios de la “medicina china” exclusivamente, echa por tierra nuevamente las explicaciones exotizantes, en las cuales las dificultades vivenciadas en el sistema de salud local se deben a “cuestiones culturales”. El punto parece ser, entonces, que la tensión aquí no estaría entre medicina hegemónica versus tradicional¹⁸⁷, sino por cuestiones mucho más pragmáticas de lo que se suele imaginar, como es la economización del tiempo y la posibilidad de hablar el mismo idioma, aunque eso requiera un costo mayor.

Por otro lado, los migrantes optan por volver a China a ser atendidos allí, cuando el problema de salud es muy acuciante y aquí en Argentina los métodos empleados no logran el efecto deseado¹⁸⁸. Aunque afortunadamente ninguno de mis interlocutores o sus vínculos cercanos atravesó un problema de salud grave, sí pude dar cuenta de esta práctica por medio de la entrevista realizada a la representante local de la Cámara de Autoservicios y Supermercados Propiedad de Residentes Chinos de

¹⁸⁷ A una conclusión similar llegan Liu et al (2015) a partir de una etnografía realizada con migrantes chinos en Holanda. A raíz de observar que este colectivo conforma el grupo étnico con menor utilización de los servicios de salud mental locales, los autores investigaron sobre las experiencias de los migrantes en este tipo de servicio. Así, se indagó sobre las formas de buscar ayuda, las barreras en la accesibilidad a los servicios hegemónicos, las experiencias en la atención, los factores que amenazan la calidad del cuidado, y sus miradas sobre este tipo de servicios. Contrastando con la idea ampliamente aceptada de que las diferencias culturales en las representaciones sobre la salud subyace a la baja utilización de este tipo de servicios en Occidente, los principales obstáculos encontrados en este estudio están ligados a cuestiones más bien pragmáticas, como problemas de comunicación o falta de conocimiento sobre el sistema de salud y sus servicios (problemas también descriptos por Ma, 1999 y Green et al, 2006). Otra de las debilidades que los autores encuentran en esta explicación es que, a pesar de que haya claras diferencias entre las representaciones del grupo en cuestión y las de los profesionales de la salud, en realidad no son tan diferentes de aquellas propias de la mayoría de la población “occidental”. Por ejemplo, en lo que respecta a la estigmatización y la “vergüenza” familiar y social asociadas a los padecimientos psíquicos.

¹⁸⁸ Diversos estudios como los Badanta Romero et al, 2020; Ribas da Costa, 2013; Cao, 2011; Wai et al., 2017, refieren itinerarios similares, tanto para los casos de los controles, como de los casos de salud graves.

la República Argentina (CASRECH), como así por medio del relevamiento de las historias clínicas. En estos registros, los viajes a China para recibir atención especializada, se vieron plasmados en forma de abiertas disputas con el personal de salud a raíz de incomprensiones diversas.

Durante la entrevista realizada en noviembre de 2019 a la representante local de CASRECH, me relató lo siguiente:

Muchas veces prefieren volver a China por una cuestión de idioma... tuvimos un caso muy grave en 2009, acá en Mar del Plata. La chica era jovencita, tuvo una septicemia que nunca estuvo determinado cuál fue su origen, pero pensaban que tenía una hernia de mediastino, había algo que no estaba bien en ella, pero por la cuestión idiomática ellos iban a un médico, no se entendían, iban a otro médico no se entendían, la chica quería volver a su país y en un momento que yo me entero de la situación que no estaba bien, me piden ayuda y los acompaño... ella me decía que se quería ir a China porque se sentía mal, y el médico, me dice *“si sube al avión no llega”*.

La representante marplatense de CASRECH relataba que esta escena se dio en uno de los hospitales privados de la ciudad, pero que la paciente había acudido a distintas clínicas, sin éxito *“porque no se entendía con los médicos, pagando particular, o sea no era un tema de dinero, sino que no se entendían”*. Lamentablemente, la joven fue internada de urgencia ese mismo día, pero falleció al día siguiente, sin haberse identificado nunca la causa de la infección generalizada.

Otro caso similar, relevado a partir de una historia clínica, muestra además de la combinación estratégica de los servicios públicos y privados, el deseo imperante de volver a su país a recibir atención médica, cuando no se logra un entendimiento entre ambas partes, sea en términos diagnósticos o terapéuticos.

En el sistema de historias clínicas municipal, en el periodo 2017-2019, se registró que una joven proveniente de China (XiaoYun) de 32 años, realizó una serie de consultas por dolores abdominales y síntomas gastrointestinales. La paciente había concurrido por primera vez en 2015 (según lo registrado allí al menos) a causa de síntomas similares a un CAPS periférico, en las cercanías de su domicilio. Se registró en el servicio de Clínica Médica que, además de esos síntomas, refería *“dolor en cara anterior de tórax cuando se pone nerviosa”*. En su momento le recetaron omeprazol más una dieta gastroprotectora, además de solicitarle una serie de estudios (radiografía

de tórax, ecografía abdominal y análisis de sangre) de los cuales no figuran los resultados.

No fue hasta 2017 que se registra una segunda consulta, por lo que no hay información sobre ese periodo. En esta oportunidad, Xiaoyun asistió al mismo CAPS (nuevamente al servicio de Clínica Médica¹⁸⁹ el cual). En esta ocasión, se detalló “*Pirosis y dolor epigástrico de 3 meses de evolución medicada con sucralfato y omeprazol, no responde favorablemente*”. Al no haber registros previos en el sistema público, se puede deducir que tanto dicho tratamiento como la obtención de las recetas las realizó en el sector privado. En dicha ocasión, se le solicitaron nuevamente los estudios, junto con una interconsulta a Gastroenterología en el CEMA.

A partir de este momento, se registraron un total de 30 turnos en el lapso de 1 año y 2 meses (hasta el momento en el que recolecté los datos), en donde la paciente circuló por la salita periférica, el CEMA, y el sector privado; por servicios de Clínica Médica, Gastroenterología y Ginecología¹⁹⁰; y realizó estudios variados (además de los mencionados, videoendoscopías y una biopsia). En este transcurso, Xiaoyun fue diagnosticada presuntivamente de distintos males, desde “*Gastritis crónica*” hasta una presunta celiacía, pasando por “*Enfermedad del reflujo gastroesofágico con esofagitis*”, “*Infección por Helicobacter pylori*” entre otros. Después de una serie de idas y vueltas en relación a la terapéutica utilizada (mayoritariamente farmacológica), la paciente empezó a responder favorablemente y se le dio el alta médica unos meses después.

Así todo, tres meses después, Xiaoyun retornó al CAPS pero ya no por síntomas digestivos, sino ahora cardiorrespiratorios (disnea¹⁹¹, palpitaciones, dolor torácico). Cabe destacar que durante el tratamiento por el cuadro digestivo, Xiaoyun había consultado en una ocasión por palpitaciones y por “*sensación de falta de aire al subir escaleras*”, por lo que se había solicitado una interconsulta con Cardiología. Cinco meses después, cuando Xiaoyun retornó a la salita por un cuadro similar, el

¹⁸⁹ Junto con Medicina General, son las especialidades que realizan las consultas por demanda espontánea, a modo del primer estrato en el que se brinda la atención

¹⁹⁰ En un momento dado, la paciente fue derivada a Ginecología ya que comentó la presencia de un nódulo mamario. Al asistir al servicio, Xiaoyun refirió haber recibido tratamiento en China por el nódulo, aunque no se brindan más detalles. Se le solicitó un Papanicolaou y una Ecografía mamaria para control, además de indicarle métodos anticonceptivos y brindarle profilácticos y pastillas anticonceptivas.

¹⁹¹ Término biomédico para referir la sensación de falta de aire o dificultad en la respiración.

turno con esta especialidad aún seguía pendiente. En esta última ocasión, la médica clínica registró: *“trabaja 8hs/día, sin franco, 3 hijos pequeños; impresiona estrés, ansiedad. Tiene pedido IC¹⁹² Cardio. Sugiero ejercicio, caminatas”*. Nuevamente se produce un paréntesis en los registros, esta vez de 6 meses. Al volver, Xiaoyun asistió esta vez por un presunto cuadro de anemia y astenia¹⁹³. La médica clínica solicitó internación de urgencia en el Hospital Interzonal de Agudos por síndrome anémico, a la vez que recetó sulfato ferroso e indica la realización de estudios e interconsultas de *“pronta respuesta”*¹⁹⁴. A la semana siguiente, la paciente retornó al mismo servicio, donde se registró lo siguiente:

Refiere que antes de ayer estuvo internada en clínica 25 de mayo¹⁹⁵ donde le transfundieron 2 bolsas de sangre y ella pidió el alta voluntaria y que mañana se irá a China; acompañada con “traductora” que le repite en español más lento (?)¹⁹⁶...Explico riesgos de realizar viaje al extranjero ya que no sabemos aún la causa de esta anemia, dice entenderlos; doy orden para IC con Hematología en HIGA como urgente para evaluar caso; aún espera para turno con Gastroenterología.

Como último registro, figura que la paciente finalmente asistió al servicio de Gastroenterología dos semanas después. Allí se la diagnosticó con *“Anemia Ferropénica sintomática de causa aún no conocida”* y se le indicó la realización de una Videocolonoscopia. Debido a una falta de recursos en el centro, no contaban al momento con anestesia para llevar a cabo el estudio, por lo que se le sugirió que lo realizara en el sector privado. Al respecto, se registró lo siguiente: *“no quiere hacer endoscopia por privado..... sí ir a China a hacer estudios??; pero está dispuesta a hacer estudio bajo sin sedación en CEMA. Se explica riesgos y beneficios, posibilidad de que no sea el estudio completo debido a falta de sedación”*.

Desde ya, al contar sólo con estos datos registrados en la historia clínica, sin testimonios de los actores involucrados, las preguntas que pueden formularse son muchas, pero sin posibilidad de responderlas. Así todo, este caso es “bueno” para pensar, por un lado, el uso estratégico que hacen los migrantes de múltiples sistemas, subsistemas y modelos de salud. Por otro lado, este caso cristaliza la complejidad y

¹⁹² IC: Interconsulta

¹⁹³ Sensación de debilidad y fatiga generalizada, física e intelectual.

¹⁹⁴ En los casos en que las solicitudes son realizadas bajo esta leyenda, los turnos no demoran meses, como es la generalidad, sino unos pocos días.

¹⁹⁵ Una de las clínicas privadas de la ciudad.

¹⁹⁶ Transcripción textual del registro.

variabilidad de los itinerarios terapéuticos de los migrantes, los cuales no se limitan exclusivamente a uno u otro sistema de salud, sino que hay una combinación de ambos, sumada a la posibilidad siempre latente de retornar al país de origen, considerando que allí se podrá encontrar y resolver el padecimiento. En estos casos, si bien los prejuicios locales lapidan al servicio de salud público en el cual “hay que evitar caer”, ninguno de los dos sistemas, ni público ni privado, logran dar respuesta a las demandas de salud de los migrantes. Así, marcando una distancia con las posturas estereotipadas y condenatorias del “modelo médico hegemónico”, los migrantes no tendrían una dificultad inherente en lo que refiere a su apropiación, ya que, en su país de origen, según lo recabado, acuden en mayor medida a la “medicina occidental” y construyen itinerarios terapéuticos dialógicos con la “medicina china” sin que ello genere una contradicción en sí misma. Por el contrario, lo que aquí sí parece emerger son múltiples dificultades en el encuentro con el sistema de salud local en general.

A continuación, retomaré el caso específico de los servicios de pediatría y terapia ocupacional, donde realicé observación participante, prisma desde el cual podrán evidenciarse más claramente estas tensiones y dificultades.

3.3. Tensiones en el sector salud: el caso de los controles de desarrollo

En una “salita” periférica de la ciudad de Mar del Plata, ingresa por la mañana una pareja de nacionalidad china junto a su hijo de 9 meses. No acuden por una urgencia ni por una consulta puntual, sino por un “control”, acción de Prevención Primaria enmarcada en el “Programa de Desarrollo Infantil”, de alcance municipal y provincial. Luego de notificarse y esperar en la sala de espera, en una antesala, el bebé es desvestido por sus padres, y es pesado y medido por una enfermera, primer paso antes de que sean atendidos por una pediatra. La enfermera indica que los parámetros de crecimiento son los esperados para la edad, a lo que los padres responden con una expresión relajada y sonriente en sus rostros. El turno que debía demorar 30 minutos en total, ya lleva más de 45 minutos y aún no los ha atendido la pediatra, quien se encuentra en su consultorio con otra familia. El padre mira el reloj y se muestra

impaciente. Pregunta en reiteradas ocasiones cuánto más faltará para ser atendidos. En un momento de la espera, recibe una llamada telefónica. Luego de contestar en un mandarín acelerado, habla con la mujer y le dice a la enfermera si pueden volver otro día porque debe resolver un asunto de trabajo. La enfermera, quien hasta ese entonces se había mostrado simpática y cordial con la familia, contesta seriamente que no, que el turno ya se había iniciado y que no lo podían volver a pesar y medir la siguiente vez que viniera, que esperaran¹⁹⁷. El padre resopla y comenta lo eficiente que es el servicio sanitario en su país, que allí en un solo día pautado se realizan todos los estudios y controles correspondientes en una breve visita al establecimiento sanitario. Vuelve a cruzar unas palabras con su esposa nuevamente en mandarín, y finalizada la breve conversación, el padre se retira excusándose por trabajo y queda la madre sola junto a su hijo. Unos cuantos minutos después, se libera el consultorio de pediatría, y hacen pasar a la madre con su hijo. La pediatra, mientras realiza distintas maniobras y pruebas de evaluación psicomotora al niño, consulta a la madre por diferentes hábitos cotidianos referidos principalmente a la alimentación, sueño, y juego del niño. Con bastante dificultad para lograr una comunicación fluida entre ambas partes, la pediatra reprueba diferentes conductas como: la ingesta de pescado, la utilización de leche maternizada en vez de la natural lactancia, la permanencia prolongada del niño en su cochecito, el colecho¹⁹⁸, por nombrar algunas. Se queja del escaso nivel de español de la madre, y realiza comentarios como *“hace años que están en el país y no hablan español, pero bien que con los números son rapidísimos”*. Pareciera desaprobando el carácter más bien comercial de la migración china al país, y deslizar el incumplimiento de la imagen deseada del “buen inmigrante” (parafraseando a Rousseau), aquel migrante que “se integra” y aprende el idioma y las costumbres locales. Por otro lado, sin entender del todo este tipo de comentarios ni las indicaciones que se le brinda, la madre asiente a todo lo que se le indica, pero cuando vuelve al siguiente control ha cumplido con pocas de las pautas que le habían sido indicadas.

Esta escena etnográfica, la vería en reiteradas en ocasiones, con más o menos bemoles, con mayores o menores (des)encuentros. Muchas preguntas y ejes de análisis pueden desprenderse de esta fotografía en movimiento, entre ellos: ¿qué prejuicios de

¹⁹⁷ Este tipo de naturalizaciones de la “espera”, tanto de horas como de días, no son ajenas en general para ningún usuario del sistema de salud, principalmente del sector público.

¹⁹⁸ Práctica de dormir en la misma cama, madre/padre e hijo/s.

ambas partes se despliegan?, ¿qué criterios de atención de la salud están en juego?, ¿qué relaciones de poder están operando?, ¿qué otros encuentros presuponen el presente? Estas y otras preguntas serán aquí profundizadas, pero antes me detendré en la descripción de estos controles, a partir de mi trabajo de campo en dos de las “salitas” de la MGP. Esta “aldea” (Geertz, 1973), aunque en apariencia pequeña y periférica, permitirá vislumbrar “grandes problemas”, como son los relativos al campo de la salud pública argentina, a partir de una perspectiva local.

En lo que respecta a la apropiación del sistema de salud local, como vimos, los inmigrantes refieren sólo recurrir a él en caso de emergencias. Así todo, a partir del trabajo de campo, pudo observarse la alta frecuencia en la que los padres llevan a sus niños a realizar los llamados “Controles del desarrollo infantil”, como se ve reflejado en los datos cuantitativos expresados más arriba. Estos controles, realizados en los CAPS, forman parte del “Plan Integral de Desarrollo Infantil”, de alcance municipal, pero articulado con programas provinciales y nacionales (“Programa Remediar”, “Plan Nacer”, “Salud Sexual y Procreación Responsable”, “Asignación Universal por hijo y Embarazada”). Según el sitio oficial de la MGP, este plan tiene como objetivo *“promover el crecimiento y desarrollo saludable de todos los niños de 0 a 6 años y de mujeres embarazadas y puérperas del Partido de Gral. Pueyrredón”*¹⁹⁹. Este plan sanitario, comprende diversos profesionales de salud, quienes desde su especificidad disciplinar realizan diferentes controles (fonoaudiología; odontología; oftalmología, etc.). Así, en pediatría se realizan controles a los 10 días de nacimiento y luego de forma mensual hasta los 6 meses, momento en el que los controles se comienzan a realizar de forma trimestral hasta los 2 años. A continuación, cada control tendrá una periodicidad anual hasta los 6 años, momento en el que finaliza el alcance del plan.

A diferencia del servicio de pediatría, las demás profesiones realizan sus controles con menor frecuencia y durante ciertos momentos específicos del desarrollo infantil. Así, por ejemplo, Terapia Ocupacional realiza acciones de detección temprana mediante “*screenings*”²⁰⁰ del desarrollo, a los 6, 9 y 24 meses de edad (aunque puede variar entre CAPS y CAPS a criterio del profesional). El objetivo de estos controles es

¹⁹⁹ Disponible en: <https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/desarrollo-infantil>

²⁰⁰ Se tratan de evaluaciones rápidas realizadas con el fin de detectar alteraciones tempranas en el desarrollo.

posibilitar la atención temprana de diferentes alteraciones del desarrollo tales como: atencionales, vinculares, conductuales, de aprendizaje, retraso mental y trastornos generalizados del desarrollo, entre otros. A partir de la observación participante en consultorios de pediatría y terapia ocupacional, pude observar que los encuentros clínicos consistían en las siguientes etapas.

Por un lado, en pediatría, como se vio en la escena etnográfica, primero se pesa al bebé y se mide su talla y perímetro cefálico, acciones realizadas por el servicio de enfermería en la antesala de los consultorios pediátricos. Este servicio también es el encargado de administrar las vacunaciones correspondientes según el calendario de vacunación. A continuación, el bebé y los adultos a cargo (en el caso de los migrantes chinos, en general la madre y un acompañante; o ambos padres, las menos de las veces), ingresan al consultorio de pediatría. Allí, se realizan diferentes evaluaciones según la edad del niño.

En el caso del primer control (recién nacido o un mes), se registra si el bebé nació a término o no (pretérmino). Con respecto al peso, se deja asentado si su peso fue "*acorde a su edad gestacional*", y cómo es su progreso actual, adecuado o no para la edad. Se registran a su vez las condiciones del parto, si fue natural o por cesárea, y si fue "eutócico" (normal) o con complicaciones. También así, el índice APGAR²⁰¹ y si requirió internación en Neonatología. También se asientan antecedentes obstétricos de relevancia y si la madre presentó alguna enfermedad como es Hepatitis B, Diabetes, etc. Se realiza un examen físico, donde se evalúa si cumple con las "pautas madurativas" para la edad, al mismo tiempo que se examinan los genitales y si presenta los reflejos neurológicos normales y simétricos, o bien patológicos o asimétricos. Como estudios complementarios, se solicita el estudio de Otoemisiones Acústicas (OEA) en Audiología, un control oftalmológico y radiografía de caderas. En todos los casos se indica la ingesta de vitaminas A, D y C, y complemento ferroso (en los casos en los que el niño no es alimentado con "leche de fórmula" o "leche maternizada").

Los siguientes "*controles*" son similares, examinando el crecimiento (aumento de peso y talla) y el desarrollo del niño mediante el examen físico y madurativo y

²⁰¹ Este primer examen, sigla que responde a "Appearance, Pulse, Grimace, Activity, and Respiration", se realiza a los recién nacidos durante sus primeros minutos de vida. Evalúa entre otros indicadores, frecuencia cardíaca y tono muscular.

mediante la entrevista a los padres. Allí, se consulta por la catarsis del bebé, su alimentación (recomendando en todos los casos la leche materna). Con el paso de los meses, también se indaga si el niño balbucea o no (3 meses), si incorpora palabras (1 año), etc. En función del examen madurativo y/o de lo referido por los padres, se indican "*pautas de estimulación*" en los casos en los que el infante no realiza las pautas madurativas para su edad como, por ejemplo, no logra el control cefálico al cuarto mes (se espera lo realice en el tercero). En los casos en los que esta situación persiste, se deriva a Terapia Ocupacional, como veremos luego.

Por otro lado, en el caso de los controles en Terapia Ocupacional, se realiza en una primera instancia la toma de una escala del desarrollo mediante la evaluación del bebé a partir de diferentes pruebas, y a continuación, una entrevista a los padres, todo en el plazo de 30 minutos, al igual que en el caso de pediatría. Con lo que respecta a los controles llevados a cabo en el servicio de Terapia Ocupacional, en el correspondiente a los 6 y 9 meses, se suele utilizar la escala de "*Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses, de Rodríguez, Arancibia y Undurraga*" (EEDP), creada en Chile en 1974. En la misma, el desarrollo es evaluado según áreas: motora, social, lenguaje y coordinación, y según el puntaje obtenido, se establecerá si el niño presenta un desarrollo normal, en riesgo o con retraso. Paralelamente se evalúa el control motor de los bebés en las diferentes posiciones (decúbito prono, supino, sedente, etc.). A su vez, se realiza una observación del comportamiento del niño y del vínculo madre-hijo, como así se lleva a cabo una entrevista acotada con los padres en donde se indaga, además de los datos filiatorios, sobre las prácticas en diferentes esferas: alimentación, sueño, higiene, lenguaje, actividad lúdica y lugares o "*dispositivos de permanencia*" durante el día (cochecito, corral, piso, cuna, etc.).

Con respecto al control de 24 meses, en estos casos, la evaluación es similar a la descrita para los controles anteriores, a diferencia de que el recurso diagnóstico utilizado suele ser el "*CAT/CLAMS*" ("*Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale*"), desarrollado para evaluar niños de 1 a 36 meses, en el área cognitiva, incluyendo el lenguaje y la capacidad de resolución de problemas visomotores. En este caso, las categorías resultantes del puntaje del test son similares a la EEDP, salvo que en vez de utilizar el concepto "*riesgo*", se utiliza, "*sospecha*."

Con respecto a la entrevista a los padres, se incluye el control de esfínteres y si el niño comenzará a asistir al jardín.

En el caso de los niños que fueron derivados por pediatría (es decir, que no acudieron por control), se utilizó como recurso diagnóstico la “*Planilla de Estimulación Temprana de 0 a 36 meses*”, la cual evalúa el desarrollo psicomotor según las áreas de auto-asistencia, social, lenguaje, conocimiento, motricidad gruesa y motricidad fina²⁰². La entrevista administrada a los padres es similar a la que se realiza en los controles, salvo que se indaga con mayor profundidad, y quizás toda la evaluación dura más de una visita.

En la mayoría de los casos observados durante el trabajo de campo, los hijos de los migrantes presentaron un desarrollo psicomotor con parámetros descendidos para su edad cronológica, arrojando, según el test administrado, “*riesgo/sospecha*” o “*retraso*”. En el caso de los niños que acudieron a los screenings de 6 y 9 meses, no lograron las pautas esperadas en el área de motricidad gruesa, presentando un desempeño acorde en el resto de las áreas del desarrollo. Por ejemplo, en el control de los 6 meses, la mayoría de los niños no presentó un “*control motor*” suficiente para sentarse de manera independiente, rolar, realizar balconeo superior²⁰³, entre otras pautas del área motriz gruesa. Los niños mayores, como aquéllos de 24 meses, presentaron una menor adquisición del lenguaje que lo esperado para su edad cronológica, y el área motriz gruesa se observó dentro de parámetros acordes, a diferencia de lo que se hubiese esperado dados los resultados de los screenings de los meses precedentes.

Al ser indagados por los profesionales de la salud, en la entrevista a los padres sobre el lugar de permanencia de los niños en el hogar, sólo una minoría contestó que los colocaba en el piso, refiriendo utilizar este espacio 30 minutos al día, lo que dista mucho de lo esperado desde la perspectiva biomédica. Es importante tener presente que esta perspectiva considera que el suelo es el lugar de permanencia por excelencia para que el niño pueda explorar el espacio y desarrollar sus potencialidades. En

²⁰² La división por áreas puede variar de una escala a otra, pero siempre se apoya sobre las dicotomías cuerpo-mente y biológico-social.

²⁰³ Estando apoyado sobre su vientre (“decúbito prono”), apoyar sus manos y elevar el tronco.

contraposición, las familias chinas entrevistadas dijeron utilizar equipamiento de permanencia, tales como andadores, cochecitos, sillas, entre otros.

En la entrevista a los padres se detectaron otras prácticas que son consideradas inadecuadas desde los marcos teóricos biomédicos. Es así que en relación a la esfera del sueño, la gran mayoría de las madres refirieron realizar “colecho” con sus hijos, y mientras los niños duermen con las madres, los padres, duermen en otra habitación (lo que provocaba indefectiblemente la sorpresa e indignación por parte de los profesionales). Desde la lógica sanitaria local se conceptualiza esta práctica como “inapropiada” principalmente por dos motivos. Por un lado, por lo que refiere a la prevención de accidentes, ya que el niño además de poder ser aplastado y/o asfixiado involuntariamente por sus padres mientras duermen, también corre el riesgo de caerse desde la altura de la cama al piso y sufrir un traumatismo de diversa gravedad. Por otro lado, también se les explica a los padres la importancia del espacio personal del bebé para poder formar su propio “yo” (siguiendo la teoría psicoanalítica), al tiempo que se les “enseña” que ningún adulto debe dormir en su cama (como forma de prevención de un posible abuso sexual infantil).

Al respecto de la alimentación, muchas de las madres refirieron incorporar los alimentos semisólidos antes de los 6 meses, edad a partir de la cual se indica esta práctica en los servicios de salud locales. A su vez, se recomienda no incluir pescado hasta los 10 meses, ya que es un potencial alergénico, y algunas familias chinas, lo incorporan con anterioridad.

Es necesario no pasar por alto el hecho de que es altamente frecuente que las madres no den de amamantar a sus hijos, conducta que genera múltiples fricciones con el sistema de salud local. Cabe aclarar aquí que, en Argentina, la lactancia es una práctica sumamente valorada, y a menudo objeto de intervención por parte de programas de salud que apuntan a la difusión y transmisión de sus beneficios. Yendo al ámbito del consultorio, cuando las madres llevan a sus bebés a los controles de desarrollo, entre las preguntas de rutina siempre se consulta sobre la alimentación y la lactancia. En el caso de las madres chinas, la mayoría de las veces (por no decir todas) contestan que “no”, mientras dejan escapar alguna risita nerviosa, como anticipando “el reto” de los profesionales. Incluso cuando algunos de ellos expresan “*respetar la cultura de cada uno*”, en general abundan los comentarios o expresiones reprobatorias.

Ante la pregunta insistente del porqué no amamantan a sus niños (desde la lógica profesional, indicando que la leche materna no tiene costo, que fortalece inmunológicamente al bebé, y que incluso opera como anticonceptivo natural, entre otros beneficios), las madres chinas contestan sencillamente “*que no tienen leche*”, lo cual es respaldado por sus maridos cuando se encuentran presentes. Las pediatras contestan indefectiblemente que la lactancia es por estímulo oral del bebé, y que todas las madres tienen leche. Agregan que cuanto más use el bebé la mamadera, menos querrá “*agarrar la teta*”, porque esto es mucho más dificultoso para su musculatura peribucal. La negativa, sin embargo, continúa. En conversaciones por fuera del ámbito sanitario con madres chinas, muchas de ellas me han expresado que la lactancia es muy “*difícil*” y “*que no tienen tiempo*”, “*que tienen mucho trabajo*”, explicaciones que por lo general omiten en el ámbito sanitario. Al respecto, las interlocutoras no expresan una representación que contradiga los “beneficios” de la leche materna, todo lo contrario. Al conversar con ellas al respecto, coinciden en estos aspectos pero así todo insisten en que amamantar conlleva muchas horas al día, tiempo del que refieren no disponer durante su vida cotidiana. Desde esta perspectiva, la leche maternizada brinda la posibilidad concreta de alimentar a su bebé (tanto ella como un tercero) mientras continúa con sus actividades laborales. Esta misma razón es la que subyace en la utilización de los “*dispositivos de permanencia*” como son los “*cochecitos*”, “*corralitos*” o sillas para bebés.

En este sentido, y retornando a los resultados en los tests de desarrollo, justamente según el equipo de salud, el “*retraso madurativo*” observado se debe a una “*falta de posibilidades*” ya que los padres les brindan una “*escasa facilitación ambiental*” al colocarlos justamente en este tipo de “*dispositivos*”. Los profesionales arguyeron creer que esta práctica era de índole cultural. De esta forma, comentarios por parte del equipo de salud tales como “*es por su cultura*”, “*es algo cultural*”, “*allá lo hacen así*”, “*tienen esas creencias*”, nos llevan a pensar que ante situaciones que no pueden explicarse o comprenderse simple o unívocamente, el sentido común (incluido el profesional) opera colocando a la cultura como un factor de atraso o irracionalidad, siempre en el dominio lejano del “otro”. Así, se suele caer en una exotización del “otro”, buscando y marcando diferencias a priori, en donde “lo cultural” viene a ocupar el lugar de una explicación acrítica y naturalizada, en vez de ser algo que deba ser explicado e interpelado. Por el otro lado, siguiendo a Briones (1998), este

tipo de concepciones constituyen una “dinámica de desmarcación que invisibiliza como universal la especificidad de algunos al acentuar la de ciertos otros como particular” (p.7). De este modo, “la etnicidad del sector culturalmente hegemónico pareciera quedar invisibilizada” (p.3), evidenciando un mecanismo de marcación de la otredad de algunos, para diluir la afiliación de otros²⁰⁴. Por otro lado, tal como lo sugiere Van Dijk (1998), la explicación basada en “lo cultural” muchas veces puede funcionar como un tipo de justificación para enmascarar desigualdades y formación de estereotipos en los servicios de salud.

Ante estos casos, la intervención del equipo profesional consistió en brindar las indicaciones correspondientes según el caso para favorecer dicha “facilitación ambiental”, de las cuales la más importante fue colocar a los niños mayor tiempo en el suelo de modo que puedan desarrollar las habilidades psicomotrices esperadas para su edad. A continuación, si en sucesivos encuentros los resultados continuaban arrojando parámetros descendidos, se daba inicio al tratamiento, con una frecuencia semanal o quincenal. Con respecto a la respuesta de los padres ante las intervenciones del equipo, se observó una aceptación incompleta de las mismas, ya que las familias en general sólo asistieron a las primeras sesiones, abandonando el tratamiento. Asimismo, las madres referían entender lo explicado, pero no cumplían con las indicaciones en el hogar.

Estas situaciones fueron percibidas por el equipo de salud como dificultades en el cumplimiento del tratamiento prescripto. Asimismo, fue frecuente escuchar comentarios por parte de los profesionales de la salud, que tendían a homogeneizar la población, formando suerte de estereotipos a partir de información preliminar. Por ejemplo: “ellos son muy cerrados”, “es una población muy difícil”, “por su cultura son muy reservados y no les gusta ser observados”, prejuicios de por sí extendidos en la comunidad local en general.

En todos los casos (cuando los niños no alcanzaban las “pautas madurativas” esperables para su edad) las diversas dificultades suscitadas en la atención de este

²⁰⁴ En este sentido, Grimson (2005), explica que desde los años noventa: “comenzó a esbozarse un cambio en el régimen de visibilidad de la etnicidad en la Argentina: de una situación de invisibilización de la diversidad se pasó a una creciente hipervisibilidad de las diferencias” (p.12), tendiendo a una progresiva etnización de ciertos grupos.

grupo (por ejemplo, las incomprensiones, la “*baja adherencia*” a los tratamientos, el incumplimiento de las indicaciones, etc.) fueron racionalizadas por los profesionales a partir de causas “culturales” que obstaculizaban la prestación de sus servicios. Así, las prácticas realizadas por los migrantes resultan ser conceptualizadas como “erróneas”, y “lo cultural” suele ser visto como algo a ser sorteado, en vez de ser entendido como la red de significados en donde cobra sentido aquello percibido como problemático. En otras palabras, estos “factores culturales” son vividos por el equipo de profesionales, como obstáculos para implementar una prescripción o desarrollar las intervenciones que consideren pertinentes desde su cultura profesional.

Por último, las dificultades en la comunicación, como veremos a continuación, fueron relevadas con frecuencia. En el siguiente apartado, me detendré a su vez en otras problemáticas y tensiones registradas en el trabajo de campo.

3.4. Problemas variados: encuentros y desencuentros

Como es de imaginarse y como ya se ha ido viendo en las páginas precedentes, los problemas de comunicación, no sólo de orden lingüístico, son una de las dificultades observadas y referidas con más frecuencia, tanto por los usuarios chinos como por el equipo sanitario. Esta situación, es a su vez asociada a un sentimiento de frustración a la hora de intentar explicar los diversos padecimientos, como así a la hora de interpretarlos. Es importante destacar que este tipo de problemas puede existir incluso cuando los interlocutores hablan el mismo idioma, lo que nos hace recordar que la comunicación no consiste sólo en un ejercicio de entender palabras, sino también en apreciar referencias culturales y sociales. Es decir: “incluso entre dos personas del mismo grupo sociocultural ese código no anula la existencia de malos entendidos, más aún en las situaciones de interculturalidad, un mismo discurso puede ser interpretado de maneras múltiples e incluso contrapuestas” (Grimson, 2005: 21). Esto se hace evidente, por ejemplo, en el caso de los inmigrantes bolivianos abordado por Goldberg & Oliveira (2013), en Argentina y en Brasil respectivamente, quienes expresan haber registrado en el ámbito sanitario relatos de profesionales que resaltaron

el problema de las barreras lingüísticas en el acceso al servicio. Ellos coinciden en que tal problema:

No consiste únicamente en un hecho de incomprensión lingüística, con la consecuente falta de comunicación entre las partes. Al contrario, de manera conflictiva, es provocado por la polarización entre tradiciones culturales que muchas veces expresan concepciones y modos de practicar los cuidados de la salud muy distintos a las concepciones técnico científicas predominantes en la estructura de los servicios de salud (p.293).

Esto nos lleva a pensar entonces que, incluso en relación a las mismas palabras puede haber diversas cosmovisiones, incluso opuestas. Así todo, las barreras comunicacionales no son los únicos conflictos que surgen en el ámbito sanitario. En este sentido, es claro que las barreras idiomáticas juegan un papel muy importante y configuran nuevos encuentros, o incluso desencuentros. Por un lado, como se mencionó, las familias muchas veces optan no asistir a los servicios de salud, salvo que sea en situaciones de mucha gravedad (algún dolor agudo, accidente, etc.) y no pueda ser resuelto o tolerado en el hogar. Por otro lado, es motivo de queja constante por parte de los profesionales de la salud cuando asiste una familia que no maneja español o no acude con alguien que oficie de traductor.

Es en este tipo de situaciones de incomprensión donde pude dar cuenta que entraba en escena otro actor en particular. Este es el caso de las “*nanas*”²⁰⁵, señoras en general de unos 60 años, encargadas de tareas domésticas y del cuidado de los niños, sobre todo de los bebés, o de la madre durante el periodo puerperal (como se verá en el siguiente capítulo en detalle). Las “*nanas*” acompañan a las madres y a su/s niño/s a la consulta en el CAPS y ofician de “traductoras” entre ellos y los profesionales, aunque sin ningún tipo de dominio del chino mandarín. Estas mujeres suelen ser motivo de mofa por parte de los profesionales (tema recurrente en la sala de profesionales, -“*office*”- una vez terminada la consulta) ya que se limitan a repetir en español lo que dice el profesional²⁰⁶, pero en mayor volumen y modulando

²⁰⁵ En todos los casos observados en los que las familias contrataban “*nanas*”, las madres de los niños trabajaban en los supermercados a la par de sus maridos. En los demás casos, las mujeres no trabajaban o lo hacían en jornadas reducidas, y solían ser acompañadas a las consultas por una “*paisana*” o por sus propios maridos, aunque estas últimas fueron las menos de las veces.

²⁰⁶ Estas situaciones recurrentes pueden verse reflejadas en una de las historias clínicas transcritas páginas más arriba, cuando la profesional indicaba que la paciente iba “acompañada con “*traductora*” que le repite en español más lento (?)”. El entrecomillado de la palabra “*traductora*”, sumado del signo

exageradamente las palabras, aunque las madres sigan sin entender. Durante la consulta, suelen adoptar una posición dominante, interfiriendo la comunicación directa con la madre, lo cual también suele causar molestia en los profesionales. En mi caso particular, jugaron un papel dicotómico. Por un lado, en los momentos en la sala de espera solía conversar con las familias y con las “*nanas*”. Aunque con un poco de recelo, contestaban a mis preguntas y me brindaron algunas primeras aproximaciones, las cuales me hubiera sido difícil acceder sobre todo en las instancias iniciales del trabajo de campo. Entre ellas, el rol de los abuelos paternos en la familia (lo que luego con el tiempo y mayor involucramiento conocería como “*piedad filial*” o “*孝 xiào*”), las prácticas durante el puerperio (que mucho tiempo después abordaría en profundidad y conocería como “*坐月子 zuò yuè zǐ*”), o las dinámicas cotidianas marcadas por extenuantes jornadas laborales. Pero, por el otro lado, cuando mi intención era poder acceder al ámbito cotidiano de las familias e ir a sus hogares, percibía un cambio rotundo de actitud, recibiendo negativas como “*no tienen tiempo*” o incluso increpaciones directas con expresiones como “*pero, ¿qué es lo que querés saber vos?*”. Por el contrario, en la mayoría de los casos en los que las familias no contrataban “*nanas*”, ante mi consulta de acudir a sus hogares, por el contrario, las madres solían mostrarse solícitas, y por demás amables. En un caso particular de una de las madres, a las pocas horas de llegar al hogar (en el primer piso de su supermercado), se refería a mí ante terceros como “*mi amiga*” o expresiones como “*¿viste qué linda que es mi amiga?*”. Una vez que avanzara más en el trabajo de campo, iría notando que en general, a pesar del prejuicio de sentido común de que “*los chinos son cerrados*”, por el contrario, una vez establecido un vínculo de confianza, mis

de interrogación final, expresan la incertidumbre y desorientación que suelen provocar la figura de las “*nanas*” en el ámbito sanitario.

interlocutores, agradecerían mis visitas o mis mensajes, y me llamarían “*amiga*”²⁰⁷ incluso antes que lo que sucedería con un compatriota argentino²⁰⁸.

Los problemas de comunicación también serían motivos de intervención por parte de otro servicio profesional, en este caso, el de Trabajo Social²⁰⁹. En una situación dada, participé como era de habitual en el control pediátrico de un bebé de cuatro meses cuya madre tenía grandes dificultades para comprender el español, y sólo podía pronunciar escasas palabras, insuficientes para lograr comunicarse efectivamente con la pediatra. Esta última, sumamente molesta (lo cual generaba un clima tenso dentro del consultorio), solicitó la intervención de la trabajadora social de la institución, ya que en ocasiones anteriores se había informado a la familia que la madre debía ser acompañada por alguien que tuviera conocimientos de español. En efecto, en el cuaderno del bebé, donde se registran las indicaciones más importantes o breves informes de cada visita a la institución, figuraba en reiteradas ocasiones el pedido en mayúsculas y subrayado. La trabajadora social finalmente concurrió al día siguiente a la vivienda de la familia, e informó de la situación. El resultado de dicha intervención no fue que la siguiente vez la madre fuera acompañada por un tercero, sino que directamente dejara de concurrir a la institución.

Otro caso, en cierto punto en las antípodas del anterior, muestra la variabilidad en los encuentros, y, sobre todo, la falta de una política institucional (y menos aún estatal) sobre el manejo de estas problemáticas, quedando tanto las familias como los

²⁰⁷ Durante 2019, realizando compras en un supermercado mayorista (en los cuales suelen verse muchos supermercadistas chinos realizando compras a granel para abastecer con ofertas sus locales) me encontraba en el final de una larga cola para pagar. En un momento, se me acercan por detrás para saludarme. Se trataba de un joven chino, padre de un niño de un año, a quien conocí en un CAPS periférico de la ciudad realizando trabajo de campo y con quien mantengo contacto fluido por Wechat desde entonces (La música es un tema recurrente, enviándome él canciones chinas o en mi caso, videos o fotos de mis presentaciones). Inmediatamente me dice que vaya con él delante de la fila donde tenía una gran compra en común con otros compañeros chinos. Me presentó ante ellos como “*su amiga*” a lo cual todos contestaron afectuosamente y conversamos brevemente en chino y en español. A pesar de mi resistencia, insistieron en hacerme pasar primera a lo cual terminé accediendo, a disgusto de los demás clientes argentinos que se encontraban por detrás en la cola.

²⁰⁸ Por supuesto, para un análisis cabal de estas formas de relacionamiento, habría que indagar en profundidad cómo funciona la institución de la amistad para los migrantes, lo cual excede el alcance de la presente investigación.

²⁰⁹ Este servicio, brindó asistencia a los migrantes en casos de pedidos de medicación al Banco de Drogas (para su cobertura total por parte del Estado), como el caso de una paciente china con cáncer de mama; y una solicitud de ingreso en el sistema del INCUCAI, como fue en el caso de un paciente con Hepatitis B y cirrosis concomitante. También Trabajadoras Sociales visitaron los domicilios de los migrantes en los casos donde los padres no asistían por un tiempo prolongado a los CAPS para realizar los controles de sus hijos (la mayoría de las veces, por viajes prolongados a China).

profesionales sujetos a factores azarosos como el nivel de español del paciente, o la empatía del profesional. En una de las “salitas” en las que realicé trabajo de campo, una de las pediatras contaba en su consultorio con un diccionario chino-español²¹⁰ específico del ámbito sanitario, el cual había comprado una vez en el Barrio Chino (ver imagen 19). Cuando llegaba una familia china a los consultorios de pediatría, las demás pediatras solían decir: “*atendelos vos que te gusta*”, o comentarios como “*yo ya no estoy para esto*”. La realidad es que el diccionario en sí no brindaba mucha ayuda (al menos en el aspecto idiomático), porque está redactado por y para chinos, por lo que el uso eficiente por parte de un hispanohablante es muy trabajoso salvo que tenga conocimientos avanzados de chino mandarín. Así todo, la buena predisposición de la médica y la paciencia que mostraba durante la consulta ante los malentendidos, generaba que el clima fuera mucho más relajado y ameno, modificando la calidad de la atención considerablemente.



Imagen 19. Los diccionarios “chino-español” consultados por los migrantes. Estos ejemplares los conseguí en el Barrio Chino gracias a indicaciones de la pediatra.

²¹⁰ Este diccionario denominado “Manual de Salud” (“医疗保健手册 *yīliáo bǎojiàn shǒucè*”), junto con el “Manual del Supermercado” (“超市专用手册 *chāoshì zhuānyòng shǒucè*”), son sumamente conocidos entre los fujianeses. Se suelen vender juntos en ciertos comercios del Barrio Chino de CABA y forman parte de la misma colección, denominada “El Castellano Sin Esfuerzo”. De autores chinos, las primeras ediciones de estos diccionarios fueron impresos en 2008 y 2007 respectivamente.

Por otro lado, si bien no fue relevado durante mi observación participante en el sistema sanitario local, otro caso de potencial intervención del área de Trabajo Social pone en evidencia los riesgos del desconocimiento del “otro”, a la hora de realizar abordajes desde el ámbito sanitario. Así, una profesional conocida, quien trabaja en un centro de atención público de una localidad cercana a la ciudad, me consultó una vez por teléfono²¹¹ “*porque vos sabés de esas cosas*” sobre unas manchas azules que presentaba en la zona lumbar uno de los bebés, hijo de padres chinos, que habían llevado para control de desarrollo a su institución. Intrigados todos los profesionales, incluido el pediatra, no pudieron develar su origen. Le comento que probablemente se tratara de las llamadas “manchas mongólicas” (o “melanocitosis dérmica congénita”), las cuales son benignas y remiten por lo general antes de los dos años de edad. Esto lo había aprendido al realizar observación participante en los consultorios de pediatría, al ver la alta frecuencia en las que se presentaban estas manchas dérmicas en los niños de origen chino. En una de esas consultas, una de las pediatras me había explicado en detalle que son muy comunes en las “*razas asiáticas*” y que no revisten ningún peligro. Comentándole esta información, le envié una imagen de ejemplo que busqué por Google y me contestó aliviada que sí, que se trataba de lo mismo (ver imagen 20). Me comentó que habían interrogado seriamente a la madre intentando develar un caso de maltrato infantil, y que si al siguiente control seguían allí esos presuntos “moretones” harían intervenir a la trabajadora social. La madre intentaba explicar de todas las formas posibles que era normal, que su hermanito también las había tenido, que se iban solas, pero los profesionales, escépticos, dudaban de estas respuestas.

²¹¹ Noviembre 2018.



Imagen 20. Ejemplo de "mancha mongólica" (búsqueda web).

Este episodio, refleja un caso extremo al que puede llegar la incomprensión y el desconocimiento del “otro”, con consecuencias inesperadas para los actores involucrados. En el siguiente capítulo, cuando abordemos el caso de técnicas terapéuticas propias de la “medicina china” como es el “刮痧 *Guāshā*”, veremos a su vez otro episodio potencial en el que una falta de entendimiento mutuo puede derivar en intervenciones no sólo inapropiadas, sino en un ejercicio extremo del “biopoder”²¹² (Foucault, 1977).

3.5. Los itinerarios terapéuticos “cerrados”: por donde no circulan los migrantes

Para finalizar este capítulo que tuvo como eje central los encuentros entre los migrantes y el sistema de salud local, sus usos y formas de apropiación, y los itinerarios terapéuticos desplegados vinculados a ese sector, describiré dos circuitos por donde circulan de algún modo los saberes de la “medicina china”, pero no así los migrantes. Esta aproximación, me permitió comprender un poco más los criterios de legitimidad

²¹² Este concepto da cuenta de procesos hegemónicos que, aun con buenas intenciones, estandarizan y controlan poblaciones, bajo el control de un grupo específico que ostenta un poder específico, el “poder biomédico”.

que ellos construyen en torno a los profesionales de esta disciplina, como así los usos que desde la sociedad local se hace del prestigio “milenario” de este saber. Así, en primer lugar, describiré mi acercamiento a una “Escuela” de “Medicina Tradicional China” y, en segundo lugar, el servicio de atención “alternativo” brindado por un grupo de profesionales de la salud, en el sistema sanitario municipal.

3.5.1. Notas sobre la edad y la sabiduría: la comoditización del “saber milenario”

Para este primer caso, retomo y profundizo aquí uno de los encuentros que compartí con Esteban y Sofía en la ciudad de Buenos Aires, aquel en donde me explicaron la diferencia entre “médico” y “acupunturista” y me advirtieron que no fuera al acupunturista chino de Mar del Plata diciéndome *“no vayas ahí”* (*“don’t go there”*). A continuación, conversamos también sobre los criterios de “calidad” o legitimación de la práctica médica china. Al respecto me explicaban que, a mayor edad, mayor experiencia, resultando ambos criterios sumamente valorados y buscados a la hora de acudir a un “médico chino”.

Mientras conversábamos, me vino a la mente una publicación de un instituto de “medicina tradicional china”²¹³, también llamada “Escuela”, que hacía semanas venía apareciendo de forma insistente en mi página de inicio de Facebook. Lo que me resultaba más llamativo de la publicación era justamente la imagen que habían decidido utilizar para difundir la publicidad: un hombre de rasgos chinos, de pelo blanco, con una típica herboristería china como fondo (ver imagen 21). Pensé que difícilmente el lugar retratado en la imagen podía estar situado en Mar del Plata. Así todo, decidí mostrarles la publicación a Esteban y Sofía para conocer su opinión. Tomando mi celular Esteban dijo: *“debe ser bueno porque tiene cabello blanco, ahí sí puedes ir”*. Sofía, miró la imagen y asintió, coincidiendo con su compañero.

²¹³ Hacía un tiempo atrás, buscando sobre institutos, lugares, personas, que ofrecieran servicios de “medicina china” en Mar del Plata, había dado por internet con este instituto. Allí había visto que ofrecían un tratamiento de hierbas concentradas, el cual publicitaban en su página web y por Facebook. Al poco tiempo de esa búsqueda virtual, el instituto lanzó una publicidad en Facebook de un tratamiento para *“eliminar la artrosis”*.



Imagen 21. Imagen del “hombre de pelo blanco” utilizada para la publicidad de la “Escuela”.

De regreso en Mar del Plata, a comienzos de 2018, además de seguir publicando por Facebook los tratamientos ofertados, el instituto empezó a publicitar un curso de formación “*con salida laboral*” para ser “*terapeutas en medicina china*”. Con la intención de conocer un poco más sobre este instituto y con la ilusión (en el fondo ya sabiendo la respuesta) de dar con este hombre de “*pelo blanco*”, me acerqué en calidad de oyente.

El curso se desarrolló en tres clases²¹⁴ y fue dictado por la cara visible del instituto, un argentino que refería ser “médico en medicina china” formado en la RPCCh (sin especificar la universidad o tipo de formación). En dichos encuentros, sintetizó de manera dudosa y superficial, con un claro fin comercial, los lineamientos principales de la “medicina tradicional china”. El objetivo del curso era formar “terapeutas” que realizaran una atención preformateada y estandarizada en una plataforma virtual, cobrando un módico honorario por cada paciente que abonara el tratamiento.

En el último encuentro, el “médico en medicina china” mencionó al director de la “Escuela” diciendo: *él sí es chino y él atendía al gobierno chino y su familia por siete generaciones, 400 años, antes eran emperadores, y bueno, después con gobierno comunista*. Obviando la mayor parte de lo dicho en la oración anterior, aprovecho la mención de este doctor, para conocer un poco más sobre quien suponía podía ser el señor de “pelo blanco” que aparecía en la publicidad. Así, le pregunté si él trabajaba

²¹⁴ Si bien la descripción podría realizarla con mayor detalle, sólo me limitaré a destacar lo más relevante para este apartado.

en Mar del Plata, a lo que contestó que no, *“ahora está en Chile”* y *“da Chi Kung gratis en las plazas”*. Asimismo, en otro momento, para dar cuenta de la efectividad del tratamiento que brindarían los nuevos “terapeutas en medicina china” formados en ese encuentro expresó:

El abuelo de mi maestro cumplió 118 años, le salieron por tercera vez los dientes, primero los de leche, se caen, los segundos, se caen, y ahora los terceros [...] Ahora vive en China con un alumno en el medio de una montaña... le dice a mi maestro que está aburrido... que está aburrido que se le mueran todos los amigos, igual la mujer vive... pero en otro lado” (el público ríe).

A raíz de este comentario, realicé mi segunda y última pregunta de este encuentro con el fin de develar el misterio y finalmente saber quién era ese señor de *“pelo blanco”* cuya imagen representaba una señal de autenticidad y confianza, incluso para Sofía y Esteban. De esta forma, le pregunto: *“¿ese señor canoso que aparece en las publicidades de Facebook es tu maestro?”*, a lo que me contesta con franca sinceridad y en tono de risa *“no, no, ése es un chino cualquiera que descubrió él en internet y lo pusimos ahí”* (señalando a un hombre de unos 40 años que se encontraba arrodillado en el suelo conectando un cañón proyector²¹⁵). La gente vuelve a reír, y yo por mis adentros también.

Así, como preveía, no pude dar con el médico chino que parecía ser parte de este instituto, cerrando así uno de los posibles circuitos por donde podrían circular los migrantes. Más allá de tener en cuenta desde un principio la importancia de seguir los itinerarios terapéuticos de las personas y no centrarme en los lugares, me eclipsó en cierto punto la certeza que había mostrado Esteban con respecto a este señor de *“pelo blanco”*, aunque suponía se trataba de una pantalla publicitaria. Así todo, el haber dado con este microespacio me permitió experimentar de primera mano la comoditización de la *“medicina china”* (hasta incluso de las formas más burdas, como se pudo ver en parte en mis notas de campo). Pero aquí no se trata de una comoditización impulsada desde los centros (como en el caso de la Iniciativa *“One Belt One Road”* del gobierno chino como vimos en el Capítulo 2), sino desde las periferias, alcanzando incluso rincones alejados del país a través de los medios virtuales utilizados por la *“Escuela”*. Por un lado, estas apropiaciones locales nos muestran el carácter imprevisible de *“lo*

²¹⁵ Este señor apareció en todos los encuentros realizando actividades de tipo *“técnicas”*, pero nunca fue introducido, por lo que desconozco quién es o qué papel cumplía en el instituto.

global”, generando resultados inesperados a los que se habían proyectado o imaginado desde los centros (Faier & Rofel, 2014). Por otro lado, la expresión “*un chino cualquiera que [...] lo pusimos ahí*”, muestra otra cara de la doble imagen que suele ser proyectada sobre las personas de origen chino por parte de la sociedad local. Como señalé en otra parte, los migrantes chinos suelen ser vistos como portadores de cualidades positivas, (representantes de una “*cultura milenaria*”, “*trabajadores*”, “*inteligentes*”), a la vez que “*brutos*”, “*sucios*”, “*explotadores*” y “*rápidos para los números*”, entre otras formas posibles. En un juego dialéctico similar, en el caso recién descrito, el mismo hombre que sirvió como imán publicitario, portador de una condensación de símbolos de lo “auténticamente chino”, en tan solo un instante pasó a ser un sujeto intercambiable y despojado de todo de valor.

3.5.2. La “Medicina Tradicional China” como una práctica “alternativa” en el sistema de salud municipal

Desde el año 2015, cuando realicé un curso de posgrado sobre Medicina Ayurveda en mi universidad, quedé en contacto con las docentes que lo habían impartido, una terapeuta ocupacional y una médica pediatra, formadas en terapias “alternativas” (Educación Postural Activa y Medicina Ayurveda respectivamente). Ellas, a su vez, pertenecían a un grupo de profesionales de la salud formados complementariamente en “prácticas holísticas” organizados bajo un Programa cuyo nombre mantendré anónimo para preservar su identidad. Durante el curso, las docentes invitaban a quien se quisiera sumar a las reuniones de dicho Programa que organizaban mensualmente en el CEMA. Según describen en su página de Facebook, el Programa surgió “*en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón en el año 2014 [...] ante la necesidad de ampliar opciones y estrategias de abordaje en los ámbitos públicos de Salud y Educación*”. Allí agregan que, para llevar adelante dicha modalidad se nuclean en un grupo de profesionales de diversos ámbitos institucionales, enfatizando que sus “*concepciones de abordajes se encuentran nutridas y direccionadas a miradas integrativas y holísticas del ser humano y su entorno*”. Bajo estas “miradas” incluyen a las “medicinas tradicionales”, mencionando específicamente a la “*medicina tradicional china, el ayurveda, la homeopatía y otras*

prácticas y disciplinas que toman al ser humano en su multidimensionalidad; teniendo en cuenta la complejidad de las diferentes realidades actuales”.

Una vez finalizado el curso, seguí en contacto vía virtual con este grupo por medio de sus redes sociales. Así todo, no fue hasta 2017 que decidí acercarme a una de las actividades que organizaron en el Instituto Nacional de Epidemiología (INE), donde se detallaba que habría una charla específica sobre “medicina tradicional china” en el ámbito sanitario público. Más que intrigada, ya que desconocía que existiera este servicio en la ciudad, decidí asistir a la charla con el fin de conocer a la profesional a cargo e indagar sobre la implementación de esta “medicina alternativa” en el ámbito local.

Las Jornadas, tituladas “*Medicinas integrativas en APS. Desafíos para su implementación en la ciudad de Mar del Plata*”, comenzaron a las 9 de la mañana con un desayuno y palabras de bienvenida del comité organizador²¹⁶, y finalizó antes del mediodía con una actividad de “meditación, respiración y trabajo corporal consciente”, con un previo “descanso con tecitos”. Las tres charlas principales de las Jornadas estuvieron enfocadas en dar una presentación del Programa, una introducción a la “medicina ayurveda”, y a la “medicina tradicional china”.

En esta última, la médica generalista a cargo comenzó dando algunos lineamientos teóricos generales sobre la teoría del daoísmo en relación a la “medicina tradicional china” haciendo hincapié en el holismo de esta cosmovisión y el énfasis en la interacción el entorno. Asimismo, se adelantó a aclarar que esta práctica está avalada por la OMS y que fue declarada como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad por la UNESCO, como para evitar cualquier halo de “escepticismo” que pudiera despertar el grado de científicidad de este saber. Explicó que, en Argentina, quienes pueden ejercerla son aquellos profesionales que se encuentren “diplomados” en una disciplina biomédica de base en donde se haya brindado formación para manipular agujas²¹⁷. Explicitó que, en ese caso, sólo pueden ejercerla médicos, enfermeros, kinesiólogos y

²¹⁶ El grupo de trabajo de “Medicinas integrativas” de la asociación provincial de médicos generalistas. En este sentido, no es llamativo que la profesión biomédica a cargo haya sido la llamada “Medicina Generalista” ya que, de todas las especialidades médicas, es considerada al interior del campo de la salud como la más “abierto”, “comunitaria” y menos biologicista.

²¹⁷ Como señalé al inicio del capítulo, tiempo después daría cuenta que, en realidad, si bien estos profesionales se autodenominan invocando a la “Medicina Tradicional China” en general, en realidad siguiendo el criterio clasificatorio de los migrantes serían sólo “acupunturistas”, no “médicos tradicionales chinos”, ya que sólo practican una de sus técnicas, la acupuntura.

odontólogos. Aclaró que la “medicina tradicional china” hace énfasis en la prevención y promoción de la salud, por lo que estos principios van en clara “consonancia” con la Atención Primaria de la Salud.

En cuanto a su implementación en el sistema de salud local, comentó que empezaron a *“practicarla formalmente en el 2012 cuando nos dieron un código de prestación”*, y que para ese entonces, eran cinco las profesionales dando prestaciones de “medicina tradicional china”. Más concretamente, cuatro médicas y una enfermera en tres CAPS periféricos de la ciudad. Todas ellas, formadas en la Escuela Neijing²¹⁸, en la sede de Mar del Plata. Con el aval municipal, comenzaron a atender pacientes con patologías reumáticas, fibromialgias, lumbociatalgias, como las más frecuentes. En este sentido, aclaró que:

En realidad, la medicina que nosotros hacemos no es sintomática, en realidad es una práctica que aspira a tratar al ser humano de forma integral, no como un analgésico solamente, no es que pongo la aguja para que pase el dolor, pero bueno, digamos que esas fueron las excusas de consulta.

A continuación, comentó que en una segunda etapa, empezaron a trabajar con el servicio de salud mental de una de las salas, con los psicólogos *“que medio no sabían qué hacer con algunos pacientes depresivos-crónicos, con terapéuticas que ya no sabían qué más darles, con años tomando psicofármacos, antidepressivos, y no había forma de moverlos, digamos”*. Con ellos, comenzaron a implementar *“módulos de regulación energética²¹⁹ de la medicina china con buenísimos resultados. A pacientes les sacamos la medicación, a muchos se les dio el alta de terapia. Es decir, que ahí hicimos una experiencia re linda con los psicólogos de la salita”*. Finalmente agregó que hubo una suerte de tercera etapa en su trayectoria, en 2015, cuando empiezan a recibir pacientes de cuidados paliativos y del servicio de reumatología,

²¹⁸ Esta institución (diferente de la mencionada en el apartado anterior), ofrece cursos de “Medicina Tradicional China” (entre ellos, de acupuntura, moxibustión y plantas medicinales), dirigidos a profesionales de la salud que deseen complementar su formación biomédica de base. La Escuela cuenta 36 sedes en el continente americano y 16 en el europeo, con sede central en España (llamado “天 Tiān”, palabra china que significa “cielo” y cuya imagen tomaron para construir dicha sede, reproduciendo estructuralmente su forma). Más información en su sitio web: <https://www.escuelaneijing.org/es/>

²¹⁹ En mi haber estudiando el tema, nunca había escuchado este término, “regulación energética”. Al profundizar la búsqueda, encontré que es una terminología de la Escuela Neijing brindada en sus formaciones. Ver más en:

<https://www.escuelaneijing.org/en/neijing-school/publications/item/sistemas-de-regulacion-energetica-en-medicina-tradicional-china>

momento en el que se integran al “Programa” de profesionales orientados a “prácticas holísticas”. Comentó que:

Así, empezamos a difundir un poco lo que veníamos haciendo porque nuclea a varios profesionales que hacemos varias disciplinas, hacemos medicina china, ayurveda, reiki, biodanza, un montón de cosas que estamos todos trabajando en común, y entonces empezamos a dar charlas.

Según lo referido, dieron este tipo de charlas al “grupo de réumato” que funciona en el CEMA, lo mismo que para el de cuidados paliativos²²⁰ “que son amigos”. Así, empezaron a recibir derivaciones de esos servicios, principalmente para tratar el dolor de las artropatías²²¹ y de las fibromialgias²²². Para ese entonces, ya se estaban prestaciones de “medicina tradicional china” en tres “salitas” periféricas de la ciudad, a cargo de cuatro médicas y una enfermera (“que también es médica china pero todavía no se lanzó”). Y con respecto a la posibilidad de expansión del servicio, la médica a cargo de la presentación agregaba que “realmente sigue creciendo esto, sigue brotando”.

Por otra parte, refirió que todos los pacientes que acudieron al servicio “mejoraron su estado global de salud”, enfatizando que ese es el objetivo en realidad, “porque no vamos al síntoma, sino al conjunto” (como vimos, característica saliente de la “medicina china” a partir de la cual se la suele distinguir de la “medicina occidental”). Del mismo modo, estos pacientes redujeron considerablemente las visitas a otras especialidades. Según refería:

Ya no consultaron por más nada, porque ya no te engripás, o muy poquito, es decir, se empiezan a resolver un montón de otras cuestiones. Entonces quizás que hacen una consulta por semana o cada 15 días, pero eso también va garantizando que el paciente no consulta por otras cosas.

²²⁰ Tanto en este caso de los cuidados paliativos como en el manejo del dolor, es justamente en donde se suele legitimar desde la lógica biomédica el uso “alternativo” de otras prácticas terapéuticas “holísticas” e “integrativas”. Es decir, para tratar dolencias a las cuales la biomedicina no puede dar una respuesta eficaz (Seppilli, 2000). En el contexto local, “la medicina tradicional incluye el curanderismo y el chamanismo; las medicinas alternativas son principalmente derivadas de la Nueva Era y de origen oriental” (D’Angelo, 2014: 224). Por otra parte, también pueden incluirse las medicinas religiosas, las cuales “son las practicadas en el contexto de creencias y rituales de grupos evangélicos, pentecostales, católicos y afroamericanos” (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005: 391).

²²¹ Término biomédico genérico para referirse a cualquier enfermedad de las articulaciones.

²²² Síndrome caracterizado por dolor musculoesquelético y fatiga entre otros síntomas.

Agregó que desde el 2012 hasta ese momento (2017) habían realizado un total de 1600 prestaciones de “medicina tradicional china”, sorprendiéndose ellas mismas de la cifra tan elevada.

Llegado el momento de las rondas preguntas, consulté lo siguiente: “¿reciben migrantes chinos en el servicio?”, a lo que la médica a cargo respondió a la defensiva: “por supuesto, nosotros no discriminamos a nadie, son todos recibidos”. Ante mi sorpresa por haber malinterpretado mi pregunta, aclaré rápidamente si los migrantes asistían a sus consultas, a lo que contestó con una mueca: “ahh, no, no, no hay supermercado cerca”, generando una risa generalizada en el público²²³. En efecto, las tres “salitas” en donde se presta el servicio de “medicina tradicional china”, casualmente no registran ninguna consulta por parte de migrantes chinos, coincidiendo con los datos cuantitativos presentados al inicio del capítulo. Asimismo, tampoco registré supermercados dentro del radio de influencia de estas tres instituciones. Siendo que este hecho probablemente influya, en principio, en las apropiaciones de este servicio por parte de los migrantes, el motivo de la risa generalizada genera algunas resonancias. ¿Qué estereotipos del “chino” están circulando en ese espacio?, ¿es esa “doble imagen” positiva y negativa a la vez que está operando nuevamente, con “lo chino” como fuente de sabiduría, pero también como motivo de mofa, escindiendo al migrante en dos sujetos difíciles de integrar? Pasado el efecto jocoso, agrega que probablemente acudan “a su propio médico chino”, deslizando un criterio de legitimidad de los migrantes en donde primaría al “paisano” por sobre el “médico no chino”.

Según lo conversado con varios de mis interlocutores, este criterio forma efectivamente parte de su cosmovisión. Es decir, circula de manera bastante generalizada que el estudio de la “medicina china” requiere de muchos años de experiencia y práctica²²⁴, por lo que la gente de mayor edad, como vimos más arriba, son los que gozan de mayor prestigio. Esta es una de las razones, de hecho, por las

²²³ Al finalizar la charla, me acerqué para presentarme y quedamos en contacto con la expositora. Me invitó a las reuniones del “Programa” para continuar conversando ahí y que era bienvenida en la “salita” en la que ella trabajaba para conocer un poco más su forma de trabajo. Así, asistí a algunas reuniones del grupo en el CEMA y a finales del 2017 concurrí al CAPS, ubicado en la zona norte de la ciudad. Finalmente, corroboré que “lo chino” circula como un saber alternativo a la práctica biomédica, hegemónica en el sistema de salud municipal, pero no así forma parte de los itinerarios terapéuticos de los migrantes.

²²⁴ Como así también argumenta sólidamente la ya citada antropóloga Judith Farquhar (1994)

cuales la formación en “medicina occidental” sería más popular en China que su contraparte local ya que no requeriría tanta experiencia y trayectoria para ser “bien practicada”. Según Esteban: *"como la china toma más años aprenderla y se suele precisar de una especie de 'mentor' o 'maestro', los jóvenes eligen más estudiar la occidental"*.

Asimismo, en una conversación con Marco en la cual le comentaba sobre este servicio de “medicina tradicional china” en el sistema público local, además de desconocer su existencia, agregaba:

“Para ser médico chino, hace falta mucha experiencia, años y años, no sólo libros. Antes era por maestro a alumno, ahora ya no tanto, pero igual, hace falta estudiar mucho, tener profesores muy buenos, y acá muy difícil [...] Si hace falta médico chino vamos a China. Allá muchos y muy buenos, aunque hay de todo”.

En efecto, esta concepción va en expresa sintonía con la ya mencionada noción de “Knowing Practice” abordada por Farquhar (1994). También acompaña el relato de Violeta detallado en el capítulo anterior en el cual expresaba que su padre había sido contratado por la Universidad de Medicina China de Beijing para reforzar la enseñanza de los aspectos experienciales a los nuevos alumnos, más orientados hacia el aprendizaje teórico.

Así todo, en sintonía en lo expuesto por Marco, Violeta en el contexto de entrevista agrega dos variables en relación a la legitimación y consagración de lo que es “un buen médico chino”. Así, cuestionaba el criterio unívoco de la edad como factor fundamental. Al preguntarle si se suele considerar a los médicos de más edad como más idóneos en su desempeño profesional, contestaba:

“Sí, sí, porque justamente tienen más experiencia. Sí, es verdad, pero igual hoy en día es un tiempo muy complejo. Porque uno puede ser joven pero muy capacitado porque está accesible todas las informaciones y conocimientos²²⁵, ¿no? Y a veces un viejo especialista puede estar desactualizado. Por ejemplo, mi papá tiene muy en cuenta el tema de la actualización. Él es viejo, y él ya tiene su formación hecha, suficiente, pero él siempre está con la necesidad de actualizarse y entonces él no para de participar en congresos de medicina china, algún estudio, o algún seminario. Él es consciente de que uno no puede dejar estar, porque se desactualiza. Así que, uno puede encontrarse todo tipo de médicos. Además por ejemplo, yo, personalmente, siempre apuesto por

²²⁵ Este relato además de reflejar los trazos de lo global y lo virtual, muestra la aceleración en la circulación de flujos, en este caso principalmente de conocimientos. Y da a entender que ese conocimiento “tradicional” y “milenario” no es finito o estático, sino que además está en constante cambio. De ahí la necesidad de la actualización periódica.

médicos más jóvenes, porque confío que tienen mejor visión, que es más estable su pulso²²⁶. Un viejo puede tener muchos conocimientos, mucha experiencia, pero puede estar desactualizado. [...] Y no porque es un chino, entonces sabe.

Vemos entonces que, si bien la edad es percibida como un reflejo de la experiencia, el criterio de la legitimidad no responde unívocamente a este factor, sino que en esta construcción se contemplan a su vez otros como es la “actualización” del conocimiento. Por otro lado, el simple hecho de ser un “chino” no dota en sí mismo a un practicante de la “medicina china” del saber y la experiencia necesarios para alcanzar la legitimación de sus “paisanos”.

Asimismo, lo que destacaba aquí también es la doble acepción que se suele realizar del término “chino” en relación a su vinculación con la práctica médica. Por un lado, esta adscripción puede referir a la nacionalidad, aunque considerando aquí también que puede darse en términos de las identidades étnicas asociadas a lo “estrictamente chino”, “chino en sentido amplio” y “taiwanés”, como vimos en el primer capítulo. En efecto, tanto Violeta como su padre y hermano (nacidos en Taiwán) se autoadscriben según el contexto a una u otra identidad, pero siempre haciendo foco en su componente “chino”, cristalizado en su rol como “médicos chinos”, y no “médicos taiwaneses”. Por otro lado, la categoría “chino”, anclada en el contexto de la medicina, puede referir también a una persona que se haya formado en la “medicina china”, independientemente de su nacionalidad. Cuando Violeta dice: “no porque es un chino, entonces sabe”, está dejando en claro la tensión entre estas dos categorizaciones, además de echar por tierra cualquier interpretación esencialista de la cultura como un “equipaje cultural” que se porta a dondequiera que uno vaya. Del mismo modo, realiza una oposición con las imágenes y discursos cristalizados que asocian nacionalidad y calidad/legitimidad, como es el caso de la publicidad realizada de la “Escuela” abordada más arriba.

²²⁶ En referencia a la precisión a la hora de realizar acupuntura, y de la agudeza de los cinco sentidos, como herramientas fundamentales en el examen clínico propio de la “medicina china”, denominado “四診 sīzhèn”, o “cuatro métodos diagnósticos”: observación “wàng 望”; audición y olfacción “wén 闻”; palpación “qiè 切”; e interrogatorio “wèn 问”.

Si bien las dos experiencias que relaté en este último apartado, ratifican que la estrategia más efectiva para conocer los procesos de salud-enfermedad-atención, en este caso de los migrantes chinos, es seguir sus itinerarios terapéuticos, haber optado por estas búsquedas de espacios “alternativos” también brindan datos de relevancia. En efecto, los espacios por donde no circulan hablan de las representaciones y criterios que forman parte de estos procesos. De esta forma, los migrantes chinos aprehenden del servicio local aquellos servicios que condicen más con lo que ellos ya de por sí conocen y utilizan en su contexto de origen, descartando lo que queda por fuera de esos esquemas de atención. Así, en relación a la apropiación de la “medicina china”, como veremos en el siguiente capítulo, está principalmente vinculada a prácticas de autoatención en el ámbito doméstico, por medio de saberes transmitidos intergeneracionalmente. También, si bien la “medicina occidental” es la más requerida en el país de origen, veremos que hay ciertos padecimientos o momentos vitales en los que se concibe que consultar a la “medicina china” es más apropiado. Por último, a partir de lo relevado hasta aquí en el contexto local, los migrantes no optan por los médicos “chinos” de origen argentino ni por el acupunturista chino ya que no estarían investidos de la legitimidad suficiente. En el primer caso por no saber “*de todo*” en lo relativo a las técnicas diagnósticas y terapéuticas de “medicina china”, y en el segundo, por no contar con la “experiencia práctica” necesaria que requiere años de ejercicio profesional y el acompañamiento de un “mentor” o profesores especializados.

4. “Medicina china” y prácticas de autoatención en el ámbito doméstico

Habiéndonos detenido en el capítulo anterior en las tensiones y (des)encuentros que se producen entre los migrantes chinos y el sistema de salud local (público y privado), ahora cambiaremos el ángulo y nos desplazaremos al ámbito doméstico. Así, abordaremos en profundidad el despliegue y reconfiguración de saberes y prácticas de salud que se producen en el contexto migratorio, sumamente atravesados por la “medicina china”.

Como veremos, es en este otro intersticio del campo donde pueden vislumbrarse claras distancias entre el equipo de salud local y los migrantes en lo relativo a formas de concebir el cuerpo, la salud y la enfermedad. Estas diferencias traen aparejadas distintas formas de desplegar los itinerarios terapéuticos por parte de los migrantes. Así, para ciertas condiciones de salud, padecimientos específicos o incluso etapas de la vida, los migrantes no recurran a la “medicina occidental” (ni en China ni en Argentina), sino que optan por prácticas y saberes propios de la “medicina china”, muchos de ellos adquiridos a través de transmisión intergeneracional.

En este sentido, como adelantamos en el segundo capítulo al respecto de la elección de un modelo de salud u otro, hay un amplio consenso en que la biomedicina no es apta para tratar ciertas enfermedades. Así, los migrantes y ciudadanos chinos suelen argumentar que ésta es más efectiva a la hora de tratar enfermedades en estadio agudo como pueden ser enfermedades coronarias, respiratorias, hepatitis, cáncer, fracturas, problemas digestivos severos, entre otros. En contrapartida, se considera que la “medicina china” es idónea para la fase de recuperación/rehabilitación y como método de prevención y promoción de la salud, como así también para tratar enfermedades crónicas. Esta elección radica a su vez en la creencia de que, a pesar de que la biomedicina es más rápida para tratar enfermedades agudas, crea diversos efectos adversos. Del mismo modo, autores como Ma (1999) y Green et al (2006), exponen que los migrantes consultados en sus investigaciones refieren que la “medicina china” produce mejoras en el sistema inmune, brinda equilibrio entre el cuerpo y la mente, alivia dolores, puede reducir el colesterol, entre otros. Dentro de las

prácticas de “medicina china” más frecuentemente utilizadas se encuentran la acupuntura, moxibustión, masajes Tuina, consumo de hierbas terapéuticas, y dietas balanceadas de acuerdo al equilibrio “阴-阳 *yīn-yáng*,” como veremos en detalle más abajo.

Otro de los motivos que llevan a elegir la “medicina china” por sobre la biomedicina, es lo que los interlocutores llaman “padecimientos chinos” como, por ejemplo, indigestión, reumatismo, dolor, confusión (causado por “*falta de sangre o energía*”), “热气 *rè qì*” o “上火 *shànguǒ*” (“exceso de calor”), “viento”, entre otros conceptos que abordaremos en detalle en el presente capítulo. En otras palabras, ante la percepción de que un síntoma no condice con el contexto clínico biomédico, consideran inapropiado y fútil acudir a un servicio de salud hegemónico. Es así que las prácticas más realizadas en torno a estos saberes son las que se llevan a cabo dentro del ámbito doméstico, enmarcadas dentro del llamado Modelo de Autoatención (Menéndez, 2003), siendo el caso del “坐月子 *zuò yuè zǐ*” quizás el más paradigmático, el cual será abordado en profundidad a continuación.

En lo referente a las prácticas de autoatención, una etnografía realizada con migrantes chinos en Houston y Los Angeles (Ma, 1999) realiza descripciones similares. Además de analizar tanto las perspectivas de los migrantes chinos como de los profesionales de la salud, en dicho estudio se abordó el uso de servicios de salud de “medicina china” y biomédicos, como así la influencia de los factores culturales y socioeconómicos sobre las prácticas de salud de los migrantes. Así, la autora establece que el grupo migrante lleva a cabo diferentes prácticas de salud, predominantemente de autoatención mediante la utilización de remedios caseros (incluyendo dietas balanceadas acordes a los saberes de la “medicina china”). En menor medida, los migrantes utilizan de forma combinada o alternada de los dos modelos de servicios de salud (incluyendo viajes al país de origen para recibir atención) y con menor frecuencia, la utilización exclusiva de uno u el otro²²⁷.

Habiendo hecho esta primera aproximación, en el presente capítulo, entonces, abordaremos las prácticas de autoatención realizadas por los migrantes en el ámbito

²²⁷ Hallazgos muy similares son descriptos por un estudio realizado en el Reino Unido (Green, Bradby et al., 2006) en lo que respecta a obstáculos percibidos en el sector sanitario, y a los itinerarios terapéuticos desplegados por la diáspora china en el país británico.

doméstico y cotidiano, rescatando las cosmovisiones subyacentes, visualizadas principalmente en el momento del puerperio, como así en la menstruación y la menopausia. Asimismo, se hará hincapié en las negociaciones que se producen en el ámbito del autocuidado entre la implementación de prácticas biomédicas y otras propias de la “medicina china”. Por último, rescatando el rol central que ocupa la mujer en el seno familiar en lo referente al cuidado propio y de sus integrantes, se abordarán en detalle los preceptos morales que imperan en estas estructuras familiares, como así los flujos globales y migratorios que atraviesan y posibilitan sus reconfiguraciones.

4.1. Saberes y prácticas de autoatención durante el puerperio

Tomaremos como punto inicial de análisis un sistema de prácticas desarrollado durante el periodo puerperal, llevado a cabo por todas las migrantes con las que realicé trabajo de campo, independientemente de su procedencia (Taiwán, Fujian, Beijing, entre otras). En lengua vernácula, este sistema de prácticas es denominado “坐月子 *zuò yuè zǐ*”²²⁸, y se basa en el mantenimiento del equilibrio de dos tipos de energías, “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”, en donde “elementos de la naturaleza” como el “viento” pueden intervenir sobre el cuerpo humano generando enfermedad. Así, el “坐月子 *zuò yuè zǐ*” consiste en una serie de prescripciones y proscripciones que iremos desglosando una a una.

Por un lado, esta cosmovisión concibe al período que sigue al nacimiento de un niño, como el de mayor vulnerabilidad en la vida de una mujer, y es por esto que los cuidados apuntan a que la madre recupere la “*fuera*” perdida durante el parto. De esta forma, se evitan las actividades domésticas (incluso amamantar, siendo habitual la alimentación mediante leche maternizada), como así es común la abstinencia sexual.

Como refieren las migrantes, durante el embarazo las articulaciones de la mujer se separan y se mantienen en ese estado hasta pasado el mes del nacimiento. Es por esto que se espera que la madre permanezca en cama los primeros días, y en el hogar

²²⁸ Gracias a mis primeras incursiones en el idioma chino mandarín, pude dar con el nombre de esta práctica, de la cual ya había dado cuenta hacía tiempo atrás, pero desconocía su denominación.

durante el primer mes²²⁹ en donde más segura se encuentra del “frío” y del “viento”. Así, el propio hogar representa el ámbito privilegiado para recuperarse del parto y para la prevención de futuras enfermedades.

Asimismo, dentro de estas prácticas, entendidas como parte de un “todo” relacional, se incluye un aumento considerable de la ingesta alimentaria, aunque es fundamental ingerir alimentos “calientes” y evitar estrictamente los “fríos”. Por ejemplo, dentro de los primeros se incluyen la carne (sobre todo de pollo) y huevos, como así el condimentar los platos con jengibre y vino. Por el contrario, algunas frutas y verduras forman parte de los alimentos “fríos”, y los alimentos crudos en general. El consumo de estos últimos, además de aumentar el desequilibrio, puede generar enfermedades tales como diarrea en madre e hijo, hinchazón, problemas estomacales, dolores y tos (Raven et al., 2007). La naturaleza intrínseca de los alimentos es la que determina esta clasificación. Por ejemplo, lo “frío” incluye vegetales que crecen en ambientes acuosos, vegetales de hojas y la mayoría de las frutas, del mismo modo que los vegetales de raíz ya que crecen en lugares oscuros y húmedos. En todo momento vital es importante no realizar una ingesta excesiva de alimentos “fríos” (vale lo mismo para los alimentos “calientes”), pero en el embarazo esto se torna aún más riesgoso.

Una migrante fujianesa, Mimi (26 años), relataba lo siguiente sobre las formas de alimentación en este periodo de posparto²³⁰:

No podés comer cualquier comida. No podés tomar agua. Agua caliente podés tomar. [...] Hay que comer con mucha caloría. Porque nosotros usamos mucho jengibre. Té de jengibre mejor y azúcar negra. Para recuperar. Carne tipo puchero de ustedes, pero sin tanta verdura.

Como se puede ver, esta perspectiva sugiere que ciertas sustancias del ambiente y del cuerpo humano pueden ser clasificadas en frías o calientes, consistiendo en una categorización de objetos. Esta clasificación no depende de la temperatura (es decir, en términos de grados Celsius o Fahrenheit), sino de una variedad de otros factores y procesos. Dentro de este sistema clasificatorio entonces, los alimentos pueden ser extremadamente fríos o calientes, otros pueden contener alguno de estos elementos de

²²⁹ En efecto, “坐月子 zuò yuè zi”, podría traducirse literalmente al español como “sentarse el mes entero”.

²³⁰ En una entrevista que le realizara en su hogar en mayo 2013.

forma parcial y otros son relativamente neutros. Como veremos en el siguiente apartado, esta clasificación responde a una de orden mayor que es la distinción entre energías “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”²³¹, en donde la mujer y lo “frío” pertenecen al primero, y el hombre y lo “caliente”, al segundo. Como una estrategia para el mantenimiento de la salud, este sistema implica la necesidad de mantener el equilibrio apropiado entre los elementos o sustancias “frías” o “calientes” (y, por ende, entre “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”).

No es menor el hecho de que los padecimientos (no únicamente los propios del puerperio) sean tratados muchas veces, no con medicinas específicas, sino con alimentos, ya que el cuerpo humano y la circulación del “气 *qì*” están directamente influenciados por los alimentos ingeridos. Este último punto es central, ya que aquí no existe una clara diferencia entre la medicina y la alimentación. La interrelación entre éstas es tal que, a diferencia del español, en donde decimos “comer” comida y “tomar” medicinas, en el idioma chino mandarín no existe diferenciación entre la acción de alimentarse o ingerir medicamentos, englobadas ambas significaciones en un único verbo que es “吃 *chī*”. En efecto, como refiere Zhan (2009), existe un dicho popular “药食同源 *yào shí tóng yuán*” (p.213), el cual refiere en sentido literal a que la medicina herbal y la comida provienen del mismo origen. En un sentido más figurativo, refleja que no hay una clara distinción entre la comida y las medicinas²³².

Continuando con las proscipciones para este periodo, el mismo grado de importancia adquiere evitar el “frío”, en este caso en relación a la higiene y actividades del hogar (como lavar los platos, la ropa, etc.), en donde el contacto con el agua puede ser factor generativo de enfermedades. De esta forma, las mujeres optan por no lavarse el pelo, los dientes o el cuerpo en general. En los casos estrictamente necesarios, es indicado utilizar agua caliente, o adicionar jengibre. Así todo, el “viento” puede ingresar por los poros de la piel (la cual en el puerperio se encuentra más delicada y

²³¹ “阴气 *yīn qì*”, “阳气 *yáng qì*”.

²³² En este sentido, coincidimos con Archetti (1992) en que un sistema de comidas trasciende el mero hecho de la ingesta calórica. Por el contrario, un sistema de esta índole configura «[...] una determinada manera de clasificar, evaluar y establecer jerarquías en el mundo. En primer lugar, seleccionando sólo una parte de la gama múltiple de alimentos posibles a través de los tabúes, y en segundo lugar, a través de su transformación "arbitraria" por medio de recetas y técnicas de transformación (asar, hervir, cocer, hornear, ahumar o pudrir)» (p.19).

frágil), con probabilidad de generar en el futuro problemas articulares (enfermedades reumáticas, si las denomináramos desde una mirada biomédica) y dolores crónicos de diversa índole, sobre todo articulares, de espalda o dolores de cabeza.

Al preguntarle a Ling (30 años), migrante fujianesa cuáles son los riesgos de no llevar a cabo estas precauciones, me explicaba en una entrevista que le realizara en su hogar²³³:

Quizás que si hay mucho viento, viste te hace mal, y si te hace mal, eso te agarra toda la vida. [...] Te entra y con nada se puede curar, te entra por la piel. Porque está muy frágil, muy débil. Y entonces, te entra y te infla. Después del embarazo, más vacío que nunca. Y en ese tiempo tenés que estar en casa y en cama. [...] Los primeros 10 días es mejor, para recuperar. Después de 10-15 días podés bajar de la cama. [...] Podés bañarte con agua bien caliente. Antes la gente no se bañaba, pero no es así, tendrías que bañarte así te relaja. Pero con agua bien caliente, no tibia ni fría.

Tal como explicó Ling, es necesario permanecer dentro del hogar²³⁴, ya que al salir y entrar en contacto con el exterior, el “viento” ingresará en su cuerpo y causará futuras enfermedades, desarrollando probablemente algún tipo de reumatismo. No es menor el hecho de que este vocablo español tenga como traducción literal al chino mandarín “风湿病 *fēngshībìng*”, lo que significa palabra por palabra: “风 *fēng*: viento”; “湿 *shī*: mojado, humedad”; “病 *bìng*: estar enfermo, enfermedad”; por lo que si se tradujera elementalmente al español, resultaría “*enfermedad del viento y la humedad*”.

Al respecto, retomando el relato de Mimi, madre de mellizas, a partir de su propia experiencia me explicaba:

Cuando estás embarazada, el cuerpo y las articulaciones se separan. Cuando el bebé nace, el cuerpo tarda un mes en volver a su tamaño [...] Es importante que en ese tiempo no te entre viento. No hay que bañarse ni salir a la calle [...] Un día salí con poco abrigo y me entró viento. Ahora me duelen las rodillas.

²³³ Junio 2014.

²³⁴ Para todo esto, es sumamente habitual (y ciertamente necesario si se pretenden realizar todas las indicaciones) la ayuda y cuidado constante de la recientemente madre. General y mayormente, es la suegra quien encarna un papel central en estos cuidados, como así en la transmisión de estas indicaciones. Así todo, en contextos migratorios, es habitual que cuidadoras contratadas, las llamadas “*nanas*” mencionadas en el capítulo anterior, permanezcan largas jornadas en el hogar familiar hasta finalizado el mes de confinamiento.

Con respecto a las prácticas utilizadas para calmar este dolor articular devenido desde este marco interpretativo por un incumplimiento en estas prescripciones y proscipciones, Mimi utilizaba un “*hueso*”²³⁵. Éste consiste en una pieza de hueso de vaca pulido (aunque puede ser de otros materiales), de unos 8 cm de ancho y 4 cm de alto, con un espesor no mayor a 3mm (ver imagen 22). En una ocasión visitándola en su hogar ²³⁶, Mimi me demostró su utilización, frotándose el objeto fuerte y rápidamente sobre su rodilla flexionada, explicando que esta técnica no cura el padecimiento, pero sí logra disminuir el dolor. Agregó que para dar cuenta si la práctica ha sido efectiva, es necesario que se forme un pequeño hematoma sobre la zona tratada en las horas subsiguientes al procedimiento.



Imagen 22. “*Hueso*” utilizado para la técnica “*刮痧 Guāshā*” (búsqueda web).

Con el paso del tiempo y una mayor inmersión en el campo, aprendí que este “*hueso*”, se denomina en mandarín “*刮痧 Guāshā*”, y es un elemento y técnica terapéutica de la “*medicina china*”. En su momento, Mimi me había dicho que era muy bueno también para las contracturas, y que se lo podía hacer a algún familiar que tuviera dolores de espalda, pero que tuviera cuidado porque al dejar “*moretones*”, una persona que desconozca de esa técnica, podría inferir un caso de maltrato. Me contó que una vez su marido le había aplicado “*刮痧 Guāshā*” en su espalda, y al realizar un control obstétrico el profesional a cargo había visto las manchas. Mimi se río y dijo

²³⁵ Como se mencionó anteriormente, el acceso a los productos medicinales es muy limitado, incluso en el Barrio Chino de la ciudad de Buenos Aires, por lo que los medios de conseguirlos, en general, son por medio de viajes al país de origen (sea que viajan ellos mismos o algún familiar o conocido).

²³⁶ Junio 2013.

que le explicó a la médica que era “medicina china”, que no se preocupara y, según lo referido, esa situación no acarreó mayores consecuencias. Conversando tiempo después con Xia, mi profesora de idioma, sobre esta técnica, me recomendó y prestó²³⁷ una película china “*muy conocida*”, llamada casualmente “刮痧 *Guāshā*” (en inglés, “*The Treatment*”), para poder comprender más sobre esta técnica. Este film, con apoyo económico del gobierno chino, refleja los extremos que puede alcanzar la incompreensión de la otredad cultural, si es interpretada desde los propios parámetros culturales. Así, la película retrata la ruina de una familia china residente en Estados Unidos cercana a alcanzar el “sueño americano”, desencadenada a partir de un presunto caso de maltrato infantil. Este “malentendido” es originado en el contexto de la visita del abuelo paterno a Nueva York, quien aplicara un tratamiento de “刮痧 *Guāshā*” a su nieto (hijo del matrimonio protagónico), dejando como resabios unos “moretones” los cuales son interpretados desde la lógica local como marcas de abuso infantil. Antes de que el caso se esclarezca ante la justicia estadounidense, el film ilustra una de las posibles formas que puede adquirir no sólo la incompreensión de la diversidad cultural, sino la imposición de una forma de pensamiento y organización del mundo, supuestamente superior a las demás. La “moraleja” de la película incluye a su vez en la escena del juicio final en el cual se disputa la tenencia del niño, una valorización de la “medicina china” en oposición al saber biomédico, resaltando su historia milenaria y explicitando sus fundamentos y aplicaciones²³⁸.

²³⁷ Al ser docente de idioma mandarín y tener contacto directo con la Embajada de China en Argentina, Xia recibe eventualmente material bibliográfico y audiovisual para la enseñanza del “idioma y cultura” chinos. Así, ella tenía una copia de la película por lo cual me la prestó, ya que de otro modo me hubiera sido dificultoso acceder a la película por no encontrarse disponible en plataformas online.

²³⁸ Para acceder a un análisis en detalle del film, ver Shi & Qu, (2018); Yue (2016); Wang & Yue (2014).



Imagen 23. Forma de aplicación de “刮痧 guāshā”, con las subsiguientes “marcas” que deja como resabio la técnica (búsqueda web).

Por último, las migrantes se muestran muy estrictas en la realización del “坐月子 zuò yuè zi”, ya que cualquier tipo de falta o incompletud en el proceso, puede acarrear consecuencias para la salud, incluso para toda la vida, siendo fútil el uso de cualquier medicina o tratamiento.

En efecto, Jia (25 años), otra migrante fujianesa²³⁹ me explicaba lo siguiente, ratificando también lo enunciado por las demás interlocutoras:

Nosotros tenemos costumbre de hacer mes entero. Cuando tenés un bebé, hacer mes entero [...] Tenés que estar casa un mes. Sin salir. [...] Porque recién tuvo un bebé, entonces está muy frágil el cuerpo, muy débil. Cualquier cosa que te agarra es para toda la vida. [...] Hay que cuidar a la mamá. Si no se cuida ahora, le agarra para toda la vida. Y sino, hay que tener otro bebé, para que las articulaciones se vuelvan a separar y el viento pueda salir. Y esa vez, tenés que cuidarte bien. Hay gente que más de grande le duele todo, entonces tiene otro bebé para recuperarse.

Este relato resume el estado de fragilidad en el que se encuentran las mujeres durante el periodo de posparto, y cómo cualquier método terapéutico (salvo quedar nuevamente embarazada), como el “刮痧 guāshā”, funcionan como paliativos para los

²³⁹ En una entrevista realizada en su casa, mayo 2014.

padecimientos generados durante este mes. A continuación, explicitaré en mayor detalle la cosmovisión subyacente en particular al “坐月子 *zuò yuè zǐ*”, pero en general a estas formas de concebir el cuerpo, la salud y la enfermedad, sumamente atravesadas por los saberes de la “medicina china”. Por último, al finalizar el apartado, veremos los modos en los cuales estas prácticas son reconfiguradas en el contexto migratorio.

4.1.1. Fundamentos de la “medicina china”: equilibrio “阴-阳 *yīn-yáng*” y factores patógenos

Desde la lente de la “medicina china” (a su vez interrelacionada con la cosmovisión filosófica del Tao), la salud es concebida como un estado de equilibrio entre las fuerzas vitales dentro del cuerpo humano, tanto como con las propias del ambiente natural. Esta fuerza vital o energía, es denominada en lengua nativa como “气 *qì*” y subcategorizada en dos tipos “阴气 *yīn qì*” y “阳气 *yáng qì*”. Del mismo modo, la enfermedad proviene de la ruptura del balance entre dichas energías. Así, la teoría desarrollada por la “medicina china” está sumamente vinculada al “坐月子 *zuò yuè zǐ*”, y en un nivel más general, a esta forma de comprender el ser y su relación con el mundo, en lo que tiene que ver al cuidado y mantenimiento de la salud, como en lo que refiere a la prevención de enfermedades.

Así, el cuerpo está constituido, además de por los diferentes elementos de la naturaleza como veremos más adelante, por los dos tipos de “气 *qì*”. Ambas energías circulan en el organismo de la misma forma que lo hacen en la naturaleza y su flujo armonioso es la base del equilibrio necesario para la salud. Siendo más específicos, la salud, es vista como un equilibrio, como una armonía entre la “energía 阴 *yīn*” y la “energía 阳 *yáng*”, y la enfermedad, como un desbalance o una ruptura en ese equilibrio. El mantenimiento de este equilibrio es un principio básico de la “medicina china” y consiste en el objetivo principal de sus diversas técnicas y procedimientos, como es la acupuntura, la moxibustión, entre otras. De esta forma, una de las expresiones “阴 *yīn*”, como es el frío, cuando se encuentra en exceso puede generar diversos padecimientos, del mismo modo que un aumento de energía “阳 *yáng*”, como puede ser el calor, puede producir otros males.

Asimismo, cuando hay un desequilibrio “阴 yīn - 阳 yáng” el cuerpo se encuentra debilitado y vulnerable al ingreso de factores patógenos externos, como es el caso del “viento” (Dashtdar et al, 2016). Como refiere Zhao (2010), estos son clasificados como: frío, viento, humedad, fuego, calor y sequedad. A su vez, existen otro tipo de factores patógenos, de orden interno, asociados a un exceso de alguna de las “siete emociones” (alegría, tristeza, ira, pánico, ansiedad, miedo, obsesión). Por último, existen otros que no representan causas externas ni internas como son “demasiado ejercicio físico o demasiado poco, falta de actividad sexual y embarazos frecuentes, [cuestiones relacionadas a] la dieta, constitución y traumatismos” (p.43).

Como mencionamos, a diferencia del hombre que es de naturaleza “阳 yáng”, la mujer forma parte de la naturaleza “阴 yīn”. Por esta razón, posee inherentemente más elementos propios del “frío”, siendo más susceptible a enfermedades causadas por su aumento (sobre todo luego del embarazo, en donde su elemento “阳 yáng” ha disminuido aún más por la pérdida de sangre durante el parto). Análogamente, el hombre, es más propenso a padecimientos causados por exceso de calor. En efecto, cada uno de los caracteres del chino mandarín que se utilizan para designar la energía “阴 yīn”, como la “阳 yáng”, contienen el radical de luna y sol, respectivamente, indicando dicha asociación. El radical en común entre ambos caracteres, está relacionado al significado de “montaña”, por lo que se suele afirmar que estos vocablos hacen referencia al “lado oscuro de la montaña” y “el lado iluminado de la montaña”. De esta forma, no puede haber uno sin el otro, sino que se trata de la misma “montaña” vista desde dos perspectivas distintas.

En esa polaridad inherente al universo, no sólo al cuerpo humano, la energía “阴 yīn” está ligada al frío, la oscuridad, la humedad, la suavidad, a lo femenino, la quietud, la luna, la tierra, norte. “阳 yáng”, por el contrario, corresponde al calor, a la luz, la sequedad, la dureza, lo masculino, el movimiento, el sol, el cielo, y el sur. De esta forma, la polaridad “阴 yīn - 阳 yáng” se ve reflejada a su vez en otras de segundo orden, reflejando diferentes dimensiones de cada tipo de energía respectivamente: luna-sol; frío-calor; oscuridad-luz; suavidad-dureza; quietud-actividad, femenino-masculino, tierra-cielo; norte-sur; arriba-abajo; perpendicularidad-circularidad, etc.

En relación al posparto, como refieren las interlocutoras, el embarazo es considerado un estado “阳 *yáng*”, pero luego del parto, la mujer pierde “calor” por la “pérdida de sangre” e ingresa en un estado “阴 *yīn*”. De esta forma, las diferentes acciones proscriptas y cuidados prescritos en relación a la conducta alimentaria, higiene y reposo, tienden a restablecer el equilibrio perdido, y a prevenir enfermedades en el futuro. De esta forma, por ejemplo, una dieta “阳 *yáng*” es prescrita para minimizar y equilibrar los efectos de las fuerzas “阴 *yīn*” propias de este periodo (Holroyd et al., 2005). De esta forma, la mujer debe aumentar el calor dentro de sí para volver a un estado en el cual las energías retornen a un estado equilibrado. Esto se logra evitando la exposición al frío, y siguiendo una dieta rica en alimentos “calientes”.

Estos modos de concebir la salud, la enfermedad y las formas de atenderla, están sumamente relacionados con corrientes de pensamiento antiguas, principalmente el taoísmo, cuya cosmovisión alberga los conceptos de equilibrio y armonía dentro de un ciclo continuo de cambios fluctuantes y constantes, concebidos como el principio básico del universo. El equilibrio es uno de los objetivos fundamentales de la experiencia humana, por el contrario del desbalance, el cual lleva a diversos males como la infelicidad, la enfermedad, e incluso a la muerte.

Ligada a esta idea de equilibrio, se encuentra la noción de “medio”, “中 *zhōng*”, la cual tiene a su vez un carácter nominal y otro verbal. De este modo, el término indica, por un lado, la centralidad espacial, sugerida por el sustantivo “medio”, y por otro, representa un movimiento dinámico y activo, en donde no hay ni exceso ni insuficiencia. La escritura del idioma chino, en muchos casos, busca transmitir la idea que representa²⁴⁰, como podrá apreciarse también al final de este capítulo. Así, como podemos ver en este pictograma, una línea vertical atraviesa el centro de un cuadro, sin inclinación alguna (Cheng, 2002). Es interesante el hecho de que la denominación del país “China”, en mandarín sea “中国 *Zhōngguó*”, es decir, “país del medio”, en donde “中 *Zhōng*” además de estar representando una ubicación geográfica (dada por la centralidad que se consideraba guardaba el territorio chino en relación a la

²⁴⁰ En lo que refiere al aspecto ideográfico del idioma chino mandarín, cada símbolo expresa una idea o un objeto, como vimos en el caso del “阴 *yīn*” y el “阳 *yáng*”. Es por esto que se vuelve muy valiosa la búsqueda de sus significaciones a través de los propios nativos, ya que, en muchos casos, nos acerca a diversos aspectos de sus cosmovisiones.

geopolítica de la actualidad), también indica un punto de equilibrio considerado como un ideal y objetivo a lograr.

Esta concepción, que implica una tercera figura mediadora entre opuestos, refleja a su vez la noción de continuidad de las partes. Como explica la sinóloga Anne Cheng (Ibíd.):

Ésta no se ve como un simple lazo que se establece entre entidades antes distintas, sino que es constitutiva de los seres en su existencia y devenir. Los pares de opuestos complementarios que estructuran la visión china del mundo y de la sociedad (Yīn/Yáng, Cielo/ Tierra, Vacío/Plenitud, padre/hijo, soberano/ministro, etc.) determinan una forma de pensamiento, no dualista en el sentido disyuntivo mencionado anteriormente, sino ternario por cuanto integra la circulación del soplo que une ambos términos (p.37).

Así, vemos que, aunque existen opuestos (interno/externo; humano/no humano; etc.), actúan de forma complementaria, al punto que sus límites son difusos.

En este sentido, es interesante señalar aquí lo referido por una de las interlocutoras chinas, Lili, en relación al carácter “气 *qì*”²⁴¹. El elemento superior indica cielo, y el inferior, tierra y raíz, mientras que el trazo intermedio refleja la conexión entre “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”. De esta forma, estos componentes dan cuenta de este carácter de mediación entre opuestos, como así de un interjuego y relación entre ellos. Como vemos a continuación, el carácter tradicional incluye a su vez un elemento inferior, el cual no se encuentra presente en su versión simplificada²⁴². Según Lili, este componente, el cual corresponde al carácter de arroz, “米 *mǐ*”, representa la nutrición

²⁴¹ Compartiendo un café, durante una de las “clases de español” que le solía dar en uno de los shoppings de la ciudad en el horario del mediodía (cuando tenía un relevo en el supermercado familiar). Abril 2019.

²⁴² Los caracteres que conforman la versión escrita del chino mandarín pueden encontrarse en dos variantes, una “tradicional” y una “simplificada”. La primera versión es la que se utilizó en China continental hasta la llegada de Mao Zedong y es la que se sigue utilizando en Taiwán (República de China), Hong Kong y Macao. La segunda, cuya pronunciación oral no difiere de la primera, es la que se utiliza de forma generalizada en la República Popular China y la que se enseña a extranjeros en instituciones oficiales. Cabe aclarar que esta modificación de la lengua escrita se ve inscrita en una política impulsada por la República Popular China la cual consistió en la simplificación de los caracteres tradicionales con el fin de hacer frente a las altas tasas de analfabetismo que se venían manteniendo desde los tiempos dinásticos. Esta simplificación básicamente revistió la eliminación de trazos y/o el reemplazo de ciertos componentes complejos por otros más sencillos. Con el pasaje a este sistema de escritura, también se desarrolló un sistema de transcripción fonética de los mismos, llamado “拼音 *pīnyīn*”.

necesaria para el flujo de “气 *qì*”, producida a partir de la alimentación²⁴³ (ver imagen 24).



Imagen 24. Carácter tradicional de “气 *qì*”.

Esta forma de concebir el ser y el mundo, puede verse reflejado también en el extensamente difundido “风水 *fēng shuǐ*” (siendo un caso interesante su apropiación y propagación en Occidente), cuya traducción literal al español es “viento y agua” y también apunta al equilibrio del espacio en relación al ser humano que lo habita, a partir del flujo armonioso de ambos tipos de “气 *qì*”

En estas cosmovisiones, pues, no hay ausencia de polaridades, pero a diferencia del dualismo cartesiano propio de lo que llamamos “modernidad” y “Occidente” (Descola, 2005), en realidad, estamos en presencia de combinaciones polares fundamentales (como “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”), ya que es a partir de ellas desde las cuales la energía vital (“气 *qì*”) fluye y conecta ambos extremos. De esta forma, el principio “阴 *yīn*-阳 *yáng*” divide los fenómenos del universo en dos fuerzas mutuamente influyentes las cuales permanecen en equilibrio para el funcionamiento armonioso del universo, el sistema social y el individual (Cheng, 2002.).

En efecto, el universo es concebido como un macrocosmos del cual el individuo es un microcosmos con todos sus mismos elementos constitutivos: aire, fuego, tierra, viento, agua, madera, metal, etc. En palabras de Reid (1999): “el

²⁴³ Desde otra perspectiva, Zhao (2010), afirma que “los dos caracteres chinos que forman el ideograma tradicional, significan vapor” o “vaho” y “arroz crudo” o “grano”. El vapor que sale de la cocción de arroz representa el Chi en su estado amorfo, mientras que el arroz simboliza el aspecto sustancial y material de la materia. El sentido inherente de esta palabra es la Esencia transformadora y cambiante del Chi de lo material a lo inmaterial y así sucesivamente” (p.30).

organismo humano es un reflejo microcósmico del universo macrocósmico, todo un mundo interno compuesto por los mismos elementos y energías y sujeto a las mismas leyes naturales que el mundo externo y el cosmos” (p.1). De aquí deviene el hecho de que algunos elementos de la naturaleza, como el “*viento*”, el “*frío*” o el “*calor*”, sean considerados por la “*medicina china*” como “*factores patógenos*” de índole externa. Es decir, como causales de enfermedad u otros tipos de desequilibrio, sea por exceso o carencia.

Estos modos de relacionarse con el mundo, entonces, no es que desconozcan alguna forma de separación entre naturaleza y cultura, sino que no establecen contrastes tajantes sino complementariedades entre ellas. Así, reflejan otras formas de redefinir el límite entre lo humano y lo no humano. Como dijimos entonces, estas ontologías contrastan con el dualismo cartesiano occidental o “*naturalismo*”, tal como lo denominó Descola (2005), en donde se da una coexistencia entre una naturaleza única y una multiplicidad de culturas. Esta ontología naturalista, pues, “no sólo disocia los dos ámbitos sino que además ordena la naturaleza y la cultura de tal manera que la cultura humana domina a la naturaleza que está a su servicio para ser legítimamente explotada según las voluntades y ambiciones humanas” (Stolcke, 2011: 7).

Siguiendo a Descola (2011), en contraposición a este sistema ontológico naturalista, estaríamos en presencia frente a lo que él denominó como “*analogismo*”, dentro del esquema tipológico de los cuatro modelos ontológicos. Esto es, las ontologías analogistas reposan “sobre la idea de que las propiedades, movimientos o modificaciones de estructura de ciertas entidades del mundo ejercen una influencia a distancia sobre el destino de los hombres, o están influidas por el comportamiento de esos últimos” (p. 92). De esta forma, entran en esta categoría los sistemas de relaciones entre macrocosmos y microcosmos, descritos más arriba, como así las teorías médicas “de las materias que se apoyan sobre las semejanzas que presentan ciertas sustancias y objetos naturales con los síntomas o las partes del cuerpo humano con el fin de determinar la etiología o la terapéutica de las enfermedades” (p.93). Desde esta perspectiva, humanos y no humanos pertenecen al mismo mundo cuyas propiedades y organización interna derivan de las analogías entre ellos. En este “*cosmocentrismo*”, en oposición al antropocentrismo propio del naturalismo, hay diferencia y disparidad entre humanos y no humanos, tanto física como de interioridad, sin embargo, todo se

encuentra conectado y las singularidades pasan a funcionar dentro de un orden global sujeto a diversos principios y leyes generales.

4.1.2. Llevar a cabo el “坐月子 *zuò yuè zǐ*” en el contexto migratorio

Como se puede inferir de lo descripto más arriba, la madre durante el puerperio precisa de mucha asistencia por parte de un tercero, no sólo para proveerle de todos los alimentos y cuidados a ella, sino también al recién nacido. Esta persona suele ser o la suegra o la madre, pero en el contexto migratorio esto no siempre es posible. En estos casos, aquellas familias que pueden afrontar los costos contratan una cuidadora, a la que suelen llamar “*nana*” para hacerse cargo de esas tareas, mientras el marido se encarga de los extensos quehaceres laborales. En otras ocasiones, muchas veces quien colabora es alguna pariente cercana o amiga, como es el caso de Eva y Lisa mencionado en el primer capítulo. Por otro lado, en los casos en los que no se contrata a una cuidadora y la migrante no cuenta con una red femenina de apoyo, realiza el “坐月子 *zuò yuè zǐ*” en la medida de lo que le es posible. En los casos de las pocas interlocutoras que se vieron en esta última situación, ninguna refirió ningún malestar consecuente asociado a este periodo. Así todo, no pudieron asegurar que no puedan desarrollar problemas en el futuro. Como me explicaba Xia: “*frío entra, pero quizá de viejita da dolor en huesos, de joven no siempre te das cuenta*”.

En este sentido, las migrantes chinas suelen preguntarse al arribar a Argentina porqué las mujeres locales no tienen complicaciones asociadas al puerperio si no llevan a cabo este sistema de prácticas. Con respecto a las racionalidades que despierta esa pregunta inicial cuando arriban a Argentina, explican que sus organismos son distintos debido a las formas de alimentación y cuidados que han recibido desde la infancia. Por esta razón (la cual no pareciera ser de índole genética sino por hábitos repetidos en el tiempo), las mujeres chinas tendrían una mayor susceptibilidad a padecimientos asociados a desbalances “阴 *yīn* - 阳 *yáng*” o a elementos patógenos como el “*viento*”, dolencias de las cuales estarían exentas sus contrapartes argentinas. Sin embargo, reafirman la importancia de llevar a cabo los cuidados necesarios durante este periodo, porque “*nunca se sabe si no tendrás problema en el futuro*”.

Otro caso muy distinto al de las familias que deben contratar “*nanas*” o recurrir a alguna amiga o pariente cercana, es el de aquellas migrantes que cuentan con un alto nivel adquisitivo y pueden optar por otras alternativas a la hora de realizar el periodo de confinamiento puerperal. Este fue el caso, por ejemplo, de la esposa de un empresario de la industria minera, ambos de Beijing y radicados en Buenos Aires, a quienes conocí durante el trabajo de campo. Al quedar embarazada, acordaron que ella viajaría el último trimestre de su embarazo y haría el “坐月子 *zuò yuè zi*” allí con su madre. Mientras tanto, su marido viajaría intermitentemente entre Argentina y China para responder a sus responsabilidades laborales y maritales. Claramente, este caso es atípico, al menos en los casos de las familias provenientes de Fujian, con un nivel socioeconómico muchas veces menor.

Cabe mencionar que, si bien en el contexto migratorio se generan este tipo de reconfiguraciones, también se han venido produciendo otras en su país natal. Allí, las formas de organización familiar se han ido modificando con el transcurrir de los años, especialmente a partir de las migraciones masivas de las zonas rurales a las megaurbes en la franja costera del país, junto al ingreso de la mujer en el mercado laboral y su paulatina profesionalización. De este modo, cada vez menos puérperas cuentan con la asistencia de su suegra o madre al momento de realizar el “坐月子 *zuò yuè zi*”. Esto ha provocado que en las grandes ciudades se hayan instalado una serie de “clínicas” o “centros de posparto” específicos para el puerperio. Como explican Yan & Chen (2014):

A medida que las economías modernas se vuelven más industrializadas y urbanizadas, las estructuras sociales cambian y las familias nucleares se vuelven más populares que las familias extendidas. Con menos manos disponibles cerca, es más difícil practicar el *Zuo Yue Zi* en casa. Ofrecer centros profesionales de cuidados posparto para futuras madres chinas se ha convertido en una oportunidad rentable para las empresas (p.1).

Como sugiere la nota publicada en el medio oficial chino *Xinhua*²⁴⁴, la flexibilización en la política del único hijo realizada en los últimos años colaboró en la popularización de estos establecimientos. Así todo, el costo de este tipo de servicios

²⁴⁴ “Baby boom makes postnatal confinement centers popular in China”. *Xinhua News*. Beijing, 8 de diciembre de 2017. Disponible en: http://www.xinhuanet.com/english/2017-12/08/c_136811345_5.htm

suele ser muy elevado²⁴⁵, por lo que sólo pueden acceder a ellos mujeres con altos ingresos económicos.

En suma, estas prácticas comoditizadas, al igual que las reconfiguraciones del “坐月子 *zuò yuè zi*” en el contexto migratorio, ponen en evidencia el dinamismo de la “cultura china” alejándose de cualquier perspectiva reificada no sólo respecto a este sistema de prácticas en particular, sino de “lo cultural” en general.

Por último, como mencioné más arriba, este tipo de representaciones o relatos sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad no surgen dentro del ámbito sociosanitario, por lo cual los profesionales muchas veces desconocen estas alteridades en términos de saberes. Así todo, durante mi trabajo de campo he participado en numerosas “reuniones de equipo” del personal de los CAPS, como así compartido tiempo en el “office” donde se encuentran diversos profesionales (no sólo médicos) entre consulta y consulta. En estos espacios, mi presencia siempre despertó curiosidad y múltiples preguntas sobre la población y sobre los “hallazgos” de mi investigación. Así, al comentar prácticas como el “坐月子 *zuò yuè zi*” y sus concepciones, además de rostros de sorpresa he recibido comentarios como: “¿y cómo hacés para sacarles eso de la cabeza?”, u otros similares que dan cuenta de la desaprobación de este tipo de prácticas y concepciones catalogándolas como irracionales, creenciales, no científicas ni efectivas.

Del mismo modo, el hecho de minimizar y mucho menos incluir los saberes y comprensiones de los llamados “pacientes” sobre la salud y el bienestar, así como sobre la enfermedad y el padecimiento, refleja claramente el papel que juegan los aspectos morales en estos contextos. Este tipo de pensamiento también puede ser leído

²⁴⁵ Como indica otro medio oficial chino, el *China Daily*, un valor de referencia estimado en 2013 para una estadía mensual en un establecimiento de este tipo, rondaba los 17000 USD. Ver: “Postnatal care centers' popularity booms”. *China Daily*. Beijing, 26 de febrero de 2013. Disponible en: https://www.chinadaily.com.cn/china/2013-02/26/content_16258718.htm

En otra nota publicada por el *NY Times*, se indica que el precio puede oscilar entre 11000 y 27000 USD, dependiendo de la calidad del servicio brindado. Ver: “A Tradition for New Mothers in China, Now \$27,000 a Month”. *NY Times*. New York, 2 de febrero de 2015. Disponible en: https://www.nytimes.com/2015/10/02/business/international/china-confinement-care-for-new-mothers-now-27000-a-month.html?_r=0

Por último, el medio chino independiente *The Sixth Tone*, publicó en 2019, que el costo del servicio mensual puede alcanzar hasta los 57000 USD (360000 yuanes). Ver: “The Luxury Care Centers Pampering China's Newly Minted Moms”. *The Sixth Tone*. Shanghai, 29 de mayo de 2019. Disponible en: <http://www.sixthtone.com/news/1004061/the-luxury-care-centers-pampering-chinas-newly-minted-moms>

desde una óptica evolucionista que ve “en la biomedicina el punto de llegada de una única y larga línea evolutiva, mientras que todos los demás sistemas médicos parecen estar detenidos en estadios previos” (Seppilli, 2000: 39). Estas reflexiones a su vez, son iluminadas por el concepto de “conocimiento autoritario” trabajado por Brigitte Jordan (1997), el cual describe aquel saber resultante de un proceso que legitima y consagra un conocimiento dado, adquiriendo una posición dominante por sobre los demás. De esta forma, la legitimación de este carácter “autoritario” conlleva la desvalorización o incluso la anulación de otras formas de *expertise*, revelando uno de los poderes que enmascara: su capacidad y posibilidad de cuestionar constantemente aquellos conocimientos que son relegados a una posición subsidiaria, con el fin último de mantener su hegemonía.

Asimismo, a diferencia de este tipo de miradas que obturan cosmovisiones distintas a las propias, desde la perspectiva antropológica, el universo sociocultural del paciente no es visto como un obstáculo para lograr la “*efectividad*”²⁴⁶ de los programas y las prácticas terapéuticas, como muchas veces es visto en los servicios de salud (Uchôa & Vidal, 1994). Por el contrario, constituye el contexto en donde se arraigan las representaciones sobre las enfermedades, sus explicaciones y los comportamientos a llevar a cabo para dar respuesta e ellas. Desde esta mirada, “*su cultura*”, como tantas veces es invocada en los servicios sanitarios, de ningún modo se erige como un problema a ser sorteado, sino que constituye un recurso imprescindible a la hora de realizar intervenciones en materia de salud.

4.2. Salud femenina: prácticas durante el periodo menstrual y la menopausia

4.2.1. Concepciones y cuidados en torno a la menstruación

La menstruación es considerada para las mujeres chinas como un periodo muy delicado, siendo como “*un pequeño 坐月子 zuò yuè zi*”, tal como fuera referido por una de mis interlocutoras. Esto se debe a que, al igual que en el periodo de posparto,

²⁴⁶ Utilizado aquí como término nativo del mundo biomédico.

la mujer al perder sangre, entra en un desequilibrio entre las energías “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”, produciéndose un debilitamiento de esta última. De esta forma, la mujer atraviesa un periodo de vulnerabilidad siendo más susceptible a desarrollar padecimientos a causa de factores patógenos como el “frío”. Al igual que sucedía en el caso del “坐月子 *zuò yuè zǐ*”, hubo un amplio consenso entre las interlocutoras al respecto de los cuidados durante este periodo. En efecto, como indica Chu (1980), aunque China es un país muy grande y diverso, “alberga un núcleo básico de creencias que parecen ser universalmente aceptadas entre las mujeres chinas Han²⁴⁷” (p.38).

A raíz del desequilibrio entre energías producido durante este periodo, las migrantes llevan a cabo una serie de prácticas tendientes tanto a reestablecer el equilibrio perdido como a favorecer la “purificación” del cuerpo. En este último caso, las prácticas de salud apuntan a la eliminación de la sangre menstrual, considerada como un “deshecho”. Esto quiere decir que, si la mujer tiene ciclos menstruales cortos o con pocas deposiciones sanguinolentas, habrá una estasis de esa sangre residual, pudiendo acarrear enfermedades asociadas. Esta concepción, se encuentra en sintonía con la que en general expresan los chinos en relación a otros fluidos corporales. Esto es, por ejemplo, el caso de la flema y los “escupitajos” que tanto rechazo suelen generar en los turistas occidentales, como así en muchos de los ciudadanos argentinos, argumentos que suelen utilizarse entre otras razones para catalogar a los chinos como “sucios”. La racionalidad nativa explica que todo fluido que “*pide salir del cuerpo*”²⁴⁸, debe hacerlo con premura. En caso contrario, contaminará el cuerpo. Esto lleva a que sea habitual ver a los sujetos chinos escupir sin tapujos en la vía pública, o sonarse la nariz con la mano en cuanto sienten la necesidad de eliminar dicho residuo corporal. Esta práctica muchas veces se ve modificada en el contexto migratorio. Como me

²⁴⁷ Según el relato nativo, China está compuesta por 56 etnias: 55 etnias minoritarias distribuidas geográficamente, y la etnia Han (estimada en más del 90% de la población). La etnia Han, además de ser con la que se identifican los interlocutores con los que interactué durante la investigación, es la cual impuso su lengua como idioma oficial, el chino mandarín (una de las formas de nombrar al idioma es, además de 普通话 *Pǔtōnghuà* - “idioma común”-, 汉语 *Hànyǔ* - “idioma de los Han”-)

²⁴⁸ Caso similar sucede con las flatulencias. En una conversación grupal con la familia de Marco me contaron que existe una frase popular: “气是人生之气哪有不放之里? *Qì shì rénshēng zhī qì nǎ yǒu bù fàng zhī lǐ?*”, la cual tradujeron como “*el pedo es aire de mi cuerpo, por qué no dejarlo salir?*”, mientras explotaban de risa al unísono. Me explicaban que no lo suelen realizar en público, pero “*si el cuerpo te pide, hay que dejarlo salir*”.

explicaba Yue en una ocasión: *“acá no lo hacemos mucho, queda feo y te miran mal. Mejor hacer eso en la casa o cuando no hay nadie, no como en China”*²⁴⁹.

El estancamiento o la reducción del flujo menstrual son producidos por el desequilibrio de energías, trayendo otra serie de manifestaciones corporales, como son los conocidos dolores menstruales (“dismenorrea” en su denominación biomédica). Tanto para tratarlos como para prevenirlos, las mujeres chinas realizan las siguientes prácticas. Por un lado, beben una infusión caliente preparada con jengibre y azúcar negra. Como me explicaba Lili²⁵⁰: *“tenés que tomar eso, es muy, muy bueno. Te baja la sangre y dolor se va, también mucha agua caliente, fría no”*. Al preguntarle si tanto el jengibre como el azúcar negra eran elementos considerados “阳 yáng”, respondió afirmativamente agregando *“sí, sí, como en 坐月子 zuò yuè zi, hay que subir 阳 yáng porque se pierde con la sangre”*.

En sintonía con Lili, en otra conversación Xia²⁵¹, agregaba:

No es tan fuerte como cuando nace bebé, pero igual se pierde sangre, en ese sentido parecido a 坐月子 zuò yuè zi [...] Ese momento es muy débil, el agua fría puede entrar en tu cuerpo. No hay que hacer fuerza en ese momento, poco ejercicio físico. Jengibre y azúcar negra, como son rojo, como para cuando se pierde sangre tomamos algo de color rojo, para recuperar sangre.

La práctica de beber una infusión de jengibre con azúcar negra se encuentra sumamente difundida entre las migrantes y en su país de origen. En efecto, si bien la forma de preparación puede ser casera, existe una versión que circula comercialmente en China de fácil acceso en tiendas o incluso en compras online. Esta versión “lista para tomar” (ver imagen 25) facilitan su preparación en los tiempos acelerados de la vida cotidiana contemporánea.

²⁴⁹ Este dato puede ser interpretado desde la lente del “proceso de civilización” de Elias (2009), quien establece que la modelación de las conductas (en este caso producida en la interacción con el contexto migratorio) está dirigida a crear imágenes negativas y reprobables sobre ciertos modales vistos como “vergonzosos”.

²⁵⁰ Junio 2019.

²⁵¹ Febrero 2020.



Imagen 25. Una de las tantas marcas de la infusión instantánea de jengibre y azúcar negra (búsqueda web).

Por otro lado, aunque en menor medida, algunas migrantes consumen remedios herbales que traen de China o les mandan familiares. Este es el caso de las píldoras “乌鸡白凤丸 *wūjī bái fèng wán*” (en español, “Pollo negro y Fénix blanco”), las cuales están compuestas por una extensa fórmula de hierbas y elementos derivados de animales (ver imagen 26). Estas píldoras son ampliamente conocidas en China, y son consumidas con el fin de regular la menstruación y “estabilizar el 气 *qì*”. De este modo, a diferencia de lo que sucede con los analgésicos de venta libre, ampliamente difundidos y publicitados en Argentina para los dolores menstruales, estas píldoras abordan la causa de los síntomas asociados a la menstruación (dolores, molestias, cansancio). De esta forma, al tener un efecto directo sobre la raíz de los síntomas menstruales, como es el dolor²⁵², y no sobre estos últimos, remiten por efecto consecuente. En este sentido, este compuesto si bien cumple finalmente una función analgésica, funciona de una manera completamente diferente a medicamentos “occidentales” como el ibuprofeno, ya que aquellos actúan sobre la raíz, reflejando así una de las oposiciones mencionadas en el segundo capítulo entre la “medicina china” y la “occidental”²⁵³.

²⁵² Catalogado como un dolor “ácido” (“酸 *suān*”) por las mujeres chinas, diferenciándolo de otro tipo de dolores

²⁵³ Como vimos, se suele afirmar que la “medicina china” trata la raíz y la “medicina occidental”, las



Imagen 26. Una de las posibles marcas de las píldoras “Pollo negro y Fénix blanco” (búsqueda web).

Así todo, como el único modo de acceder a este producto es viajando a China, las mujeres chinas optan por métodos caseros como el consumo de té de jengibre con azúcar negra, y las prácticas proscriptas para el “坐月子 *zuò yuè zi*”. Principalmente, “cuidarse del frío”, incluyendo no salir a la calle con el pelo mojado (evitando al máximo bañarse o ducharse), estar siempre bien abrigadas, no beber bebidas frías (incluidas gaseosas y helados) e incorporar elementos de naturaleza “阳 *yáng*”²⁵⁴. Al respecto, muchas migrantes coincidieron en el hecho de afirmar que este tipo de prácticas siempre son “*buenas*” para las mujeres, ya que por su naturaleza “阴 *yīn*”, siempre tienden a estar en desequilibrio respecto a la energía “阳 *yáng*”. De esta forma, estas prácticas suelen ser recomendadas de forma cotidiana, con mayor o menor rigurosidad, se trate de un periodo menstrual, puerperal, o no.

Aquí es necesario detenerse un momento en una práctica sumamente difundida tanto en hombres como en mujeres de origen chino, que es el consumo de agua caliente o tibia, en preferencia al agua natural o fría. Si bien esto último está terminantemente prohibido en el caso de la mujer en los periodos mencionados y no es recomendado en los demás momentos vitales, sin embargo, el consumo de agua tibia y caliente es recomendado por igual para ambos sexos. En una ocasión, al ver a Lisa con un pequeño

ramificaciones (“中医治本，西医治标 *Zhōngyī zhìběn, Xīyī zhìbiāo*”).

²⁵⁴ Hay una extensa serie de estudios internacionales realizados desde un marco biomédico, que abordan los tratamientos utilizados por las mujeres chinas, tanto en su propio país como en el extranjero, y las dificultades percibidas por el personal sanitario en este respecto. Por ejemplo, Chen et al. (2019), clasifican las prácticas llevadas a cabo en tres categorías: “lifestyle change”, “symptom management” y “seeking medical advice”.

termo mientras “estudiábamos” español²⁵⁵, le pregunté si tomaba agua tibia (como vi hacer a muchos sujetos chinos, tanto en su país como en Argentina) y por qué era “mejor” que la fría. Me contestó: *“nuestro cuerpo está a 36 grados más o menos, hay que tomar agua igual que cuerpo, ni mucho más fría ni mucho más caliente, así mantiene el cuerpo en equilibrio”*. Xia, también agregó en otro contexto²⁵⁶: *“en verano no es bueno tomar agua fría, porque nuestro cuerpo está más caliente, si tomamos agua fría va a haber más diferencia con el ambiente, por eso tomamos agua caliente, en invierno tibia está bien, siempre igual que cuerpo”*. Por último, como me explicaba Marco en una de las salidas familiares de los domingos²⁵⁷ *“agua tibia es buena para todo, limpia, saca todo lo malo. Tomá siempre un vaso de agua tibia a la mañana y contame. Tu pelo, tu piel, tus intestinos, todo ayuda”*.

Siguiendo estos relatos entonces, el agua tibia/caliente, no sólo favorece la homeostasis del cuerpo, sino también su equilibrio con el ambiente, a la vez que purifica al organismo de desechos residuales. En sintonía, como explica el médico chino Liu Zheng (2016) en uno de sus libros, la ingesta de agua tibia “es la mejor manera de tener una buena hidratación, drenaje, limpieza y revitalización del cuerpo” (p.238). Asimismo, el agua caliente también se utiliza como método terapéutico para distintas dolencias, incluyendo malestares estomacales, dolores de cabeza. Xia me contaba riéndose que hay muchos chistes en chino que incluyen la respuesta: “多喝热水 *duō hē rè shuǐ*” (en español: “tomá mucha agua caliente”), para todo tipo de preguntas. Así, por ejemplo, se dice: “¿te duele la cabeza?: 喝热水 *duō hē rè shuǐ*”; “¿te duele la panza?: 喝热水 *duō hē rè shuǐ*”; “¿te peleaste con tu novio?: 喝热水 *duō hē rè shuǐ*”. Como me contaba Xia, esta parodia representa la típica recomendación que dan los padres a sus hijos cuando tienen algún malestar, a la vez que refleja lo ampliamente extendida que se encuentra esta práctica entre las personas chinas.

Habiéndome detenido en esta descripción, de carácter consensuado para la gran mayoría de mis interlocutores tanto en el contexto migratorio como en mi estancia en China, retomo el caso de la menstruación, donde en este momento es más importante

²⁵⁵ Septiembre 2019.

²⁵⁶ En una de las clases particulares de mandarín en su hogar. Agosto 2017.

²⁵⁷ Febrero 2020.

aún evitar las bebidas frías. Por otro lado, de forma complementaria a las prácticas mencionadas, se suele aplicar calor localizado en el vientre. De esta forma, aunque no se aborda a la raíz del problema (como sí sucede con las demás prácticas), se aumenta superficialmente el calor requerido en la zona, a la vez que produce una relajación y disminución de los dolores menstruales.

Por otro lado, si bien muchos de los migrantes suelen recurrir a automedicación alopática para otros malestares, como analgésicos de venta libre para dolores de cabeza u otros dolores menores, en el caso de la menstruación, el uso es mínimo cuando no nulo. Como me decía Lili: *“medicamento occidental para el dolor no es bueno, porque problema es otro. Mejor tomar té de jengibre, descansar, y cuidarse del frío”*²⁵⁸.

Como se respalda en otros estudios (Lui et al., 2008; Su & Lindell, 2016, por ejemplo), la mayoría de las mujeres chinas evitan la medicación analgésica de la biomedicina (por ejemplo, ibuprofeno). Ya que asocian el malestar no a un dolor aislado, sino a un desbalance de las energías. Del mismo modo, como vimos en capítulos anteriores, hay un amplio consenso en que la “medicina occidental” produce efectos secundarios, a diferencia de la medicación o prácticas asociadas a la “medicina china”. Más aún, como indican Su & Lindell (Ibíd.), “se cree que los efectos secundarios de los medicamentos occidentales interrumpen el balance Yin-Yang” (p.458).

Asimismo, Lili y Marco²⁵⁹ me refirieron otra práctica considerada saludable para este periodo, la cual conversando con otras interlocutoras afirmaron sus beneficios. Así, Lili me recomendó que: *“también es bueno el 红酒 hóngjiǔ con 枸杞子 gǒuqǐ zǐ en la botella, y tomar un poquito todas las noches. Para mujer es muy bueno, en periodo o no”*. Mientras Marco asentía, lo que me explicaba Lili es que es bueno para la salud femenina beber un licor chino de color rojizo (“红酒 hóngjiǔ”), colocando unas bayas en la botella, llamadas “枸杞子 gǒuqǐ zǐ”, conocidas en español como “Bayas de Goji”, dejándolas allí macerar. También me advirtió que si bien estas bayas poseen muchas propiedades, en exceso pueden ser tóxicas, por lo que es necesario consumirlas con moderación. Cabe aclarar que, hasta hace unos años, estas

²⁵⁸ Junio 2019.

²⁵⁹ Febrero 2020.

bayas, aunque no a un precio módico, podían conseguirse en dietéticas locales²⁶⁰. Así todo, en 2017 fueron prohibidas por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)²⁶¹, ya que su importación, venta y circulación no estaban reguladas. Desde entonces, ya no se consiguen en Argentina, por lo que las migrantes no pueden acceder a este producto, siendo por demás dificultoso sortear el control aduanero al volver de China. De este modo, la práctica de beber el licor rojo con Bayas de Goji, ya no es usual entre las migrantes.

Del mismo modo que es prácticamente desconocido para un argentino sin conocimientos médicos cómo funciona un analgésico a nivel fisiológico, mismo es el caso de mis interlocutores migrantes al respecto de sus prácticas terapéuticas. Así, si bien no pueden expresar teóricamente cómo operan este tipo de prácticas en un plano técnico, más allá de la mención de la restauración del equilibrio “阴 yīn - 阳 yáng”, sí lo hacen desde un punto de vista funcional y experiencial. Esto es, clasifican lo que “es bueno” y lo que no lo es, basado en un conocimiento transmitido generación tras generación, y a partir de la propia experiencia y vivenciar los efectos beneficiosos de este tipo de prácticas. De este modo, al igual que en el “坐月子 zuò yuè zǐ”, el saber sobre las causas y formas de cuidado durante este periodo, conforma un corpus sólido de representaciones y prácticas con un amplio consenso y leve variabilidad en lo que refiere a zonas geográficas o criterio etario.

Así, como se enunció más arriba, la forma en que son concebidos los malestares menstruales, está asociada a la visión holística de la “medicina china” respecto al cuerpo, es decir, como un todo integrado, en constante interacción interna y externa. En línea con esta concepción, en un estudio realizado en Hong Kong (Lee et al., 2009) sobre el periodo menstrual en mujeres chinas, se concluyó lo siguiente:

El hecho de que las diferentes categorías de síntomas somáticos se experimentaran de manera integral como una única dimensión de la angustia somática entre las mujeres chinas parece estar muy en línea con la conceptualización de la salud y la enfermedad de la Medicina Tradicional China. En lugar de adoptar un modelo anatómico del cuerpo como en la medicina occidental, la medicina tradicional china, adopta un modelo funcional, con el cuerpo conceptualizado como un todo integrado y la función

²⁶⁰ Las Bayas de Goji tuvieron una amplia difusión en nuestro país, a raíz de que ciertas figuras de la “farándula” local (como así también figuras internacionales), quienes las consumían como método de adelgazamiento y divulgaron sus beneficios en medios masivos de comunicación.

²⁶¹ Disposición disponible en:

http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/BO/Disposicion_10941-E-2017.pdf

de todos los órganos interconectados, lo que da como resultado un problema en un órgano que afecta al funcionamiento de todos los demás órganos" (p.14)

Por último, las interlocutoras consultadas no refieren cambios anímicos, irritabilidad u otros síntomas que sí refieren experimentar un gran número de mujeres en países occidentales (o se les adjudican despectivamente). (Zhao, 2008; Mei et al. 1996). En efecto, estos síntomas “pre o perimenstruales”, como son denominados por la biomedicina, en su versión patologizada son considerados por algunos autores como Johnson (1987), Chrisler & Caplan (2002), Chrisler (2008), entre otros, como un “síndrome asociado a la cultura occidental”²⁶² (aunque para la biomedicina o el sentido común puedan parecer universales).

Aquí una vez más la Antropología de la Salud puede contribuir al análisis de estas distancias culturales, desde el momento en que consideran la construcción sociocultural de los padecimientos, como así su intensidad y la forma de experimentarlos (Martínez Hernández, 2008). Asimismo, ya Margaret Mead (1935) y sus estudios sobre los roles sexuales y el temperamento echaban por tierra la exclusiva determinación entre la biología y las formas de comportamiento social asociadas al género masculino o femenino. Así, del mismo modo que en un país como Argentina los modelos hegemónicos tienden a concebir “lo femenino” de un modo opuesto a los Mundugumor²⁶³, el periodo menstrual es vivido como un momento de “sensibilidad” o “irritabilidad” prácticamente *sine qua non*. Más allá del hecho que la mayoría de las mujeres efectivamente lo vivencien de este modo o no, estas concepciones se ven cristalizadas y reforzadas en formulaciones despectivas hacia las mujeres, o por medio de las difundidas publicidades farmacéuticas que tienen como blanco “paliar” los malestares de este periodo.

En efecto, al conversar con mis interlocutoras sobre el periodo menstrual, es habitual que expresen sorpresa (y risa) al dar cuenta de esta frecuente asociación que se da en la sociedad local entre menstruación y “mal humor”. En este sentido, el relato

²⁶² En inglés: “culture-bound syndrome”. Esta categoría remite a un conjunto de manifestaciones físicas y/o psíquicas con las racionalidades que conllevan, que se dan bajo ciertas circunstancias y en ciertos contextos culturales, pero no en otros (Bonder et al., 2020).

²⁶³ Como describe Mead en su etnografía en Samoa, los mundugumor a diferencia de los arapesh, establecían roles femeninos agresivos y hostiles.

biográfico de una médica china radicada en Canadá, Zhao Xiaolan (2008) ilustra no sólo la sorpresa de las migrantes al respecto, sino que saca a la luz una de las críticas fundamentales a la biomedicina respecto a la medicalización y patologización²⁶⁴ de determinados momentos vitales:

En Occidente, los síntomas que se identifican con el comienzo Agua Celestial²⁶⁵, como hinchazón, dismenorrea, ganas de llorar, etc., reciben el nombre de síndrome premenstrual (SPM). Nunca había oído hablar del SPM hasta que llegué a Canadá. Me sorprendí cuando me enteré de que las manifestaciones físicas y emocionales de los desequilibrios corporales habían sido etiquetadas como un síndrome y que se asociaban negativamente con el Agua Celestial. [...] Me quedó muy claro que, en Occidente, este momento tan significativo en la vida de una mujer se consideraba un estorbo y una fuente de malestar (p.67).

En el caso chino, por lo contrario, los malestares “psíquicos” no son vivenciados como algo “natural” o “esperable” de este periodo, como parecieran establecer los prejuicios misóginos volcados hacia las mujeres durante este periodo²⁶⁶. Contrariamente, en el caso de aparecer este tipo de manifestaciones, son consideradas como la expresión de una menstruación atípica y un desequilibrio profundo de las energías “阴 yīn” y “阳 yáng”. Más aún, la aparición de cualquier síntoma, psíquico o físico, es considerada como un signo de alerta. En esos casos, es necesario reforzar los cuidados, ya no preventivos sino ahora de índole terapéutica, por ejemplo, consumiendo las pastillas de “Pollo negro y Fénix blanco”, aplicando alguna dieta más estricta elaborando una receta específica (sopas a base de huevo y arroz, entre otras), o extremando los cuidados enunciados más arriba.

Como medida más drástica, y en el caso de estar en China, acuden a un servicio de “medicina china”. Cabe aclarar que si bien este saber no presenta especialidades al

²⁶⁴ En efecto, en el “Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales”, el DSM V, donde se compilan y clasifican todos los síndromes y enfermedades psiquiátricas, se incluye el “Trastorno Disfórico Premenstrual”, reservado para las presentaciones graves de esta sintomatología. Para profundizar sobre el tema, ver Agostini (2018).

²⁶⁵ Término propio de la “medicina tradicional china” para referirse a la menstruación (天癸 tiān guǐ). Si bien esta categoría figura por primera vez en el Canon del Emperador Amarillo (*Huang di Neijing*) descrito en el segundo capítulo, y se utiliza frecuentemente en manuales de “medicina china”, no fue un término nativo utilizado por mis interlocutores. El término chino utilizado para referirse a menstruación fue “月经 Yuèjīng”.

²⁶⁶ A modo de ejemplo, la siguiente nota periodística resume algunos de esos prejuicios: “¿Tienes la regla?” Las actitudes machistas que sufren las mujeres en el trabajo”. *El Confidencial*. Madrid, 12 de agosto de 2014. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-08-12/tienes-la-regla-las-actitudes-machistas-que-sufren-las-mujeres-en-el-trabajo_171242/

estilo biomédico, sí se puede subdividir en ciertas áreas de abordaje integral, destacando entre ellas el servicio de “Salud de la Mujer” (tal como pude observar en los hospitales chinos durante mi estancia en 2018). En este sentido, las interlocutoras refieren una vez más que la “medicina china” es “buena” para curar este tipo de padecimientos asociados al periodo menstrual y a la salud reproductiva, descartando en estos casos la biomedicina por suponer efectos adversos y actuar sobre los síntomas y no sobre las causas. En palabras de Xia:

“Muchas mujeres van a medicina china, porque si un mes tenés y otro mes no tenés, te falta equilibrio. Para menopausa también van a medicina china. Porque es como vos contabas en la radio²⁶⁷, si uno tiene un accidente o una urgencia, buscamos medicina occidental, cuando es crónica o es para prevenir, vamos a medicina tradicional. Pero mezclamos los dos, si uno no anda, buscamos el otro (se ríe)”²⁶⁸.

4.2.2. La menopausia

En efecto, el caso de la menopausia configura otro momento vital donde se condensan representaciones y prácticas asociadas a estos saberes, presentando ciertas distancias nuevamente de la “medicina occidental”.

Por un lado, si bien durante este periodo no se requiere ningún cuidado específico (como sí sucede con las prácticas llevadas a cabo durante el puerperio o la menstruación) existen remedios de “medicina china” indicados para el tratamiento de los síntomas que se puedan expresar en este momento. Como decía Xia²⁶⁹: *“Para menopausa también hay remedio de medicina china. Para cuando se suda mucho, que hace mucho calor²⁷⁰, tomamos 坤宝丸 Kūn bǎo Wán”*. Me explicaba que viene en sobre (ver imagen 27) y se toma con agua, dos veces al día, durante un mes más o menos: *“Yo tomé, pero depende tus síntomas. Si ya no tenés síntomas, podés dejar de tomar. Es bueno para la mujer. Yo hubo un momento que sudaba mucho, ahora ya no tengo ese problema [...] yo tomé, pero no mucho”*.

²⁶⁷ Hace referencia a una entrevista que me hicieron en un programa de radio, “Clave china” la cual le envié por whatsapp para que me diera su opinión. Disponible en: <https://radiocut.fm/audiocut/clave-china-guerra-sucia-eeuu-contrachina-acuerdo-porcino-analisis-desde-distintas-r/>

²⁶⁸ Diciembre 2019.

²⁶⁹ Xia fue la única interlocutora de mi investigación que había atravesado la menopausia ya que las demás migrantes con las que realicé trabajo de campo, rondaban los 20 y 30 años.

²⁷⁰ Refiriéndose a los “sofocones”.



Imagen 27. Izquierda, caja de “坤宝丸 Kūn bǎo Wán” (búsqueda web). Derecha, presentación en sobre donde se detalla los componentes del medicamento (foto enviada por Xia).

Xia, refería que este tipo de medicación es de difícil acceso aquí en Argentina, por lo que sólo pueden adquirirlo si algún pariente o uno mismo tiene la posibilidad de viajar a China. En el caso específico de ella, había estado el año anterior visitando a su familia, y fue a realizar una consulta médica aprovechando su estancia en Beijing. Había decidido consultar con un profesional de “medicina china” ya que estaba entrando en la menopausia y empezó a tener sofocones. En sus palabras:

Allá yo compré por médico. Te da una receta y comprás en farmacia. Tiene muchas hierbas mezclando, como 23 hierbas distintas, uno tiene 枸杞 gǒuqǐ [Bayas de Goji], esas rojas chiquitas. Pero no solamente hierbas, también hay hueso de animal, y flores, flor de crisantemo, y muchas otras que no conozco. Todo bueno para la mujer. Mucha gente toma y le hace bien. Por ejemplo, mis compañeras del colegio, las mujeres de mi familia, toman eso. Es muy común.

Por otro lado, según Zhao (2008), la menopausia no es considerada únicamente como una interrupción de la menstruación (como indica el mismo término), sino que es concebida como una “segunda primavera”²⁷¹. Esto se debe a que el flujo de “气 qì” cambia en la mujer a raíz de que, al ya no perder sangre de forma regular, su elemento “阳 yáng” se ve fortalecido. De este modo, este periodo se caracteriza no por el cese de la menstruación, sino por una “renovación de energías” (Ibíd.: 233). Por otro lado,

²⁷¹ Literalmente en chino se denomina “第二春 Dì èr chūn”, acepción utilizada de forma clásica en la “medicina china”, aunque de forma cotidiana se la llama “更年期 Gēngniánqī”

la menopausia tampoco es interpretada desde un punto de vista de desregulación o disminución hormonal, sino en todo caso, de reajuste del balance “阴 yīn - 阳 yáng”. De esta forma, la “Terapia por sustitución de hormonas” (TSH), ampliamente difundida y en muchas ocasiones recomendada por la biomedicina, es desaconsejada por la “medicina china” y de baja apropiación por parte de las mujeres chinas.

Al respecto, Xia agregaba:

Sino la otra opción es tomar hormonas, pero eso no es bueno. La gente dice que no es bueno, por eso no toma. Medicina china equilibra tu cuerpo, ayuda a volver el equilibrio al cuerpo. Son muchos años de historia, mucha experiencia, quizás difícil explicar, pero es muy bueno. (...), generación tras generación de gente ya probaron eso y saben que funciona.

Desde el punto de vista de la “medicina china”, “la TSH ofrece un alivio más rápido para estos síntomas que la medicina china. Sin embargo, la TSH no se preocupa de la causa de síntomas [...] hace creer a nuestro cuerpo que todavía está ovulando” (Ibíd.:280). En su relato biográfico, Zhao, narra la experiencia de su madre durante este periodo, quien no realizó ningún cambio específico en relación a sus hábitos alimenticios o estilo de vida. Agrega que, “como típica mujer china, no esperaba tener sofocos, sudoración nocturna, insomnio, depresión o cansancio, y tampoco los tuvo. El único síntoma destacable que acompañó su transición fue irritabilidad” (p.262).

Por último, al respecto de la medicalización de este periodo, la autora explica que:

La transición natural a la Segunda Primavera no tiene por qué acarrear síntomas dolorosos y penosos, sino otros más graduales. Esto no significa que no vaya a haber cambios, pero, al igual que mi madre, puede que algunas mujeres tengamos pocos problemas o ninguno. (...) En Occidente se ha condicionado a la mujer a asociar la menopausia con la enfermedad y con la necesidad de una intervención médica o de algún suplemento (p.263).

Sobre la aceptación y uso de la TSH por parte de las mujeres chinas, un estudio biomédico realizado en 2014 (Jin et al., 2014), expresa que para el total de la muestra (mayor a 4000), “la mayoría de las mujeres chinas pensó que los síntomas de la menopausia no deberían tratarse” (p.42). Asimismo, tenían un escaso conocimiento sobre la TSH y sólo el 2% refirió haberla utilizado para el control de los síntomas. Los

autores concluyen que “los proveedores de atención médica chinos deben asumir la responsabilidad de educar a las mujeres” (p.44). Este abordaje, refleja cómo la atención médica se ha centrado en la disminución de los niveles de estrógeno propios de este periodo, por lo que la menopausia se ha comparado con una deficiencia, similar a una deficiencia de insulina que produce diabetes (Lock & Nguyen, 2018).

Para este caso, es decir, tanto para la construcción sociocultural del padecimiento como para su medicalización, la investigación realizada por Lock (1993) sobre la menopausia en Japón es reveladora²⁷². Allí, la autora relevó que la transición a la menopausia no constituye un momento difícil para la mayoría de las mujeres entrevistadas, indicando que los significados atribuidos a esta experiencia varían entre grupos culturales, y las asociaciones negativas no son siempre unívocas. Similarmente a lo descrito más arriba sobre las mujeres chinas, “relativamente pocas mujeres japonesas buscan medicación mientras se someten a *kōnenki*²⁷³, y la mayoría de las que lo hacen prefieren medicamentos a base de hierbas” (Lock & Nguyen, 2018: 317). Como indican Lock & Nguyen (Ibíd.), “los relatos japoneses sobre el final de la menstruación suenan extraños para la mayoría de los norteamericanos y europeos y es tentador descartar estos hallazgos como una anomalía exótica” (p.317). Desde esta perspectiva, el riesgo es que “el cuerpo euroamericano blanco sigue siendo el estándar de oro contra el cual la diferencia se ve como una desviación estadística o como consecuencia de una diferencia cultural, dejando intacto el modelo médico de una menopausia universal” (ídem). Por el contrario, además de los casos de China y Japón, numerosos estudios llevados a cabo en otros países del sudeste asiático, respaldan los bajos registros de sofocos, sudores y cambios de humor (Melby, Lock & Kaufert, 2005).

Asimismo, Lock & Nguyen (2018) aportan una categoría analítica de utilidad para pensar estas diferentes formas de concebir, construir y corporizar lo que la biomedicina considera “universal”. Esta es la categoría de “biologías situadas”²⁷⁴, la cual resalta que los cuerpos humanos no son iguales en todas partes del mundo. Por el

²⁷² Asimismo, Lock & Nguyen (2018), realizan una reconstrucción histórica de la patologización y medicalización del “fin de la menstruación”, lo cual produce aún más cuestionamientos respecto a la universalización del padecimiento asociado a este momento vital.

²⁷³ Denominación japonesa del “fin de la menstruación”.

²⁷⁴ Categoría más amplia que la de “biologías locales” desarrollada por Lock (1993) a fin de sortear las críticas realizadas por ciertos sectores al término inicial por su potencial “exotismo”.

contrario, son el producto de cambios evolutivos, históricos y sociales, resultantes de interacciones incesantes entre los seres humanos, sus ambientes, y los medios sociales y políticos en los cuales viven. Este supuesto sobre la uniformidad de los cuerpos humanos, que permanece extensamente sin examinar, continúa siendo parte de la mayoría de la práctica biomédica. Asimismo, los autores apuntan al sistema biomédico, negando que sea una entidad autónoma. Así, el desarrollo e implementación de los abordajes se encuentran interrelacionados con intereses médicos, sociales y políticos que tienen consecuencias morales y prácticas. Esta categoría, entonces, se contrapone al supuesto biomédico de un “único cuerpo”, que considera al cuerpo humano, esencialmente el mismo en todas partes del globo (para lo que son los propósitos de diagnóstico y manejo de la enfermedad), y por lo tanto que puede ser normalizado en todas partes, es necesario un concepto axial para pensar esta problemática. Así, la noción de “biologías situadas” remite a una forma de pensar el cuerpo humano que implica reconocer que variables sociales, políticas, históricas y evolutivas, tanto como los comportamientos individuales, pueden producir cambios en la biología humana (pasajeros y/o de larga duración). La clave para comprender esto, radica en aceptar que la vida social y biológica son mutuamente constitutivas, y que no se las puede separar bajo una línea divisoria, conformando dos mundos paralelos. Es decir, mantener una división tajante entre el cuerpo biológico y el contexto social, lo que implicaría dejar sin examinar en estos contextos, la dicotomía naturaleza-cultura. De este modo, cae por tierra el enfoque sostenido por la biomedicina, en el que el cuerpo humano es universal y sensible a la intervención por medio de abordajes estandarizados del manejo médico y cuidado de la salud.

Así, el caso de la menopausia muestra las distancias entre dos grandes corpus de saberes que, si bien no pueden ser tomados como entidades discretas, es en estos nodos descriptos donde se observa en cierto punto lo opuestas que pueden ser las formas de concebir el cuerpo, la salud, la enfermedad, y la patologización/medicalización de un periodo o situación determinados. En el siguiente apartado, veremos otros nodos donde estos sistemas efectivamente sí se entrecruzan.

4.3. Prácticas de autoatención: negociaciones entre la biomedicina y la “medicina china”

La negociación entre los corpus de saberes propios de la biomedicina y de la “medicina china” puede vislumbrarse en distintos escenarios. Por un lado, se hace visible en los esfuerzos estatales impulsados desde el gobierno chino para sintetizar y afianzar una “tercera medicina”, como vimos en el segundo capítulo. Esta “integración” es racionalizada al afirmar que así se estarían catalizando los beneficios de cada una de estas disciplinas y contrarrestando sus defectos. Por otro lado, la negociación de estos saberes puede vislumbrarse en las formas en las que los propios actores sociales se apropian de uno y/u otro modelo de salud. En parte, estos usos y apropiaciones simultáneos (y en general, no contradictorios) se han ido detallando en los capítulos anteriores. Aquí puntualmente se hará hincapié en ciertas prácticas de autoatención, las cuales a diferencia de las desarrolladas sobre la salud de la mujer (puerperio, menstruación y menopausia), dan lugar a mayores intersecciones entre estos saberes.

4.3.1.- “F... de Farmacia”: Automedicación y tensiones intergeneracionales

Como se verá aquí, las distancias entre las nuevas generaciones de migrantes (rondando unos 20-30 años) y las de sus padres y abuelos (50-60 años en adelante) se van ampliando cada vez más, no sólo en términos de configuraciones familiares (como se verá al final de este capítulo), sino también en relación al cuidado de la salud. A diferencia del caso del “坐月子 *zuò yuè zǐ*” o del periodo menstrual, donde hubo un consenso unánime al respecto no sólo de las prácticas adecuadas durante estos momentos sino también en las formas de racionalizarlas, aquí pueden observarse claros intersticios y líneas de fuga a nivel intergeneracional.

Las siguientes situaciones de campo que relataré giran en torno a un medicamento, el “清凉油 *qīngliáng yóu*”, o “*bálsamo de tigre*”, como se conoce en español. Si bien en Mar del Plata prácticamente no se comercializa, este bálsamo, compuesto

principalmente por mentol y alcanfor, es de fácil acceso en el Barrio Chino de CABA como así en distintos supermercados de dicha ciudad.

Si bien había visto esas pequeñas latitas rojas en distintas ocasiones, generalmente junto a unos parches con imágenes de tigres similares al que se observa en la parte superior del envase del bálsamo (ver imagen 28), desconocía para qué se utilizaba o qué efectos tenía. Fue a partir de la conversación con un migrante (Diego, 50) residente en CABA²⁷⁵, que conocí un poco más sobre esta medicina. En uno de los encuentros en una cafetería que realizábamos esporádicamente en mis viajes regulares a la capital²⁷⁶, al hablar sobre diferentes temáticas relacionadas a la salud, Diego me comentó que él y su familia usaban este bálsamo. Me explicó que: *“es muy bueno para muchas cosas, picaduras, cuando duele la espalda, dolor de cabeza y para resfrío”*. Con respecto a la administración, me indicó que se aplica directamente sobre la piel en el sitio con molestia o dolor. En el caso del resfrío o congestión se esparce un poco en el pecho antes de dormir, o debajo de las narinas, y para el dolor de cabeza, se aplica con leves masajes circulares en las sienes y en el entrecejo. Fue así que luego de este encuentro, en mi siguiente visita al Barrio Chino compré uno de estos bálsamos, recibiendo una explicación por parte de la vendedora (también de origen chino) similar a la de Diego, en lo referente a sus usos y efectos. Empecé a utilizarlo como reemplazo del ibuprofeno para los dolores de cabeza, logrando remitir la molestia, aunque en un lapso de tiempo mayor al fármaco convencional. Asimismo, conversando con Xia en otra ocasión, ya en Mar del Plata, al mostrarle el bálsamo que me había comprado me dijo: *“muy bueno, cuando muerde mosquito, para dolor de cabeza también. Mi marido y yo usamos. También los parches, parecido, pero para espalda cuando duele”*. Al consultarle si también utilizaba ibuprofeno o alguna medicación similar para calmar el dolor de cabeza u otro tipo de dolores, me contestó: *“no, mejor no. 清凉油 qīngliáng yóu más suave, no sé cómo funciona, pero por el olor a hierba o algo, saca dolor de cabeza”*.

²⁷⁵ Como mencionara en la introducción, a Diego lo conocí a partir de mi inmersión en el mundo del canto chino. Tanto él como su esposa son nacidos en la provincia de Sichuan, en el suroeste del país.

²⁷⁶ Agosto 2019.



Imagen 28. Presentación usual de 清凉油 Qīngliáng yóu

Tiempo más adelante, en uno de los encuentros asiduos con dos migrantes en Mar del Plata²⁷⁷, Lisa (27 años) y Eva (33 años), en los que hacíamos clases de español (descontracturadas), surgió una situación que hizo visible los intersticios que se dan en las formas de cuidar la salud por parte de los migrantes, en este caso, según un criterio generacional. Así, repasando el abecedario, pensábamos luego de leer y escribir cada letra, algún ejemplo que conocieran que comenzara con esa letra. Al llegar a la letra “F”, Eva piensa y dice: “*F... de Farmacia*”, despertando una carcajada entre ambas jóvenes. Cabe destacar que, si bien Eva tenía dominio del idioma español a nivel oral, el de Lisa era prácticamente nulo, pudiendo decir sólo palabras elementales y aisladas. Es por esto que me sorprendió de sobremanera que conociera esta palabra. Riéndome también, le pregunté: “*¿Cómo conocés la palabra farmacia?*” Lisa no me pudo contestar, por lo que Eva respondió en su lugar: “*farmacia para comprar pastillas para dolor de cabeza... muchas, muchas pastillas*”, señala al hijo de Eva (Jimmy, de 5 años en ese momento) quien estaba jugando con una Tablet en el sillón mientras nosotras estábamos en la mesa. A lo que agregó: “*Jimmy da mucho dolor de cabeza*”, riéndose enérgicamente. A continuación les comento que yo utilizaba el bálsamo (les muestro una foto de internet) para los dolores de cabeza y que tenía muy buenos resultados, aunque un poco más lentos. Mirándome con cara de franca sorpresa me dijeron: “*¿vos usás eso?, ¿quién te lo dio?*” a la par que explotaron nuevamente de risa. Pasada la tentación y la mofa a la cual por supuesto me sumé, les contesté que me lo habían recomendado unos amigos chinos, aclarando la edad,

²⁷⁷ Septiembre 2019.

infiriendo que sería una variable importante para explicar la diferencia. Eva contestó, “*ahhh, ¡con razón!* [nuevas risas estridentes] *nosotras usamos pastilla de farmacia, más rápido, 清凉油 [Qīngliáng yóu] lo usa gente grande*”.

Este caso, me permitió vislumbrar por un lado, las diferencias generacionales al interior de la diáspora con respecto al cuidado de la salud, como ya había anticipado en mi estancia en China. En este sentido, las generaciones más jóvenes realizan una apropiación cada vez mayor de prácticas biomédicas, en parte debido a la mayor velocidad de sus efectos en comparación a la más lenta “medicina china”, acompañado del ritmo cada vez más vertiginoso de la vida tanto de los migrantes como de sus compatriotas en su tierra natal. Por otro lado, el caso de Lisa puntualmente, visibiliza la apropiación complementaria tanto de la biomedicina como de prácticas vinculadas a la “medicina china”. En efecto, al tiempo de haber realizado este encuentro, Lisa quedó embarazada de una niña. Realizó los controles en el sistema de APS de la ciudad, y posteriormente realizó el “坐月子 *zuò yuè zi*” como las demás de mis interlocutoras, siendo asistida por Eva quien se encargó de sus cuidados durante este periodo. Este caso, como el de la mayoría de mis interlocutores, visibiliza entonces la apropiación complementaria y no contradictoria de los distintos modelos de salud, reflejada en las formas que despliegan sus itinerarios terapéuticos en el contexto migratorio.

4.3.2. Estrategias complementarias en tiempos de Covid-19: integración de sistemas

Como relata Conconi (2020b), antropóloga argentina que vivió en China durante varios años, el uso del barbijo en China y en otros países de Asia, data de mucho tiempo previo a la pandemia. En efecto, es algo que pude ver con mis propios ojos tanto en Japón y en China, países donde está ampliamente difundido el uso de los barbijos tanto para días de alta contaminación, como para cuando algún individuo presenta algún síntoma gripal. En este último caso, el uso del barbijo se utiliza para prevenir contagios de terceros, sin reportar ningún beneficio concreto a la salud de quien lo porta. Es decir, se utiliza con fines preventivos, pero no hacia uno mismo, sino hacia los demás.

Por otro lado, es necesario recordar que China ya ha atravesado epidemias previas²⁷⁸ las cuales suponen múltiples aprendizajes ante este tipo de emergencias sanitarias, siendo el barbijo una vez más, una de las herramientas claves en la prevención del contagio (en este caso, propia y de terceros). En efecto, esta apropiación tan difundida en países como China, trajo aparejado al inicio de la pandemia sumo desconcierto en los migrantes a la hora de comprender por qué en Argentina y “Occidente” en general aún no se utilizaba este elemento de protección. De hecho, los migrantes fueron de los primeros miembros de la sociedad local en empezar a utilizar barbijos, despertando mofas y burlas por parte de diversos sectores, lo cual pudo verse reflejado en “memes” o videos “virales” de claro tinte discriminatorio. Si bien con el desarrollo de la pandemia en Argentina el uso del barbijo luego no fue sólo recomendado sino también obligatorio, las dudas e interpretaciones al respecto de esta práctica fueron diversas. En efecto, mientras la sociedad local interpretaba el uso del barbijo como exclusivo para personas Covid-19 positivas y lo desaconsejaban para los demás ciudadanos, los migrantes ya lo utilizaban como método preventivo de contagio²⁷⁹. Es de interés notar aquí, por un lado, cómo surge esta apropiación tan estricta y difundida de un elemento propio del sistema biomédico, tanto en China como en su diáspora, y por el otro, cómo convive esta práctica (con su concepción de corte infectológico sobre los procesos de salud y enfermedad), con otras propias de la “medicina china”.

Si bien existen ciertos antecedentes en el uso de mascarillas ya en las épocas dinásticas²⁸⁰, según explica Wei (2020) no será hasta los comienzos del siglo XX con la adopción de modelos higienistas del cuidado de la salud, que el barbijo empezará a ser utilizado ampliamente en China. En efecto, fue a partir de la llamada “peste manchuriana” (1910-1911) descrita en el capítulo 2, que el barbijo se asienta en China (junto con la irrupción de la biomedicina en el país) aunque su utilización se dio mayoritariamente entre el personal sanitario. Sin embargo, es recién en los años 2002-

²⁷⁸ La epidemia de SARS en 2003 y la de MERS en 2012, principalmente.

²⁷⁹ Xia, al volver de China en febrero y antes que se decretara el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) en Argentina, me recomendó que comprara muchos barbijos para hacer acopio, y empezara a utilizarlos lo antes posible, cuando aún se podían conseguir sin inconvenientes en el mercado.

²⁸⁰ Utilizados por miembros de la servidumbre, al momento de servir la comida al emperador durante la Dinastía Yuan (1271-1368) (Wei, 2020).

2003²⁸¹, periodo signado por una de las grandes epidemias de este milenio (SARS), cuando los ciudadanos chinos empiezan a utilizar mascarillas de forma masiva. Esta vez ya de forma cotidiana, como método de prevención y propagación de diversos contagios. Asimismo, es con el comienzo del milenio que empiezan a sentirse las consecuencias de la contaminación ambiental, empezando a ser utilizado el barbijo también como una barrera de protección para la polución.

Paralelamente, además de implementar esta práctica sanitaria de manera casi inmediata, algunos de los migrantes que viajaron a China previo a la irrupción de la pandemia del Covid-19, hicieron acopio de un medicamento de “medicina china” ampliamente difundido en la sociedad china (ver imagen 29). Como relatara Xia²⁸², este medicamento, llamado “*莲花清瘟 liánhuā qīngwēn*”: “*en China muy común, en los cajones de toda familia vas a encontrar este medicamento. Es como acá ibupirac*”. Me explicaba que este medicamento precede a la pandemia, y que se utiliza frecuentemente ante la aparición de algún síntoma gripal. Agregaba: “*hay dos tipos de gripe, una por frío, una por calor. 莲花清瘟 [Liánhuā qīngwēn] usamos para la gripe por frío. Para gripe por calor usamos otro remedio. Como Coronavirus es como una gripe por frío, tomamos esto. Dicen muy bueno para cuando es suave*”.

En efecto, como indican las noticias provistas por los medios de comunicación oficiales de China, el *Departamento de Ciencia y Tecnología de la Administración Nacional de Medicina Tradicional China*, “aseguró que la cápsula de Lianhua Qingwen en pacientes leves y moderados mejora síntomas como la fiebre, la tos y la fatiga, al mismo tiempo que es eficaz para tratar a los pacientes con COVID-19 leve y moderado”²⁸³.

²⁸¹ Es aquí cuando se reemplaza el material del barbijo, hasta ese momento de tela de algodón. A partir de ese momento, ya producidos de forma industrial y de material descartable, se garantizó su masividad y efectividad, luego de comprobar la ineficacia de los primeros ante epidemias de esta magnitud.

²⁸² Encuentro por zoom, marzo 2020.

²⁸³ En: “La Medicina Tradicional China recibe aprobación para el tratamiento del COVID-19”. *People’s Daily*. Beijing, 14 de junio de 2020. Disponible en:

<http://spanish.peopledaily.com.cn/n3/2020/0416/c92121-9680504.html>

Con respecto a la diferenciación entre “tipos de gripes”, en función de los factores patógenos de “frío” o “calor”, en otra ocasión²⁸⁴, Marco me explicaba lo mismo, pero en relación al consumo de jengibre²⁸⁵:

Nosotros en China decimos que está resfrío por frío y por calor. Cuando es por calor jengibre no, porque te da más calor. Jengibre sólo para frío. Si duele la garganta y el moco es claro, es por frío. Ahí sí es bueno jengibre. Si pica garganta y moco amarillo, es por calor. Entonces, jengibre no.

Como se puede observar, estas prácticas y concepciones del cuerpo, la enfermedad y su atención, están vinculadas a la teoría del “阴 yīn - 阳 yáng” descripta más arriba. De esta forma, el consumo de un alimento o medicación en específico, en este caso el “莲花清瘟 Liánhuā qīngwēn” o el jengibre, tienden a restablecer el equilibrio perdido a causa de la irrupción de un factor patogénico específico, el “frío”.



Imagen 29. “莲花清瘟胶囊 Liánhuā qīngwēn jiāonáng”, presentación en cápsulas (búsqueda web).

²⁸⁴ Noviembre 2019.

²⁸⁵ Si bien el jengibre es un elemento muy utilizado en la “medicina china” debido a sus múltiples beneficios, además de ser de fácil acceso tanto en China como para los migrantes aquí en Argentina, no es recomendado de manera indiferenciada. Además de la distinción realizada por Marco, Xia en reiteradas ocasiones me comentó que existe un proverbio muy difundido, el cual representa una norma a la hora de consumir el jengibre. Esta es: “上床萝卜下床姜” (Shàngchuáng luóbo xià chuáng jiāng), el cual se traduciría como: “levántate de la cama con jengibre, acuéstate con nabo”. Xia me explicaba: “jengibre a la noche no, sino no te vas a poder dormir, mejor para el día porque te da calor, energía. Y a la noche nabo porque es frío, ayuda a dormir y a ir al baño por la mañana [referido a la evacuación intestinal]”. La explicación de la “medicina china” radicaría en que el jengibre al ser de energía 阳 yáng, asociado al calor y al día, se debería consumir en horarios diurnos para acompañar el ciclo del día. Del mismo modo, el nabo, de energía 阴 yīn y vinculado al frío y a la noche, se debería consumir de modo inverso.

Por otro lado, al preguntarle a Xia si el medicamento “莲花请瘟 *Liánhuā qīngwēn* era de fácil acceso en China, me contestó: “sí, en toda farmacia, o por 阿里巴巴²⁸⁶ [*Ālǐ bābā*], por internet y te mandan a tu casa. Acá no, así que cuando volví de China traje para mi marido y para mí, para mi hijo no, no quiere tomar remedio chino. Todavía no usamos, tenemos por las dudas”. Nuevamente aquí, además de aparecer una diferencia generacional, se puede observar las modificaciones en torno a la apropiación de la “medicina china” realizada por los ciudadanos chinos. Como vimos en capítulo 2, estas modificaciones son visibles desde la búsqueda y elección de un médico a partir de la lectura de su CV por medio de un código QR, hasta la compra de medicamentos por internet. Esto muestra una vez más el carácter dinámico y en constante cambio de las formas de desarrollarse la “medicina china” y sus formas de apropiación en la actualidad.

Por último, en una conversación telefónica con Esteban²⁸⁷, me dijo que su empresa (de telecomunicaciones china radicada en Buenos Aires) había enviado dotaciones de este medicamento a sus sedes en el exterior, para utilizar en caso de contagiarse de Covid-19. Como relataba:

Aún no hizo falta que usemos por suerte, porque no hay que tomar antes, como prevención. Sólo cuando ya tenés virus. Dicen que es muy bueno. Desde la empresa mandaron muchas cajas, para acá y para otras partes del mundo [...] Este medicamento es muy conocido, en toda casa hay para gripe común, pero ahora dicen es bueno para Covid también”.

En efecto, además de las empresas chinas enviar este medicamento a sus filiales en el extranjero, el gobierno chino firmó convenios de cooperación a gran escala para su exportación a otros países. Como afirmó Yu Yanhong en marzo 2020, uno de los principales responsables de la Administración Nacional de Medicina Tradicional China: “estamos dispuestos a compartir la 'experiencia china' y la 'solución china' para el tratamiento del covid-19 y dejar que más países conozcan, entiendan y usen la medicina china”²⁸⁸. De esta forma, se realizaron convenios internacionales para

²⁸⁶ “Alibaba”, como se la conoce en inglés, es una de las compañías más importante en China, dedicada al comercio electrónico por Internet. Su contraparte para el extranjero se llama “Ali Express”.

²⁸⁷ Junio 2020.

²⁸⁸ En: “Coronavirus: cómo China está impulsando el uso de su medicina tradicional ante la pandemia (y qué se sabe de su eficacia)”. *BBC*. Londres, 30 de junio de 2020 Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53216833>

realizar exportaciones tanto a países vecinos como Singapur²⁸⁹, e incluso hasta países lejanos como Ecuador²⁹⁰.

Como vimos hasta aquí entonces, la complementariedad entre saberes médicos puede vislumbrarse una vez más, en este caso, en relación a los cuidados (auto)dispensados para la prevención y tratamiento del Covid-19. Por otro lado, lo relatado por Esteban junto a los tratados internacionales detallados, dan cuenta del carácter cada vez más globalizado y nuevamente dinámico de la “medicina china”.

4.4. Repertorios morales y reconfiguraciones de la “piedad filial”

En esta última sección, nos detendremos en una configuración que ha podido vislumbrarse transversalmente en los últimos capítulos. Esto es, el lugar protagónico que ocupa la mujer china en lo que refiere a los cuidados de los miembros de la familia, fundamentalmente el cuidado de los niños. Por ejemplo, pudimos ver que las madres fueron las que acudieron principalmente a los centros de salud para los controles de desarrollo o para el tratamiento de sus hijos, rara vez acompañadas por sus maridos. Asimismo, se advirtió una búsqueda de apoyo en otras mujeres para la realización de estas tareas. De esta forma, como se mencionó anteriormente, es frecuente que las familias chinas contraten la asistencia remunerada de “*nanas*” argentinas, o sean acompañadas por familiares cercanas. Por otro lado, son las mujeres chinas las que detentan el saber transmitido generación tras generación, generando una red de apoyo mutuo entre madres, hijas, suegras, hermanas, cuñadas, amigas, etc. Así, por ejemplo, en una de las salidas dominicales en las cuales acompañaba a Marco y su familia a un centro comercial de la ciudad²⁹¹, al hablar sobre sus prácticas de salud, nos detuvimos en el caso del “坐月子 *zuò yuè zǐ*”. Así, Marco me decía: “*es muy importante para la*

²⁸⁹ Ver: “China Focus: Chinese medicine against COVID-19 gets market entry to Singapore”. *Xinhua News*. Beijing, 8 de mayo de 2020. Disponible en: http://www.xinhuanet.com/english/2020-05/08/c_139040306.htm

²⁹⁰ Ver: “El Ministerio de Salud Pública de Ecuador aprueba e inscribe el Lianhua Qingwen como medicina natural”. *PM Farma*. México DF, 29 de abril de 2020: Disponible en: <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/16721-el-ministerio-de-salud-publica-de-ecuador-aprueba-e-inscribe-el-lianhua-qingwen-como-medicina-natural.html>

²⁹¹ Febrero 2020.

mujer hacer “坐月子 zuò yuè zi”. Cuando vos tengas hijos, Lili te va a ayudar, la mujer china sabe mucho de todo lo que hay que hacer y cómo cuidarse para que la mamá esté bien”²⁹².

Asimismo, en lo referente a la dinámica diaria dentro del hogar, como pude observar al compartir cenas familiares con los migrantes, las mujeres son las encargadas de alimentar a los niños, realizándolo en un ambiente separado del de los hombres, para luego retornar a la mesa con sus maridos. Por otro lado, dentro de las prácticas de autoatención relevadas, toman protagonismo las vinculadas a la salud femenina, como es el periodo de posparto o los cuidados durante la menstruación. Como vimos, ambos sistemas de prácticas, además de encontrarse altamente vinculados a los saberes de la “medicina china”, poseen un gran componente de transmisión intergeneracional. Es aquí, donde nuevamente toma relevancia el aprendizaje y el acompañamiento dado por otras mujeres de la familia, predominantemente la suegra o la madre.

Partiendo entonces de estas observaciones, se realizará aquí un análisis de las formas de organización familiar que se despliegan en el contexto migratorio, realizando un contrapunto con lo que sucede en la sociedad de origen. Para esto, será necesario relevar ciertos momentos históricos claves y políticas que fueron modificando estas formas de organización, dejando en claro, entonces, que se trata de un proceso dinámico y en constante modificación, y no una estructura homogénea e inalterable. De este modo, se tendrán en cuenta los flujos de imágenes, valores y criterios estéticos que se despliegan en y hacia el “país del medio”, y que inciden en estas nuevas configuraciones familiares. Como se verá luego y como se adelantó al inicio de la tesis, el acercamiento al manejo inicial del chino mandarín en la investigación permitió un conocimiento y entendimiento inicialmente imprevistos. Todo este análisis dará un acercamiento necesario para poder entender las prácticas de salud que se desarrollan en el seno familiar y los roles diferenciales en relación a los cuidados de la salud.

²⁹² En reiteradas ocasiones, ellos y otros interlocutores me preguntaron si tenía novio, cuándo me iba a casar, cuándo pensaba tener hijos, y que cuando los tuviera tenía que hacer el “坐月子 zuò yuè zǐ”. Muchas veces incluso, me sugirieron que me querían presentar algún “paisano”, porque “tenía que tener novio chino”.

4.4.1. La mujer y la familia en el idioma chino mandarín

Como adelantara en la introducción, el acceso a terminología nativa me permitió vislumbrar con mayor profundidad ciertas cuestiones relacionadas a la mentalidad, representaciones y prácticas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad (como fue el caso del “坐月子 *zuò yuè zi*” o el balance “阴 *yīn* - 阳 *yáng*”). Del mismo modo, nociones sobre el rol de la mujer en la familia y la sociedad, se fueron desplegando en el campo paulatinamente en sintonía con representaciones que forman parte del cotidiano de los migrantes fuertemente ancladas a pilares confucionales, como es la “piedad filial”: “孝 *xiào*”. De este modo, el análisis de estos aspectos del idioma mandarín se realizará a partir de las explicaciones brindadas por los migrantes, y no de desde un punto de vista estrictamente lingüístico. El objetivo entonces, será rastrear las representaciones sobre el rol de la mujer en la familia china, tomando al idioma mandarín como un disparador para identificar condensaciones de significados.

4.4.1.1. Criterios estéticos y morales asociados al caracter de “mujer”: “女 *nǚ*”

Una de las resonancias iniciales más destacables durante mi estudio del idioma, fue conocer una serie de caracteres asociados al símbolo de “mujer”,²⁹³. En primer lugar, su caracter “女 *nǚ*”, reviste un gran interés a la hora de comprender la concepción de la mujer en la familia considerada “tradicional”, ya que, como se ha podido rastrear hasta las formas más antiguas de escritura de esta palabra, en sus orígenes representaba a una mujer de rodillas (ver imagen 30).

²⁹³ Los caracteres chinos pueden ser clasificados en distintas tipologías, siendo de particular interés los llamados pictogramas y los ideogramas. Los primeros, representan por medio de una imagen una idea u objeto concreto y relativamente sencillo (imitaciones de forma). Bajo esta clasificación, se encuentra el caracter de “mujer”, “女 *nǚ*”. Los segundos, asocian elementos creando un nuevo significado producto de esa combinación. Ejemplos de ideograma son el carácter de “hombre”, “男 *Nán*”, o el de “bueno” “好 *Hǎo*”, los cuales se verán en el presente apartado.



Imagen 30. Progresión histórica del carácter “女 nǚ”

En contraposición, pueden encontrarse en el carácter de “hombre”, “男 *nán*”, compuesto por dos subcomponentes en interrelación: el carácter de “fuerza”, “力 *lì*” y el de “campo” “田 *tián*”. Al conversar con algunos migrantes sobre posibles interpretaciones de estas simbolizaciones, las inferencias realizadas fueron las siguientes. Por un lado, el hecho de que el carácter de “mujer” derive del símbolo de una mujer en rodillas, radica en un principio moral denominado “孝 *xiào*”. Como veremos más adelante, este principio confuciano implica una jerarquización de roles dentro de la malla social, debiendo la mujer rendir respeto a su marido. Por otro lado, el hecho de que el hombre fuera el “*encargado de trabajar la tierra*” mientras la mujer se encargaba de las actividades domésticas, su carácter se ve representado por la “fuerza” y el “campo”.

Como se vio al inicio del presente capítulo, esta diferenciación que podría ser interpretada como una antinomia pasividad/actividad entre otras posibles, no es azarosa, sino que responde a la polaridad inherente al universo regido por las fuerzas “阴 *yīn*” y “阳 *yáng*”. Como vimos, “阴 *yīn*” está ligado a lo femenino, al frío, la oscuridad, la humedad, la suavidad, la quietud, la luna, la tierra, entre otros. “阳 *yáng*”, por el contrario, corresponde a lo masculino, al calor, la luz, la sequedad, la dureza, el movimiento, el sol, el cielo, entre otros. De esta forma, se conforman opuestos complementarios (no comparables al dualismo cartesiano): femenino-masculino; frío-calor; oscuridad-luz; suavidad-dureza; quietud-actividad, interior-exterior, etc. El equilibrio de estas fuerzas permite la armonía en el universo, en la sociedad y en el cuerpo humano. De esta forma, la mujer estaría “naturalmente” asociada a las

características “阴 *yīn*” (quietud, suavidad, interior), y el hombre, a las y “阳 *yáng*” (actitud, dureza, exterior)²⁹⁴.

Asimismo, fue precisamente que, prestando especial atención a los caracteres chinos y a sus significados subyacentes, empecé a notar la cantidad de palabras que estaban conformadas por el pictograma de “mujer”: 女. Trabajos como el de Staiano (2016) fueron de utilidad para pensar algunos de estos, y encontrar otros ejemplos. Como veremos a continuación, además del carácter de “esposa”, listaré algunos a modo ilustrativo. En estos, es llamativa la inevitable asociación entre la presencia del pictograma de “mujer” con un significado de carga moral negativa²⁹⁵:

- “妻 *qī*”: esposa. Representado por una mujer que sostiene una escoba. Al igual que en el caso del hombre, al cual se le adjudica la “fuerza”, a la mujer se le atribuye este elemento (dando a entender una clara asociación con trabajos domésticos).
- 口+女= “如 *rú*”: la asociación de la imagen de boca, con la de mujer resulta en el verbo “obedecer”
- 女+男+女= “嫫 *nǎo*”: un hombre rodeado de mujeres significa “coquetear”
- 女+疾= “嫉 *jì*”: expresión para “envidia”, también puede significar “odio”. Aquí es de relevancia el hecho de que el pictograma “疾 *jì*” significa “enfermedad”. Por lo que podría interpretarse a la envidia como una “enfermedad de la mujer”.

²⁹⁴ En este punto, coincidimos, por un lado, con Hérítier (1996) quien establece que “lo masculino” y “lo femenino” son constructos mentales y, por el otro, con Esteban (2007) cuando afirma que la noción de género es relacional ya que permite percibir “de forma conjunta y articulada la construcción social de ‘lo masculino’ y ‘lo femenino’” (p.70). Asimismo, estas oposiciones de ninguna forma son parte de “una esencia uniforme o estática, sino que es algo que está en continua construcción y reconstrucción, por lo que las ideologías, valores y experiencias concretas de cada contexto pueden ser muy diferentes y estar en continuo cambio” (idem).

²⁹⁵ Otros vocablos que incluyen el pictograma de mujer que si bien no presentan una asociación tan estrecha entre elementos como los ejemplos mencionados, aun así, mantienen un valor negativo. Por ejemplo: “奴 *nú*”: esclavo/esclavizar; “妖 *yāo*”: demonio (sustantivo), maligno/fraudulento; seductor/encantador (adjetivos); “奸 *jiān*”: Violar/violación, traidor/traicionero, maligno/malvado; “妒 *dù*”: tener celos, envidia; “婪 *lán*”: codicia; codicioso/a; “嫌 *xián*”: suspicacia; resentimiento; “妨 *fáng*”: obstaculizar; impedir.

Por último, también puede verse una estrecha relación entre el pictograma de mujer y palabras que tienen asociados significados de gracilidad, suavidad o belleza. Por ejemplo, “姪 *Chà*”: hermoso; “妙 *Miào*”: fino, maravilloso; “姤 *Gòu*”: fino, benevolente; “姪 *Tǒu*”: hermoso, brillante; “婉 *Wǎn*”: agradable, cortés.

Más allá de estas particularidades idiomáticas que representan a la mujer en ámbitos domésticos sea con cargas morales negativas, o adjudicándole características esperables en términos estéticos y de comportamiento, hay dos caracteres en particular que tomaron relevancia en el campo y en los relatos de los migrantes. Estos son el de “bueno”, “好 *Hǎo*”, y el de “paz/tranquilidad”, “安 *Ān*”. Para entenderlos más cabalmente en su contexto simbólico, me detendré antes en la configuración familiar china y su vinculación también con el idioma nativo.

4.4.1.2. Estructuras de parentesco y su representación en el chino mandarín

A nivel idiomático, en el chino mandarín pueden encontrarse dos criterios clasificatorios en relación al parentesco, ajenos al inglés y al español (y otras lenguas romances), los cuales expresan una clara jerarquización entre los miembros de la familia. Estos son, la clasificación por edad (eje vertical) y por rama paterna o materna (eje horizontal). A medida que fui adentrándome en el campo pude ir dando cuenta de las formas y relevancia que adquieren estos sistemas clasificatorios. Del mismo modo, la profundización bibliográfica fue abriendo nuevos ángulos de análisis.

Es así que, ya en su célebre obra “*Las estructuras elementales del parentesco*”, Lévi-Strauss (1969) dedica un capítulo exclusivo al sistema de parentesco chino. Allí, el autor establece que en muchas sociedades pueden encontrarse:

varias distinciones entre mayores y menores de la misma generación (sólo reservada para la generación del sujeto); entre línea directa y línea colateral y, en el seno de esta última, entre maternos y paternos; por fin, la consideración del sexo del pariente por intermedio del cual se establece el vínculo expresado [...] La originalidad del sistema chino proviene de que, en vez de abandonar o transformar esa nomenclatura primitiva, la preservó e integró en el seno de un sistema más preciso y más complejo (p.391).

Cabe aclarar que, si bien existe en el chino mandarín el término genérico “hermano/s” (“兄弟 xiōngdì”) y “hermana/s” (“姐妹 jiěmèi”), los términos más comúnmente utilizados indican una distinción por edad entre ellos.

Parentesco	Pīnyīn	Carácter
Hermano mayor	Gēge	哥哥
Hermano menor	Dìdi	弟弟
Hermana mayor	Jiějie	姐姐
Hermana menor	Mèimei	妹妹

Por otro lado, el criterio clasificatorio que distingue entre parientes de rama paterna y materna, adquiere gran relevancia para el caso de los abuelos. A diferencia de un término genérico “abuelo” o “abuela”, en el chino mandarín son nombrados del siguiente modo:

Parentesco	Pīnyīn	Carácter
Abuelo paterno	Yéye	爷爷
Abuela paterna	Nǎinai	奶奶
Abuelo materno	Wàigōng	外公
Abuela materna	Wàipó	外婆

Es de destacar que, en los dos últimos casos, los vocablos se componen del carácter “外 wài”, el cual significa “afuera”, “exterior”, “extranjero”. De hecho, este carácter es el que se utiliza para referirse a una lengua extranjera, “外语 wàiyǔ” (语:

idioma), o país foráneo “外国 wàiguó” (国: país, nación). Por su parte, “公 gōng” y “婆 pó”, en este contexto significan “señor mayor” y “señora mayor”, respectivamente. Como veremos más adelante en diálogo con relatos del campo, esta clasificación guarda relación con ciertas características habituales en la configuración familiar china y su vida cotidiana.

Por último, existen mayor cantidad de vocablos para los parientes del lado paterno que para los del materno. Así, los tíos de la rama paterna se clasifican siguiendo ambos criterios, por generación y por linaje²⁹⁶: “伯伯 bóbo” (Tío mayor paterno), “叔叔 shūshu” (Tío menor paterno) y “姑姑 gūgu” (Tía paterna). Por el contrario, el lado materno presenta una menor diferenciación, utilizando sólo el criterio de género: “舅舅 jiùjiu” (Tío materno) y “阿姨 āyí” (Tía materna).

4.4.2. El concepto de “piedad filial” desde la perspectiva de los migrantes

A partir de estas primeras resonancias, y adentrándome cada vez más en el campo y en bibliografía especializada, pude rastrear que los conceptos de parentesco y consanguinidad se encuentran altamente influenciados por valores confucianos, como es el de “piedad filial”. Este conforma uno de los preceptos morales axiales no sólo en la teoría confuciana, sino también en la sociedad china. La piedad filial, de la que se nutren las demás virtudes confucianas (Botton Beja, 2003), establece que existen cinco relaciones primordiales, dentro de las cuales una de las partes debe respeto y obediencia a la que se encuentra en posición de superioridad. Tres de estas “Cinco Relaciones Cardinales”, “五伦 wǔ lún”, como se puede ver, están referidas a la familia:

- soberano y súbdito “君臣 jūnchén”
- padre e hijo “父子 fūzǐ”

²⁹⁶ Como explicaba Granet (1939) [en Lévi-Strauss (1969)]: “Todo pariente próximo es designado por (una palabra o) una expresión que señala el lugar que ocupa en el cuadro, es decir, la mayoría de las veces, por un binomio que evoca las dos coordenadas que determinan ese lugar: la generación (mayor o menor) y el linaje (paterno o materno)” (p.395).

- hermano mayor y menor “兄弟 *xiōngdì*”
- marido y mujer “夫妇 *fūfù*”
- amigo y amigo “朋友 *péngyǒu*”

Este principio moral y de organización social, asociado al “culto a los ancestros” (Botton Beja, 1998; Iadevito, 2005) aboga entonces por el respeto a las jerarquías, sintetizadas en las cinco relaciones detalladas. En el caso de las relaciones familiares, la piedad filial implica además de obedecer y respetar a su opuesto superior, tratarlo con amor, paciencia, bondad y proveerle de cuidados (alimentación, confort, atención y cuidados, etc.).

Nuevamente, el análisis de los pictogramas/ideogramas chinos permite ampliar la comprensión sobre estos valores y clasificaciones. En efecto, este análisis pormenorizado del lenguaje escrito del chino mandarín, es relevante no sólo como forma de dar cuenta de las cosmovisiones que encubren, sino también, y en proceso inverso, como indicio del papel sumamente importante que juega el lenguaje en la interpretación de la realidad. Así, “cada lenguaje expresaría entonces una cosmovisión particular que hace a las diferencias culturales de percibir y vivir el mundo” (Gil, 2012: 193). Más aún, desde la perspectiva confuciana, las formas en que se denominan los roles sociales y familiares (esposa, padre, hijo, rey, ministro, etc.), no conforman simplemente sustantivos. Estos, por el contrario, cumplen una función normativa al interior del grupo social, asociada al rol o status que representan. De esta forma, el lenguaje condensa denominaciones y representaciones de normas, los cuales son utilizados para regular y ordenar la realidad social. Por último, entonces, desde esta perspectiva transversal a la configuración china, el lenguaje es concebido como una fuente de moralización y socialización (Schwartz, 1985).

Veamos a continuación la noción de “piedad filial” y su forma escrita:



Imagen 31. El carácter “孝 *xiào*” (versión tradicional y simplificada)

El caracter de “piedad filial” presenta dos componentes, uno superior y uno inferior. El superior, es el radical presente en el caracter de “viejo/mayor”, “老 Lǎo”; y el inferior, “子 Zi”, es uno de los que compone la palabra hijo (varón) “儿子 Ērzi”²⁹⁷. Teniendo estos elementos en mente y la disposición en la que se encuentra (es decir el adulto por encima del niño), las formas posibles de interpretar este símbolo, siguiendo los comentarios de una interlocutora, Xia, pueden ser:

- Que el adulto brinda cuidado y protección al menor
- Que el adulto representa una figura de autoridad por sobre la del menor, o, por último,
- Que el niño está brindando sostén al mayor

Habiendo realizado esta primera aproximación a este principio moral axial de la sociedad china, tal como refieren los interlocutores y como se ha podido observar en el campo, a continuación, veremos cómo opera en su cotidianeidad.

4.4.2.1. La “piedad filial” en la vida cotidiana de los migrantes

Como explican los interlocutores, a pesar de haber habido una serie de cambios sociopolíticos y económicos relevantes que han modificado las formas tradicionales de organización familiar (con una clara tensión rural-urbano) los valores asociados a la “piedad filial” guardan un vínculo estrecho en las formas de funcionamiento y organización de la familia hoy en día. Así, la mayoría de los interlocutores explicita que, aunque “antes era así, ahora ya no tanto” o “sigue pasando en el campo, en la ciudad menos” suele operar una regla en donde la autoridad es conferida por la edad, o por ser hombre o mujer. Es así que los jóvenes deben guardar lealtad y respeto por sus mayores, ubicándose en la mayor jerarquía el hombre de la generación más anciana. A su vez, cada miembro de la familia tiene autoridad sobre una generación más joven. Del mismo modo, los hermanos menores deben rendir respeto a sus hermanos mayores.

²⁹⁷ “Hija” es “女儿 Nǚ’ér”.

Asimismo, la expresión “antes era así, ahora ya no tanto”, indica una transición de un modelo de organización “tradicional”²⁹⁸ a uno “moderno” en donde se pueden identificar una serie de eventos relevantes del último siglo. Estos son, principalmente, la “política de un solo hijo”²⁹⁹ decretada en 1979 y la mega migración de las zonas rurales a la ciudad y la urbanización de las viviendas (con mayor prevalencia de edificios de departamentos en contraposición con los hogares tradicionales multigeneracionales).

Un relato de campo que ilustra las formas en que opera el precepto moral de la “piedad filial” (al mismo tiempo que muestra cómo trasciende regionalismos y status sociales), puede ser el descripto por dos jóvenes empleados de una gran empresa china radicada en la ciudad de Buenos Aires. Ellos son, Sofía (Hangzhou) y Esteban (Guangzhou) con quienes tuve diferentes encuentros informales tanto en Buenos Aires como en Mar del Plata, como mencionara en capítulos anteriores³⁰⁰. Al describir su trabajo en esta empresa china con sede en Puerto Madero y en numerosas ciudades del planeta, se dejaba traslucir la alta movilidad que implica acceder a este tipo de puestos de trabajo en el extranjero. Al preguntarles si eran frecuentes los traslados de una ciudad a otra o si tenían capacidad de elección sobre ellos, me contestaron que no, o que ésta era mínima. Agregaron que, si ellos desean permanecer en la empresa, deben estar cinco años trabajando en el exterior, para luego sí poder volver a China, en el caso que así lo deseen. Indagando un poco más, Sofía dijo que debía y deseaba volver a China una vez finalizado ese periodo ya que era hija única y sus padres estaban solos. Esteban, por el contrario, contó que él tiene tres hermanas más por lo cual no debe cumplir con esa obligación, y a pesar de sentir cierta nostalgia, le gustaría mantener

²⁹⁸ En la literatura especializada, se considera como “tradicional” a la estructura familiar precedente a 1949, año de la Revolución China, en la cual el gobierno comunista impulsó múltiples legislaciones destinadas a modificar sus aspectos más controvertidos: abolir el vendado de pies, el concubinato – práctica en la que podía habitar otra pareja del marido, simultáneamente con la esposa-, los matrimonios preconcertados, o el pago de dote a la familia de la esposa (Botton Beja & Cornejo Bustamente, 1993; Iadevito, 2005; Botton Beja, 2007).

²⁹⁹ La flexibilización de esta práctica en 2013, también ha traído aparejados una serie de cambios y consecuentes desafíos al gobierno chino. Uno de los efectos no deseados de esta política, es que las parejas no quieran tener más de un hijo, generando a largo plazo un envejecimiento vertiginoso a nivel poblacional.

³⁰⁰ Este encuentro puntualmente sucedió en septiembre 2017, en un restaurant de sushi en Puerto Madero, a una cuadra de donde compartían un departamento.

ese estilo de vida, recorriendo el mundo y continuar con su carrera profesional en el extranjero.

En relación a este sentido de obligación del cuidado de los padres, les pregunté si tenía algo que ver con la “piedad filial”, haciendo referencia al término en mandarín, “孝xiào”, a lo cual se sorprendieron que conociera el término. Me dijeron que sí, que es una forma de respetar y cuidar a los padres cuando son mayores y ya no pueden valerse por sí mismos. Esta “virtud” basada en la filosofía confuciana, recae con mayor peso sobre las hijas mujeres o las nueras. Por el contrario, los hijos varones gozan de mayores libertades. Al relatarlo, se reían y decían que les parecía injusto, pero “*que es así*”.

Cabe aclarar que “la política de un único hijo”³⁰¹ influyó de modos diversos las formas de organización familiar (básicamente resultando en generaciones completas sin hermanos, sobrinos ni primos, y generaciones de adultos mayores con asistencia reducida por parte de su único/a hijo/a). Así, al llamarme la atención la diferencia de hermanos entre ellos, me explicaron que la zona de donde es originario Esteban, como otras donde no predomina la etnia “Hàn”³⁰², la ley no se aplicó de forma rigurosa, permitiendo tener más hijos por pareja. Me explicaban entonces que, de haber sido hijo único, probablemente Esteban debería haber regresado a cuidar de sus padres cuando fueran mayores.

Por otro lado, con respecto a la diferenciación de status entre la familia paterna y materna, Matarazzo de Benavides (2008), explica que la relación con los parientes de la rama paterna “era más importante que con los del lado materno. Cada niño debía aprender a distinguir el grado de cercanía y de distancia en sus contactos con sus parientes para tener la base del nivel de deferencia u obediencia que debía demostrarles” (p.5). Si bien es cierto que múltiples variables a lo largo del último siglo fueron presentando nuevos escenarios para esa estructura considerada “tradicional”, este tipo

³⁰¹ Medida introducida en 1979 y flexibilizada a dos hijos en 2016 con el fin de disminuir el envejecimiento poblacional actual

³⁰² Según datos oficiales, la etnia “Hàn” conforma el 92% de la población en la República Popular China y el 98% en Taiwán. En efecto, como mencioné anteriormente esta mayoría cuantitativa puede verse en la denominación nativa de “idioma chino” (haciendo referencia al “chino mandarín”), “汉语 Hàn Yǔ”, que quiere decir literalmente: “*Idioma de los Hàn*”.

de prioridad y jerarquía entre parientes, puede verse reflejado en ciertas prácticas contemporáneas. Una de la más comentada por los interlocutores de esta investigación hace referencia a cuando, en general durante grandes festividades como el Año Nuevo, la familia con la que se realiza el festejo es la paterna, y se visita a la materna recién en los días precedentes. Del mismo modo, es habitual que la herencia de una familia la reciba el hijo varón (considerando que la hija mujer será respaldada por su marido³⁰³).

Diferentes autores (Iadevito, 2005; Matarazzo de Benavides, 2008, entre otros) llegan al consenso de que la “familia tradicional china” se caracteriza por ser patrilineal, patrilocal, patriarcal y exogámica, caracterizándose por una gran desigualdad de status según género y según edad.

En cuanto a la patrilinealidad, el análisis realizado más arriba sobre la forma en la que se estructuran el lenguaje y los términos del parentesco, y los relatos de campo detallados dan cuenta de esta característica. Asimismo, la distinción entre los abuelos maternos y paternos pudo ser apreciada en el campo, en lo que respecta a la crianza de los nietos. Es así que fue sumamente habitual registrar relatos de hijos enviados a China a ser criados por sus abuelos paternos, de madres que debieron dejar sus hijos en China con los abuelos paternos, como así también, de aquellas familias que aún no los habían enviado, pero referían la decisión de hacerlo en el futuro, o comentar de manera dubitativa si los enviarían o no.

Adquiere relevancia aquí destacar la reacción de algunos profesionales de la salud dentro del ámbito sanitario, al dar cuenta de esta práctica. Lo que más llamó su atención y despertó la formulación de concepciones etnocéntricas, fue la reacción de las madres cuando comentaban haber enviado sus hijos a China o cuando se les preguntaba si los extrañaban. En general, las mujeres contestaban asistiendo con una

³⁰³ En efecto, como rasgo dominante de la configuración cultural china, se espera de forma mandatoria que los hijos no sólo se casen, sino que aseguren la descendencia de la familia. Las hijas mujeres en particular, reciben una carga familiar más aguda desde el momento en que se espera que cumplan con este mandato antes de los 25-30 años. El incumplimiento de este precepto moral y familiar, se considera como la mayor ofensa a la piedad filial. Cada vez más mujeres, sobre todo en las grandes urbes, priorizan su carrera profesional y no casarse, o hacerlo una vez asentada su trayectoria laboral. Estas mujeres suelen recibir una carga moral sumamente negativa, siendo denominadas “mujeres sobrantes” (“leftover women” “剩女 *Shèngnǚ*”). El documental “*Marriage Market Takeover*” es ilustrativo al respecto. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=irfd74z52Cw>

risa nerviosa, o con un simple “sí”, acompañado de una expresión facial que desde parámetros etnocéntricos puede ser interpretada como “fría”. Los profesionales de la salud, al presenciar estas respuestas, comentaban luego de la consulta que a las madres “pareciera no importarles” o “cómo pueden poner esa cara si su hijo está en la otra parte del planeta”. Estas expresiones no sólo denotan una interpretación de las representaciones y prácticas culturales del grupo de estudio desde los propios parámetros en relación a esta práctica en sí misma, sino también del lenguaje no verbal y la expresión de sentimientos.

Por otro lado, la representante de la delegación marplatense de la Cámara de Autoservicios y Supermercados de Residentes Chinos en la Argentina (CASRECH), me explicaba en una entrevista:

Como ellos trabajan mucho y por una cuestión también cultural, los papás jóvenes mandan a sus hijos para estudiar en China, que aprendan el idioma y los críen sus abuelos que son jóvenes también. Estamos hablando de jóvenes que tienen hijos a los 20 años. Entonces, el abuelo, con toda la experiencia cuida a los nietos, los abuelos son generalmente los paternos los que tienen a cargo los nietos, se crían todos los primos juntos, y los padres trabajan acá y mandan el dinero para mantener a sus chicos.

En efecto, estos casos de separación con los hijos los observé mayoritariamente en el campo, en aquellas familias en donde los nietos poseían a sus abuelos paternos en China, no así los maternos. En cuanto a las racionalidades desplegadas, cabe aclarar una diferenciación según el momento en el que realicé el trabajo de campo, marcado por mi conocimiento de idioma y mi mayor acercamiento a este tipo de preceptos culturales. En un primer momento, esto es, en los estadios más iniciales del trabajo de campo, muchos de los migrantes me explicaron escuetamente que, al trabajar durante jornadas muy extensas aquí en la Argentina, poco tiempo es el que resta para criar a sus hijos. Una minoría comentó que lo hacían ya que querían que sus hijos se formaran en su propio sistema cultural, que aprendieran el idioma, etc., pero ninguno de ellos nombró la mayor vinculación con los abuelos paternos como un factor en juego. Sólo una de las “nanas”, nombró por lo bajo mientras nos encontrábamos en la sala de espera en una de las “salitas” municipales, que “los hijos pertenecen a la familia paterna y por eso los envían a China con ellos”.

A la par de una mayor inmersión en el campo, las explicaciones tomaron un grado de profundización mayor. Así, del mismo modo que sucedió cuando indagué

más concretamente sobre las prácticas puerperales con su término nativo “坐月子 zuò yuè zi”, en estos casos pregunté cómo influía el “孝 xiào” en la organización familiar en la actualidad. En estos y otros casos en los cuales introduje la terminología “apropiada”, estos vocablos operaron como llaves que me permitieron acceder a universos de significación antes inaccesibles. Así, al nombrar estas categorías de forma específica, recibí en muchas ocasiones caras de sorpresa, y expresando oraciones como: “ah, vos sí qué sabés!”, “como entendés de cultura china es más fácil explicar, sino muy difícil”. Así, con respecto a los principios morales confucianos, me explicaron de manera consensuada que el hecho de enviar a los niños con la familia paterna en los casos que es posible, radica en el lugar predominante que cumple el hijo varón en la familia (y por exclusión, la mujer, un lugar secundario). El relato de Marco, es esclarecedor en este sentido: “viste el caracter 好? es una mamá con un hijo varón, por eso es ‘bueno’. En cultura china muy importante hijo varón. La nena también, pero más importante varón, porque es el que da apellido a los nietos. La mujer va a otra familia”³⁰⁴. En efecto, el caracter “好 hǎo”, traducido como “bien” o “bueno”, tiene como primer componente a la izquierda) el símbolo de “mujer”, y a su derecha, “子 Zi”, mismo componente del caracter de “piedad filial” (“孝”) y de hijo varón 儿子 Érzi”

Imagen 32. Forma escrita de “bien”, “bueno” (versión tradicional y simplificada).

Este ejemplo idiomático, nuevamente visibiliza su suma interrelación con cosmovisiones hegemónicas que priorizan la figura masculina (y así también la organización patrilineal de la familia), subalternizando el lugar de la mujer en el ámbito sociofamiliar. Xia, por su parte, me explicaba³⁰⁵: “cuando nace hijo varón toda

³⁰⁴ Si bien con no todos los interlocutores discutí aspectos lingüísticos como estos, el idioma sí surgió muchas veces como herramienta explicativa, tanto de mi parte como de la suya, para poder clarificar algunos de los aspectos conversados u observados durante el trabajo de campo.

³⁰⁵ Junio 2016.

la familia contenta [...] La política de hijo único trajo problemas, porque al tener un solo hijo, si tocaba nena era una desgracia. Muchas familias abortaron o abandonaron a sus hijas en orfanatos para poder tener un varón". En efecto, si bien la interrupción voluntaria del embarazo es legal en China desde la década de 1950 (Tien, 1987), no lo es así el "aborto selectivo", es decir, llevar a cabo esta práctica al conocer el sexo del bebé. Por esta razón, el diagnóstico prenatal del sexo se encuentra prohibido en el país asiático, como método para obstaculizar esta práctica ya que con el pasar de las décadas terminó por ocasionar un severo desbalance poblacional entre hombres y mujeres (Nie, 2010).

Por otro lado, un relato también proveniente del campo puede dar cuenta del carácter patrilocal del modelo de familia china y el rol de la mujer en ella. Así, una de las interlocutoras, Marisa (joven taiwanesa)³⁰⁶ me contó que existe una frase popular china que dice: *"hija mujer es como agua que se lleva el río"*. Esto refiere a que la mujer al casarse debe radicarse en el hogar de su esposo, junto a sus suegros. Este rasgo patrilocal hace que cobre sentido el análisis de los términos designados para los abuelos maternos descriptos más arriba, ya que los padres de la madre son los que viven "afuera" del hogar (como indica el carácter "外 wài" señalado más arriba). Me explicaba que *"esto ya no pasa tanto"*, o quizás *"aún"* en las zonas rurales.

Al respecto, Matarazzo de Benavides (2008) explica el modelo de familia tradicional que, "las hijas, al casarse, salen de la familia para ingresar a la familia del esposo" (p.4). Al convertirse en nuera, no sólo debía encargarse de su marido y la familia de éste, sino específicamente de su suegra, brindándole todos los cuidados, especialmente en la enfermedad y en la vejez, y obedeciendo en lo que se le solicitara. El divorcio era excepcional, y sólo el marido podía divorciarse de la mujer, y no de modo inverso. La mujer debía abandonar el hogar y sus hijos, permaneciendo éstos con la familia paterna. El maltrato hacia la mujer era más que frecuente y "en muchos casos las mujeres casadas se suicidaron por no poder soportar los malos tratos que sufrían; y otros, en que las mujeres murieron por esos malos tratos" (Ibíd.: 12).

En relación a esto, la interlocutora mencionada, agregó que, al ingresar a una nueva familia, la mujer debe ser poseedora de una gran *"tranquilidad"* y *"paciencia"*

³⁰⁶ Noviembre 2013.

(asociado a la noción de “安 Ān”, que veremos en detalle más abajo) para poder afrontar todas las exigencias impuestas por el marido y los suegros, hubiere maltrato o no. Relataba, asimismo, que la relación entre nuera y suegra suele ser sumamente conflictiva.

En otro contexto, realizando observación participante en la casa de Mimi³⁰⁷, joven fujianesa, me decía: “*ustedes son más inteligentes, ya saben que la suegra y la nuera se llevan mal y no las hacen vivir juntas*”. Su caso, en efecto, refleja acabadamente el vínculo representado como conflictivo entre suegra y nuera. Me contó que antes de vivir en Mar del Plata, ella y su marido vivían en una localidad del Gran Buenos Aires junto a los padres de éste. Mimi comentaba en tono airado las discusiones recurrentes que tenía con su suegra, en relación a múltiples sucesos de la vida cotidiana, por ejemplo, la comida, los cuidados de la casa y de su marido, y especialmente en relación a las niñas (Mimi es madre de dos mellizas). Caracterizaba a su suegra era muy demandante, exigente e “*hinchapelotas*”³⁰⁸ (en sus propias palabras) acompañada dicha expresión con la mímica característicamente argentina. Continuamente se refería a ella como “*la vieja*” y decía que “*ya no la soportaba más*”.

Por último, me comentó que decidió radicarse en Mar del Plata luego de haber tenido una gran discusión con su suegra (notablemente mayor a las anteriores veces), en la cual ésta le prohibía tajantemente que vacunara a sus hijas (para ese entonces menores a 1 año). La nuera no accedió a esta exigencia y le planteó a su marido “*o tu madre o yo*”. Los padres de ella vivían en la ciudad de Mar del Plata hacía ya unos años, y le habían comentado que “*había trabajo*”, por lo que decidieron radicarse allí. Es importante destacar que Mimi expresó con cierta aflicción, saber que fue un

³⁰⁷ Julio 2013.

³⁰⁸ La incorporación de este tipo de conceptos, como el de “hinchapelotas” (y muchos otros utilizados por los migrantes de manera burlona en general con amigos argentinos o clientes de confianza) muestra las consecuencias salientes de las movilidades aceleradas en la vida de las personas, como la reconfiguración de las identidades “en términos de flexibilidad, adaptabilidad y transformación instantánea” (Elliot & Urry, 2010: 7). Siguiendo a Zuzek (2004), en el caso de los migrantes chinos, “la red de dependencia mutua construida en el lugar de origen es puesta en cuestión por las condiciones materiales y sociales imperantes en el lugar de destino. Por esta razón, los migrantes se les presenta la necesidad y el desafío de establecer los cambios necesarios en su concepción de sí mismos y de su relación con otros para lograr que sus conductas referidas a otros sean comprendidas” (p.4). Asimismo, el ámbito del supermercado puede ser visto desde la perspectiva de Schrauf (2002), como un espacio de integración para el adulto migrante, en el cual poder interactuar y establecer muchas veces relaciones amigables con sus clientes. Es a partir de estos contactos (como así con proveedores y otros actores del rubro) que los migrantes “aprenden” este tipo de expresiones y las formas de aplicarlas.

momento sumamente difícil a nivel familiar y que el marido estuvo sumergido en una situación de tensión entre el amor filial y el amor por ella. Al respecto me explicaba: *“esto hubiera sido motivo de divorcio en China. Porque allá, por más que un marido y su mujer se quieran, si la nuera y la suegra se llevan mal, se divorcian”*.

Lo relatado denota que a pesar de tratarse de elementos que han sido descritos como propios de una estructura familiar “tradicional” y que han sido puestos en jaque por diversos devenires históricos y sociopolíticos, continúan ejerciendo una influencia relevante en la estructura familiar actual, ya que como refería Mimi, no podrían haber tomado esa decisión si hubieran estado viviendo en China. A la fecha, Mimi, vive con su marido y sus hijas, y son los abuelos maternos los que se encargan en variadas ocasiones de cuidarlas mientras sus padres trabajan en el supermercado.

Aquí, toma relevancia nuevamente el análisis del carácter mencionado por Marisa, “安 *Ān*”, el cual también incluye el pictograma de “mujer” y puede ser traducido como “paz”, “tranquilidad” o “seguridad”. En este ideograma, el símbolo que representa a la mujer asume otro significado cuando se le agrega el radical correspondiente a “techo”. Como puede observarse a continuación:

<p>“Mujer”: <i>Nǚ</i></p>	<p>Radical de “Techo”: <i>Mián</i></p>	<p>“Serenidad, tranquilidad, paz, seguridad”: <i>Ān</i></p>

Imagen 33: componentes y significados del carácter “安 *Ān*”

Al respecto, interpretando este carácter, Marisa me explicaba que es tan importante el rol de la mujer en el grupo familiar, que es necesario que ésta posea *“serenidad, paz y seguridad”* ante las diferentes situaciones que sucedan, recalcando

tal como lo hizo Mimi, el vínculo nuera-suegra. Del mismo modo, al convivir ambas mujeres bajo el mismo techo es importante que “*se lleven bien*”, lo que necesariamente implica que la nuera posea o desarrolle las cualidades detalladas. En una conversación informal con Marco en una salida familiar de domingo³⁰⁹, realizaba otra interpretación de este carácter, él decía: “*Ān significa paz, porque si no hay una mujer en la casa, es todo quilombo [se ríe], la mujer ordena, cuida, cocina y se encarga de los chicos, hace todo [se ríe]. Pero ahora más difícil, la mujer trabaja como hombre*”.

Por otro lado, cabe recordar que, en las últimas décadas, además de la “migración de ultramar” aquí abordada, la masiva migración rural hacia las grandes urbes del país asiático ha producido una brusca reconfiguración de la vida familiar, desplazando tanto a padres y madres a miles de kilómetros de sus hijos, quedando estos a cargo de sus abuelos (Abas et al, 2009). Del mismo modo, la cada vez más extensiva formación universitaria y el acceso a puestos corporativos de mayor jerarquía, posibilidades impensadas para las mujeres chinas en tiempos precedentes³¹⁰, configuran otra variable que puede ser leída desde la lente conceptual de la “crisis de los cuidados” (Orozco, 2006). Si bien esta categoría surge para analizar un contexto sociohistórico distinto, es de utilidad para pensar el caso chino, considerando que esta crisis “se produce por la transformación de las estructuras tradicionales en que se basaban los cuidados asentadas en el papel atribuido a las mujeres en el hogar y en el funcionamiento de redes extensas comunitarias y de parentesco” (Comas d’Argemir, 2014: 335).

Por último, retomando el caso de Mimi y su suegra, éste constituye un elocuente ejemplo de las tensiones que se dan en términos intergeneracionales, conflictos que según lo recabado también se estarían dando en China. En efecto, desde fines de los ‘70, “el país del centro” ha comenzado a atravesar de forma vertiginosa un sinfín de cambios a nivel económico, político, y por supuesto también, sociocultural. Esto ha provocado una serie de conflictos entre generaciones inmediatas, como hemos visto el caso de la relación suera-nuegra, o padres-hijos, sin precedentes en décadas anteriores. En lo que respecta al cuidado de la salud, como se describió en el segundo capítulo,

³⁰⁹ Noviembre 2019.

³¹⁰ Para profundizar sobre cómo las mujeres chinas se han estado incorporado en las últimas décadas al mercado de trabajo (cada vez más calificado), ver Du & Dong (2013).

las generaciones jóvenes son más receptoras de la “medicina occidental”, y los mayores, más reticentes (conflicto que se puede visualizar en la disputa entre Mimi y su suegra por la vacunación). Del mismo modo, también vimos los desencuentros entre generaciones que se producen en lo referente a la edad esperada para contraer matrimonio y tener hijos.

También, como se abordara en el tercer capítulo, las generaciones más jóvenes viven la forma cotidiana de un modo diferente a las generaciones de sus padres o sus abuelos, tomándose más licencias a la hora de disfrutar ciertos momentos de ocio. Un fin de semana que pasé con Lili y su prima, quien había venido de visita desde Capital Federal para conocer la ciudad y “descansar un poco”, me decía³¹¹: “nuestros padres... nuestros abuelos, pasaron mucha hambre, así que siempre trabajan... trabajan porque tienen miedo pasar hambre otra vez. Nosotros más relajados, disfrutamos un poquito, salimos, nos gusta viajar, comer rico, jugar³¹²”. Agregaban que este tipo de comportamiento no siempre es bien visto con aprobación por parte de las generaciones mayores. Lili agregaba: “cuando voy a Buenos Aires a pasear, voy a casa de Meli [su prima], a lo de mi tía no voy ni loca. Siempre trabajar, y a dormir, siempre cara culo, ¡qué miedo! [acompañando su expresión con una mueca facial de disgusto y se ríen] Con Meli jugamos, vamos a comer, tomar cosita. ¡Un día vení conmigo y jugamos las tres!”

En este sentido, además de un progreso económico acompañado de una mejora generalizada en la calidad de vida de la población china, los flujos globales acelerados de esta era han permitido el acceso a otro tipo de modelos familiares y estilos de vida que estarían provocando estos y otros conflictos intergeneracionales. Se realiza esta salvedad ya que es necesario ubicarse dentro de un amplio proceso de influencias de diversos orígenes que se está dando a escala mundial, con la transnacionalización de imaginarios, valores, modelos familiares, sentimientos, etc., proceso que no excluye los regionalismos, y que en la Argentina le da su impronta local, como los gestos de “hinchapelotas”, o los términos “la vieja” y “cara de culo”. En este sentido, los

³¹¹ Fin de semana de carnaval de 2020.

³¹² Cabe aclarar que muchos migrantes utilizan la traducción literal del verbo “玩 wán”, que es “jugar” o “divertirse” en español, aunque ninguna de las dos es la traducción correcta en este contexto. Quizás una traducción al vocablo inglés “hang out”, es más atinada. Muchas veces, por ejemplo, me han dicho: “¿cuándo vamos a jugar?”. Tomando como referencia el significado idiomático original, entonces preguntarían “¿cuándo nos vamos a juntar?”

medios de comunicación y la globalización han impulsado este tipo de modificaciones en la estructura familiar. Como explica Botton Beja (2007) en relación al caso chino la información que circula

a través de la televisión y de Internet sobre estilos de vida y maneras de pensar diferentes ha provocado un cambio de actitudes, valores, normas y conductas sobre todo entre los jóvenes, quienes en muchos casos entran en franca confrontación con los miembros mayores de la familia (p.373).

Por último, es importante recalcar que si bien la estructura patrilineal descripta sigue operando en múltiples ámbitos como pudimos observar, los movimientos feministas³¹³ han ido cobrando auge en la sociedad china (Sáiz López, 2009; Pitarch Fernández, 2010). Estos sectores cuestionan las formas de organización “tradicionales” y operan como un motor de cambio al interior de la sociedad. En este sentido, Xia me comentaba³¹⁴ que se está gestando un movimiento cada año con mayor vigor, para modificar el nombre atribuido al “Día de la Mujer”, también celebrado el 8 de marzo en el país asiático. Esto se debe a que, la denominación en chino mandarín es: “妇女节 Fùnǚ jié”. “节 Jié”, significa “festival, día festivo”, y “妇女 Fùnǚ”, es una de las posibles acepciones de “mujer”. El problema radica en que el primer carácter “妇 Fù” se considera “discriminatorio” ya que el radical de “escoba” acompaña al componente de “mujer”. De esta forma, se propone el cambio de denominación por “女性节 Nǚxìng jié”, ya que esta segunda forma no acarrea representaciones de la mujer asociada a lo doméstico, sino que posibilita un universo de significación más amplio y no sesgado por estas atribuciones.

En suma, estas disputas y tensiones en relación a los modelos familiares “de antes” que se dan tanto en el contexto migratorio como en el país de origen, muestran el carácter dinámico y situado (a la vez que atravesado por flujos globales) de las formas de organización familiar en la actualidad.

³¹³ Si bien, estos no fueron debates que surgieran entre mis interlocutoras, cabe destacar la presencia al interior de la diáspora en Argentina, el caso de “Eva Blanco”. Esta empresaria y escritora de origen chino, condensa dichas modificaciones sociohistóricas, a la vez que opera como un ejemplo y contraejemplo al interior de la diáspora. Eva, se erige como una figura pública al interior y exterior de la diáspora china en Argentina, teniendo una aparición asidua en la prensa local. Como ejemplo, se puede ver la siguiente nota publicada por *Clarín* en 2019: “Decidió llamarse Eva: la aventura de una china peronista, escritora y feminista”: https://www.clarin.com/espectaculos/fama/decidio-llamarse-eva-aventura-china-peronista-escritora-feminista_0_Tkfl9WOty.html

³¹⁴ Marzo 2019.

5. Conclusiones

El indagar sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de los migrantes chinos en el país y el encuentro con el sistema de salud local, nos ha permitido conocer no únicamente sobre estas problemáticas sino vislumbrar otras mucho más amplias. Entre ellas, la expansión global de China, las movilidades que despliegan los actores, los flujos globales que participan y posibilitan estos procesos, e incluso ciertas problemáticas relativas al campo de la Salud Pública local. Esta tesis que llega a su fin ofrece diversas claves de lectura sobre diferentes niveles de análisis sobre los que se pretende haber aportado claridad analítica y empírica.

Así, a partir de lo aprendido durante estos años con mis interlocutores, los profesionales de la salud (que me dieron acceso a sus consultorios) y los migrantes (que me abrieron las puertas no sólo de sus hogares y familias sino a saberes, historias y problemáticas apasionantes que hicieron crecer día a día mi interés y deseo por profundizar mis conocimientos en el “objeto de estudio”), puedo enumerar aquí ciertas conclusiones que atraviesan algunos ejes centrales de la Antropología, de la Antropología de la Salud, de los Estudios Migratorios, y de la Sinología. Así, además de haber contribuido en el conocimiento de un colectivo y temáticas aún poco exploradas en el país, los aportes y conclusiones de la presente tesis pueden resumirse considerando los siguientes ejes.

En primer lugar, al rastrear los itinerarios terapéuticos de los actores involucrados, aquí se pudo dar cuenta de sus diferentes modos de concebir la salud, la enfermedad y las formas de dar respuesta a ellas. Así, advertimos que los migrantes realizan una apropiación diferencial y estratégica tanto del sistema público y privado, como de la “medicina china” y la “occidental”. Si bien en el primer caso pueden leerse lógicas de corte pragmático en términos de consumo y tiempo, en el segundo caso, operan nociones ciertamente definidas entre los alcances y beneficios de cada modelo médico. Más allá de estas diferenciaciones, sin embargo, los itinerarios terapéuticos de los migrantes que circulan por estos diversos servicios (tanto en el contexto migratorio y en su país natal), se encuentran aunados por el primer nivel de atención, el de la autoatención (Menéndez, 1983). Cabe recordar que si bien muchas de estas

prácticas están vinculadas a la “medicina china”, vimos también las negociaciones que se producen en torno a la implementación de prácticas asociadas a la biomedicina. Este es el caso de algunas de las prácticas de salud llevadas a cabo durante la pandemia de Covid-19. También lo es el consumo de analgésicos de venta libre, o la disputa entre nuera y suegra descrita en torno a la vacunación de las mellizas. Estas distancias y tensiones pero también usos dialógicos, muestran una diversidad al interior de la diáspora, especialmente en términos generacionales. Asimismo, en todas estas prácticas se pudo rastrear una fuerte impronta de los saberes femeninos y su transmisión intergeneracional, como es el caso del puerperio, la menstruación y la menopausia, siendo la mujer una de las figuras más importantes en estos cuidados.

En suma, las prácticas de salud más realizadas en el contexto migratorio son las relativas al ámbito doméstico, habiendo una baja apropiación del sistema de salud local, tanto público como privado. Como se pudo observar, en general, los migrantes prefieren no acudir a los servicios de salud locales, salvo en situaciones de urgencias. Asimismo, los migrantes acuden mayoritariamente a servicios de salud pública, con una elevada apropiación de las “*salitas*”, especialmente para realizar controles del desarrollo infantil o de embarazo. Por otro lado, no suelen contar con obra social o prepaga, pero así todo, acuden al sistema de salud privado principalmente ante casos de urgencias o que requieren cierta premura, ya que los tiempos ofrecidos por el sistema público suelen ser “*muy lentos*”.

En segundo lugar, es en este aspecto donde pudimos dar cuenta de la importancia de conocer los “encuentros” pasados para poder entender más cabalmente los actuales (Faier & Rofel, 2014). En efecto, vimos que los migrantes reproducen en parte las lógicas de consumo y apropiación de los servicios de salud que llevan a cabo en su país, bajo el lema “*voy y pago*”. Esta racionalidad, es la misma que refieren los migrantes a la hora de apropiarse del sistema de salud privado, a la par de una economización del tiempo, sumamente valioso para la mayoría de ellos. Estas apropiaciones, sumadas a las lógicas de consumo y del disfrute aquí detalladas, sobre todo de las generaciones más jóvenes, también ayudan a contestar el imaginario local que ve al migrante como un sujeto de bajos recursos, o a los estudios que argumentan la presencia de una lógica austera y de ahorro.

Rescatando algunas cuestiones claves mencionadas más arriba, en suma, los migrantes realizan una apropiación estratégica de diversos sistemas, subsistemas, y modelos de cuidado de la salud. Asimismo, los casos aquí abordados cristalizan la complejidad y variabilidad de los itinerarios terapéuticos de los migrantes, los cuales no se limitan exclusivamente a uno u otro sistema de salud, sino que hay una combinación de ambos, sumada a la posibilidad siempre latente de retornar al país de origen, considerando que allí se podrá encontrar y resolver un padecimiento dado.

En tercer lugar, con respecto a esta integración dialógica y no contradictoria entre saberes, observamos que la negociación entre los corpus de saberes propios de la biomedicina y de la “medicina china” puede vislumbrarse al menos en dos planos. Por un lado, se hace visible en las formas señaladas más arriba, en las que los propios actores sociales se apropian de uno y/u otro modelo de salud. Por otro lado, la negociación de estos saberes se ve reflejada en los esfuerzos estatales impulsados desde el gobierno chino para sintetizar y afianzar una “tercera medicina”, como así en los esfuerzos para su transnacionalización y comoditización en un plano global.

En cuarto lugar, al indagar otros intersticios del campo vinculados a la “Medicina Tradicional China” en el ámbito local y dar cuenta que por allí los migrantes no circulan, colaboró a delimitar los itinerarios terapéuticos que despliegan en el contexto migratorio. También permitió visualizar los criterios de legitimación que construyen los migrantes en torno a los practicantes de dicha disciplina, basados principalmente en la edad, la formación y, sobre todo, en la experiencia. Asimismo, encontrar uno de los dos espacios descriptos, puntualmente el de la “Escuela de Medicina Tradicional China” abrió la puerta para ver formas periféricas de comoditización de “lo chino”, mostrando el carácter imprevisible de lo global. De un modo similar, el espacio de “medicinas integrativas” al interior del sistema de salud municipal permite visibilizar la diversidad interna de la biomedicina, no sólo regida por concepciones y modos de abordaje hegemónicos.

En quinto lugar, vimos que entre los migrantes y los profesionales de la salud se erigen diferentes representaciones y cosmovisiones en torno al cuerpo, la salud y la enfermedad, como así sobre las formas de buscar y concebir la atención de la salud. Así, en muchos de los casos aquí descriptos, pudo apreciarse que, aunque no pueden ser tomados como entidades discretas, hay claras distancias entre los dos grandes

corpus de saberes aquí abordados, la “medicina china” y la “medicina occidental” (como, es el caso de la patologización/medicalización de un periodo o situación determinados que en el otro modelo es visto como “normal”).

Sin embargo, más allá de esta diversidad en términos del cuidado de la salud y sus representaciones, también es necesario problematizar explicaciones exotizantes que aparecieron como recurrentes por parte de los profesionales de la salud. Esto es, argumentar que la aparición de un conflicto entre los migrantes de salud y el ámbito sanitario local se debe a “*su cultura*”. Por el contrario, el hecho de que, una vez en China, acudan prioritariamente a la “medicina occidental”, por sobre los servicios de la “medicina china” exclusivamente, echa por tierra nuevamente estas explicaciones que por medio de la exotización, explican “lo cultural” como el punto de llegada y no el de partida. Asimismo, a diferencia de este tipo de miradas que obturan cosmovisiones distintas a las propias, desde la perspectiva antropológica, el universo sociocultural del paciente no es visto como un obstáculo para lograr la “*efectividad*” de los programas y las prácticas terapéuticas (Uchôa & Vidal, 1994). Por el contrario, constituye el contexto en donde se arraigan las representaciones sobre las enfermedades, sus explicaciones y los comportamientos a llevar a cabo para dar respuesta e ellas. Desde esta mirada, “*su cultura*”, no constituye un obstáculo a ser sorteado, sino que constituye un recurso imprescindible a la hora de realizar intervenciones en materia de salud. Desde esta lógica, entonces, la tensión aquí no estaría entre medicina hegemónica versus la propia de “*su cultura*”, sino que estaría dada por cuestiones mucho más pragmáticas de lo que se suele imaginar, como es la economización del tiempo y la posibilidad de hablar el mismo idioma.

En sexto lugar, la presente investigación también permitió visibilizar algunas problemáticas relacionadas al sistema de salud local. Así, a partir del caso aquí abordado pudieron verse los modos en los que el sistema de salud local responde ante la diversidad sociocultural, como así, los problemas de aplicar modelos de atención estandarizados a todas las poblaciones por igual. Asimismo, muchas de las experiencias aquí retratadas reflejan los largos tiempos de espera y muchas veces los problemas de recursos humanos o económicos que debe afrontar el sistema de salud público. También advertimos que si bien el “modelo médico hegemónico” opera en muchos planos, los profesionales de salud despliegan formas particulares de abordar

la alteridad en el contexto clínico, desde posiciones “reacias” a esa otredad, o “condenatorias” de ciertas prácticas, hasta esfuerzos por comunicarse, como es el caso de la pediatra que utiliza el diccionario chino-español en sus consultas. Por supuesto, también se pudo visibilizar cómo opera el poder que detenta este modelo médico sobre los cuerpos y prácticas de los “otros”. Los casos de las “manchas mongólicas”, la técnica de “Guasha”, o el escaso manejo de español por parte de las familias son muestras elocuentes de ello. En este sentido, no se observó una clara política estatal que plantee ciertos lineamientos de actuación y manejo ante este tipo de casos. Así, vimos que muchas veces tanto las familias como los profesionales quedan sujetos a factores azarosos como el nivel de español del paciente, o la empatía del profesional.

Asimismo, al examinar aquí no sólo a los “otros”, sino también al “nosotros”, se pudieron relevar las problemáticas, valores, criterios y creencias presentes al interior del ámbito sanitario. En este sentido, la Antropología de la Salud, alerta sobre la importancia de concebir a los diferentes modelos médicos con componentes racionales y creenciales que deben ser analizados en la misma medida y tenidos en cuenta de forma simétrica. Concordando plenamente con Martínez Hernández (2008), el objetivo no sería entonces la aplicación de perspectivas antropológicas para clarificar problemas y situaciones clínicas específicas, sino que sería de radical importancia dar cuenta a su vez, del contexto macroestructural para comprender dichas problemáticas en su conjunto y de manera integral. Es decir, no naturalizar la práctica biomédica sino realizar un ejercicio de problematización y desnaturalización de la biomedicina, ya que este tipo de aproximación colaboraría con la “percepción que se tiene del resto de los sistemas médicos, pues introduce un criterio de simetría entre medicinas” (p.37). De otro modo, sólo se estaría contemplando una de las aristas posibles.

En este sentido, y rescatando otros aportes de la Antropología de la Salud y en base a lo observado, es necesario resaltar que los modos de abordaje de la salud y la enfermedad no deben ser pensados del mismo modo de un contexto a otro, como suele realizarse en el modelo biomédico, a partir de medidas estandarizadas (protocolos, tests, o los mencionados “screenings” del desarrollo). Por el contrario, es necesario tener en cuenta las particularidades sociales, económicas, políticas y culturales de cada contexto. De este modo, se entiende que las intervenciones provistas en un servicio de salud no deberían concebirse del mismo modo para todos y cada uno de los pacientes

que allí acuden. Lo que se evalúa, para qué se evalúa, cómo se diagnostica y con qué fin, las formas de abordar la enfermedad, malestar o padecimiento, el grado de injerencia que tiene el sujeto llamado “paciente” en todo este proceso; son todas cuestiones que deben ser problematizadas si se espera lograr intervenciones sanitarias que sean relevantes para las poblaciones involucradas. Asimismo, con lo que respecta al caso abordado, vimos que los profesionales de la salud en general, no sólo los médicos, presentan dificultades para correrse de “una visión esencialista y etnocéntrica del cuerpo y la salud, relacionada a su vez con la propia fundamentación científica de la biomedicina” (Esteban, 2008: 10). De esta forma, el ejercicio antropológico se torna fundamental en este tipo de contextos, ya que analiza la “experiencia humana considerando los contextos sociales, históricos y culturales en la que se produce” (Ibíd.). Coincidiendo con la observación de Kleinman (1980), muchos profesionales biomédicos “tienden a ser simplistas sobre la práctica clínica. Su tendencia hacia el cientificismo positivista desalienta los intentos de entender la enfermedad y el cuidado como parte del mundo social y cultural. Más aún, “su apelación al ‘sentido común’ a menudo enmascara el desconocimiento de los conceptos relevantes de las ciencias sociales y del comportamiento que deberían formar parte de la base de la ciencia y la práctica clínicas” (p.12). Al respecto de estas problematizaciones de la biomedicina, cabe aclarar que, si bien en rasgos generales estas críticas son innegables, hay cuestiones que trascienden a la biomedicina por lo que no sería razonable tomarla como un chivo expiatorio de los problemas de la Salud Pública. Asimismo, es importante recordar la heterogeneidad al interior de este modelo, como vimos por ejemplo a partir del caso de la médica con el diccionario, o el Programa de “Medicinas Integrativas”, lo que en suma hace cuestionar la formación de una imagen maniquea de este modelo médico.

En séptimo lugar y en otro plano de análisis, la presente tesis también abordó las reconfiguraciones que se dan en el contexto migratorio. Por un lado, relativas a concepciones y formas de llevar a cabo prácticas de salud transmitidas generación tras generación como es el “坐月子 *zuò yuè zǐ*”. Por otro lado, reconfiguraciones en términos de valores y criterios que involucran preceptos confucionales y la (re)organización familiar. En este sentido, rescatando el rol central que ocupa la mujer en el seno familiar en lo referente al cuidado propio y de sus integrantes, se pudo

vislumbrar cómo opera la “piedad filial” en las estructuras familiares, como así los flujos globales y migratorios que atraviesan y posibilitan estos cambios. Asimismo, a la par de lo que sucede en el contexto migratorio, estas transformaciones están acompañadas de otras más profundas que suceden en el propio país. Allí, cada vez más, surgen movimientos contestatarios a los modos considerados “tradicionales” en cuanto al lugar de la mujer en la familia, en el mercado laboral y en la sociedad en general. En sintonía, también se están produciendo otras reconfiguraciones que abonan a mayores tensiones intergeneracionales, como es el caso del uso del tiempo libre y ciertas prácticas de consumo.

En suma, estas continuas transformaciones problematizan la explicación de “lo cultural”, tan recurrente desde el sentido común para explicar aquello que no se le puede encontrar una racionalidad. De este modo, el caso aquí abordado echa por tierra la noción de “lo cultural” como un equipaje que portan los migrantes, sino que lo erige como un fenómeno mucho más complejo y dinámico. Asimismo, este análisis de los dinamismos de “lo cultural”, también permite problematizar las nociones de “medicina china” y biomedicina como entidades discretas y con límites definidos. En este sentido, a partir de poder rastrear los usos y apropiaciones de los modelos médicos en la sociedad de origen, la investigación permitió comprender a la llamada “medicina china” no como un sistema en el sentido estructural y convencional del término, sino como un proceso en continuo desarrollo (al igual que sucede con la biomedicina), y los modos en que allí operan fuerzas de poder y asimetrías.

En octavo lugar, la presente investigación también permitió visibilizar las movilidades que despliegan los migrantes y la heterogeneidad al interior de la diáspora. En conjunto, abonan a deconstruir el estereotipo más habitual del migrante chino como sinónimo de supermercadista, a la vez que reflejan los cada vez más acelerados flujos globales. Asimismo, vimos que, junto con las personas, se movilizan objetos, imágenes, valores y criterios. En este sentido, al prestar atención a los flujos globales que atraviesan al fenómeno migratorio aquí abordado, no sólo en términos de que explican que haya personas chinas en varios rincones de Argentina. Asimismo, “lo global” se refleja al menos en otros dos sentidos más. Dentro de China, a partir de la llegada de la biomedicina, bajo la necesidad de estandarización de la enseñanza, la práctica y el control burocrático de la “medicina china”. Y por fuera de sus fronteras,

“lo global” también se despliega a la par del cada vez mayor alcance de esta disciplina en países remotos (en un orden hegemónico mundial liderado por la biomedicina) no sólo a través de sus saberes sino también de sus mercancías. En este sentido, acordamos con (Tsing, 2005) en descartar una visión “homogeneizadora” que se suele adoptar respecto a la globalización.

Por último, como se mencionara anteriormente, los avances aquí realizados dejan preguntas abiertas y problemáticas a profundizar. Estos ejes que se desprenden pueden ser tomados como puntos de partida para futuras indagaciones, más aún, tratándose de problemáticas vinculadas a China, con sus continuos y acelerados cambios tanto dentro de sus fronteras como en un plano cada vez más global. Así, por ejemplo en el contexto local, el potencial (y quizás inminente) ingreso de Argentina a la Iniciativa OBOR puede generar escenarios muy distintos a los descriptos en estas páginas.

Asimismo, entre muchas otras preguntas que surgen, podrían ser ¿qué itinerarios terapéuticos construyen los migrantes en aquellos contextos donde la oferta de “medicina china” dispensada por “paisanos” es mayor?; ¿qué perciben los profesionales de la salud como necesario para desarrollar políticas públicas que favorezcan el abordaje de la diversidad cultural en contextos clínicos?; ¿qué aportes en concreto puede ofrecer la Antropología de la Salud para resolver situaciones en las cuales “lo cultural” suele ser vivido como un problema? En este sentido, la presente tesis espera brindar un insumo fundamental para acercarse al conocimiento de este grupo poblacional que suele despertar incertidumbre o muchas veces incomodidad ante lo desconocido y exótico que inviste en muchos casos a los migrantes chinos en el país. De esta forma, se espera generar un potencial aporte a la construcción de un sistema de salud más simétrico y horizontal que tome en cuenta el encuentro con la alteridad como una oportunidad desde la cual nutrirse. En efecto, el caso de China y su integración de saberes (no sólo por medio de los actores sino desde políticas de Estado), se constituye como un caso paradigmático desde el cual el sistema de salud local podría tomar como referencia a la hora de incluir los saberes de los “otros”, en general, históricamente relegados.

Por otro lado, en el contexto actual de la pandemia de Covid-19, son muchos los interrogantes que quedan pendientes para dilucidar, algunos de ellos comenzados

a abordar aquí de manera somera. Entre ellos, las estrategias de cuidado que desarrollaron los migrantes durante este periodo; cómo esta emergencia sociosanitaria afectó sus movilidades y las configuraciones familiares al estar restringidos los desplazamientos aéreos; los procesos de discriminación a los que se vieron sometidos los migrantes y otras personas asiáticas a raíz de las acusaciones del “virus chino”, y cómo fueron afrontados por los migrantes; cómo se erigió el saber biomédico en el manejo del Covid-19 en su país natal y qué lugar quedó reservado para la “medicina china” en la integración de saberes; cómo influyeron estas políticas estatales, locales y globales, en las estrategias terapéuticas de los migrantes; entre tantas otras posibles.

En suma, estas y otras preguntas sin responder pueden ser tomadas aquí como invitaciones para continuar profundizando los diversos y complejos procesos vinculados a China y su diáspora. Para ello, se requieren de esfuerzos mancomunados por parte de las Ciencias Sociales y de la Antropología en particular, para seguir reduciendo distancias entre este “otro” tan lejano y cercano a la vez: “*el chino*”.

6. Bibliografía

- ABAS, Melanie; PUNPUING, Sureeporn; JIRAPRAMUKPITAK, Tawanchai; GUEST, Philip; TANGCHONLATIP, Kanchana, LEESE, Morvene & Prince, Martin (2009). "Rural–urban migration and depression in ageing family members left behind". *British Journal of Psychiatry*, 195(1): 54–60. doi:10.1192/bjp.bp.108.056143
- ABÉLÈS, Marc (2008). *Antropología de la globalización*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- AGOSTINI, Giorgio. (2018). "Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM)". *Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4): 238-243.
- ALPIZAR CABALLERO, Lourdes Bárbara (2017) "Leyenda y realidad de la frase 'A ese no lo salva ni el médico chino'". *Humanidades Médicas*, 17(3): 604-619.
- ANDERSON, Benedict (1993). *Comunidades imaginadas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- ARCHETTI, Eduardo (2000). "Hibridación, pertenencia y localidad en la construcción de una cocina nacional". En: Carlos Altamirano (ed.). *La Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Ariel.
- ATTANÉ, Isabelle (2013) *En el país de los niños escasos. China y la crisis demográfica. De los hijos únicos a los chicos de la calle*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- BADANTA ROMERO, Bárbara (2017). *Conductas de salud en población migrante china adulta de la ciudad de Sevilla*. Tesis doctoral en Enfermería. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- BADANTA ROMERO, Bárbara; LUCCHETTI, Giancarlo; BARRIENTOS-TRIGO (2020). "Access to healthcare among Chinese immigrants living in Seville, Spain". *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.008>
- BADARÓ, Máximo (2016). "Introducción. China y las transformaciones del capitalismo contemporáneo". *Etnografías Contemporáneas*, 2: 13-22.
- BARABANTSEVA, Elena (2012). "Who are 'overseas Chinese ethnic minorities'? China's search for transnational ethnic unity". *Modern China*, (38)1: 78- 109.
- BARTOLOMÉ, Leopoldo (2000). *Los colonos de Apóstoles. Estrategias adaptativas y etnicidad en una colonia eslava en Misiones*. Posadas: Editorial Universitaria de Misiones.
- BAUBÖCK, Rainer & FAIST, Thomas (2010). *Diaspora and Transnationalism: Concepts, Theories and Methods*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

BELTRÁN ANTOLÍN, Joaquín (2015). "Fuera de China. Autoorganización de las comunidades chinas en el extranjero y transnacionalismo". *InterAsia Papers*, 48, 1-33.

BENEDICT, Ruth (1946). *El crisantemo y la espada. Patronos de la cultura japonesa*. Madrid: Alianza Editorial [3ra edición, 2016].

BOGADO BORDAZAR, Laura (2002). *Migraciones internacionales. Influencia de la Migración China en el Río de la Plata*. Tesis de maestría en Relaciones Internacionales. La Plata: UNLP.

(2012). "Los chinos de ultramar en el Siglo XXI: características de la emigración china en la Argentina". En: Moneta, Carlos & Cesarín, Sergio (eds.), *La Tentación Pragmática. China-Argentina / América Latina: Lo actual, lo próximo y lo distante*. EDUNTREF: 337-362.

_____ (2017) "Overseas Chinese migration in Mercosur. The principal movements and projections for the 21st century". En: Woertz, Eckart (ed.) *Reconfiguration of the Global South Africa and Latin America in the 'Asian Century'*. London & New York: Routledge.

BONDER, Bette; MARTIN, Laura; MIRACLE, Andrew (2002). *Culture in clinical care*. New Jersey: Slack Incorporated.

BOTTON BEJA, Flora (1998) "El culto de los ancestros en China". En: de la Garza, Mercedes (ed.) *Teoría e historia de las religiones*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras.

_____ (2003) "Mujeres, maternidad y amor materno en China tradicional". *Estudios de Asia y África*, 38(2): 345-364.

_____ (2007) "La transformación de la familia china". *Anuario Asia-Pacífico*, 1: 373-380.

BOTTON BEJA, Flora & CORNEJO BUSTAMANTE, Romer (1993). *Bajo un mismo techo: La familia tradicional en China y su crisis*, México D.F.: El Colegio de México.

BRIONES, Claudia (1998). *La Alteridad del 'Cuarto Mundo'. Una deconstrucción antropológica de la diferencia*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

BRUBAKER, Rogers (2005). "The 'diaspora' diaspora". *Ethnic and racial studies*, 28(1), 1-19.

BRUNEAU, Michel (2010). "Diasporas, transnational spaces and communities". En: Bauböck, Rainer & Faist, Thomas (eds.), *Diaspora and Transnationalism: Concepts, Theories and Methods*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

CALDUCH FARNÓS, Ramón (2017). *Hacia una formación europea de la medicina china: su incorporación en el sistema universitario español*. Tesis doctoral en Humanidades y Ciencias Sociales. Barcelona: Universitat Abat Oliba.

- CAO, Qian (2011) *Chinese immigrants to Finland: A qualitative study of housing, employment, access to health care and child care as sociological dimensions in their settlement process*. Tesis de maestría en Sociología. Helsinki: University of Helsinki.
- CATTÁNEO, Alicia; CANDAL, Leila; PIAGGIO, Laura (1999). “Antropólogos en acción. Inserción de la Antropología en el sector salud”. *Gaceta de Antropología*, 16(2).
- CHANG, Leslie (2008). *Factory Girls: From Village to City in a Changing China*. New York: Spiegel & Grau.
- CHEN, Shun Ying (1984). “Del Río Changjiang al del Plata”. *China y América Latina: un mismo destino*. Beijing: China reconstruye.
- CHEN, Ling; TANG, Lu; GUO, Shengyu; KAMINGA, Atipatsa & XU, Huilan (2019). “Primary dysmenorrhea and self-care strategies among Chinese college girls: a cross-sectional study”. *BMJ Open*. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-026813
- CHENG, Anne (2002). *Historia del Pensamiento Chino*. Barcelona: Bellaterra.
- CHU, Cordia Ming-Yeuk (1980). “Menstrual Beliefs and Practices of Chinese Women”. *Journal of the Folklore Institute*, (17)1: 38-55.
- CHU, Joyce & SUE, Stanley (2011). “Asian American mental health: What we know and what we don’t know”. *Online Readings in Psychology and Culture*, 3(1). DOI: 10.9707/2307-0919.1026
- CHRISLER, Joan (2008) “PMS as a culture-bound syndrome” En: Chrisler JC, Golden C & Rozee PD (eds.), *Lectures on psychology of women*. New York: McGraw-Hill.
- CHRISLER, Joan & CAPLAN, Paula (2002). “The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder”. *Annual Review of Sex Research*, 13: 274-306. DOI: 10.1080/10532528.2002.10559807
- COHEN, Jeffery (2004). *The Culture of Migration in Rural Oaxaca*. Austin, TX: University of Texas Press.
- COMAS D’ARGEMIR, Dolors (2014). “La crisis de los cuidados como crisis de reproducción social. Las políticas públicas más allá”. En: VV.AA. (eds.), *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- CONCONI, Alejandra (2020a). *Emisarios de la China Global. Etnografía de ejecutivos chinos de la industria del petróleo en Argentina*. Tesis de maestría en Antropología Social. Buenos Aires: IDAES, UNSAM.
- _____ (2020b). “Gripes, pandemias y disciplina. China: cómo se ordena la población más grande del mundo”. *Revista Anfibia*. Disponible en: <http://revistaanfibia.com/ensayo/china-se-ordena-la-poblacion-mas-grande-del-mundo/>

D'ANGELO, Ana (2014) “‘Al final todos terminaron viniendo como a terapia’. El yoga entre la complementariedad pragmática, el trabajo terapéutico y la reorientación del self”. *Astrolabio*, 12: 193-225.

_____ (2015). “Estilos de vida y consumo en torno al yoga: del fitness al bienestar”. En: VV.AA. (eds.), *Actas de las XI Jornadas de Sociología*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

DASHTDAR, Mehrab, DASHTDAR, Reza, DASHTDAR, Babak, & KARDI, Karima (2016). “The Concept of Wind in Traditional Chinese Medicine”. *Journal of Pharmacopuncture*, 19(40): 293-302. <https://doi.org/10.3831/KPI.2016.19.030>

DELMONTE, Romina (2013). “Migrantes chinos en la ciudad de Buenos Aires: identidad e interculturalidad. Una aproximación desde el análisis de los hábitos alimentarios en el ámbito escolar”. VV.AA. (eds.), *Actas del XIV Congreso internacional ALADAA*, Buenos Aires.

DENARDI, Luciana (2013). “Categorías morales y trayectorias de inmigrantes taiwaneses en la Ciudad de Buenos Aires. Ser chino -en sentido amplio- y ser taiwanés”. En VV.AA (eds.), *Actas de las Jornadas interdisciplinarias de jóvenes investigadores en ciencias sociales*, Buenos Aires: UNSAM.

_____ (2015). “Ser chino en Buenos Aires: historia, moralidades y cambios en la diáspora china en Argentina.” *Horizontes Antropológicos, Dossier Diásporas*, 21(43): 79-103.

_____ (2016). “Casetes, redes y banquetes. Prácticas comerciales de chinos, taiwaneses y argentinos en Buenos Aires”. *Etnografías Contemporáneas*, 2(2): 60-134.

_____ (2017). “Chinos, chinolas, argenochinos y taiwaneses: Configuraciones nacionales y actos de identificación en las diásporas China y Taiwanesa de Buenos Aires”. *Prácticas de Oficio*, 2(22): 25-36.

DESCOLA, Philippe (2005). *Más allá de naturaleza y cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____ (2011). “Más allá de la naturaleza y de la cultura”. En: Montenegro Martínez, Leonardo (ed.) *Cultura y Naturaleza*. Bogotá: Jardín Botánico de Bogotá, José Celestino Mutis.

DONG, Jingcheng (2013). “The Relationship between Traditional Chinese Medicine and Modern Medicine”. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2(13): 1-10. <https://doi.org/10.1155/2013/153148>

DU, Fenglian, & DONG, Xiao-yuan (2013). “Women’s Employment and Child Care Choices in Urban China during the Economic Transition”. *Economic Development and Cultural Change*, 62(1): 131-155. doi:10.1086/671714

EL-HAYEK, Carol; ZOU, Huachun; HUA, Bin; CHEAH, Siang; MAJUMDAR, Suman & HELLARD, Margaret (2014). *Overview of viral hepatitis treatment in China*. WHO Report. Burnet Institute.

ELIAS, Norbert (2009) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. México: Fondo de Cultura Económica.

ELLIOTT, Anthony & URRY, John (2010). *Mobile Lives*. London: Routledge

ENG MENÉNDEZ, Yrmina (2013). “Proyecto de investigación: el chino latino como identidad en construcción por más de siglo y medio. Estudio de caso del chino-cubano”. En: VV.AA. (eds.), *América Latina y El Caribe - China. Historia, Cultura y Aprendizaje del Chino*. Ciudad de México: Red Académica de América Latina y el Caribe sobre China.

_____ (2017). “Lo chino en lo cubano”. En: VV.AA. (eds.), *América Latina y El Caribe y China. Historia, cultura y aprendizaje del chino 2017*. Ciudad de México: Red Académica de América Latina y el Caribe sobre China.

ESCOBAR VEKEMAN, Cecilia Luca (2003) “Antropología médica: una visión cultural de la salud”. *Hacia La Promoción De La Salud*, 8: 51-57.

ESTEBAN, Mari Luz (2007). “Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud”. En: Esteban, Mari Luz (ed.) *Introducción a la antropología de la salud Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao: Osalde.

FAIER, Lieba y ROFEL, Lisa (2014) “Ethnographies of Encounter”. *Annual Review of Anthropology*, 43(1): 363-377. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-102313-030210>

FAIST, Thomas (2012). “Diaspora and transnationalism: What kind of dance partners?” En: Bauböck, Rainer & Faist, Thomas (eds) *Diaspora and Transnationalism: Concepts, Theories and Methods*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

FANG, Xiaoping (2012). *Barefoot Doctors and Western Medicine in China*. Woodbridge: Boydell & Brewer.

FARQUHAR, Judith (1994). *Knowing Practice. The Clinical Encounter of Chinese Medicine*. Oxford: Westview Press.

FOUCAULT, Michel (1977). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

FU, Louis (2014). “Hippocratic Medicine in China: Comparison with a 9th Century Chinese Manual on Bone Setting”. *Journal of Orthopaedics, Trauma and Rehabilitation*, 18(2): 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.jotr.2014.09.001>

GADEA MONTESINOS, Elena & ALBERT RODRIGO, María (2011). "Asociacionismo inmigrante y renegociación de las identificaciones culturales". *Política y Sociedad*, 48(1), 9-25.

GEERTZ, Clifford (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

GIDDENS, Anthony (2001). *Las Nuevas Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.

GIL, Gastón Julián (2004) “Fútbol y ritos de comensalidad. El chori como referente de identidades masculinas en la Argentina”. *Anthropológica*, 22: 7-29.

_____ (2008) “Las identidades regionales italianas en la Argentina y la reinención de la etnicidad”. *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 21(63): 299-330.

_____ (2012) *Teoría e Historia del Pensamiento Antropológico. Una introducción*. Mar del Plata: Estanislao Balder

GIUFFRÉ, Mercedes (2017) “La presencia de la inmigración china en la ciudad de Mar del Plata, Argentina”. En: VV.AA (eds.), *Actas del Congreso Nacional de ALADAA Argentina*. Lomas de Zamora: Universidad de Lomas de Zamora.

GIUSTO, Patricio Javier (2020). “China, un dilema de política exterior irresuelto para Australia”. *Colección*, 31(1): 53-68.

GOLDBERG, Alejandro (2010a). “Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona”. *Cuicuilco*, 17(49): 139-156.

_____ (2010b) “Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz. Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica”. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(5): 13-21.

_____ (2013) “Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires São Paulo”. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40): 93-106.

GOLDBERG, Alejandro; OLIVEIRA, Cassio (2013). “Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa”. *Saúde e Sociedade*, 22(2): 283-297.

GRANET, Marcel (1939). *Catégories matrimoniales et relations de proximité dans la Chine ancienne*. París: Félix Alcan.

GREEN, Gill; BRADBY, Hannah; CHAN, Anita; LEE, Maggie (2006). “We are not completely westernized: Dual medical systems and pathways to health care among Chinese migrant women in England”. *Social Science & Medicine*, 62(6): 1498-1509 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.014>

GRIFFITHS, Sian; CHUNG, Vincent; JIN, Ling Tang (2010). “Integrating Traditional Chinese Medicine: Experiences from China”. *Australasian Medical Journal*, 3(7): 385-396. 10.4066/AMJ.2010.411

GRIMSON, Alejandro (2005). *Relatos de la diferencia y la igualdad*. Buenos Aires: Eudeba. 1ra Edición: mayo de 1999.

_____ (2011). *Los límites de la cultura*. Buenos Aires: Siglo XXI

GRIMSON, Alejandro, NG, Gustavo; DENARDI, Luciana (2016) "Las organizaciones de inmigrantes chinos en Argentina". *Migración y Desarrollo*, 26 (14): 25-73.

GRUZINSKI, Serge (2007). *El pensamiento mestizo. Cultura amerindia y civilización del Renacimiento*. Barcelona: Paidós.

GUPTA, Akhil & FERGUSON, James (2008). "Más allá de la "cultura": espacio, identidad y las políticas de la diferencia". *Antípoda*, 7: 233-256.

HANSEN, Mette Halskov & PANG, Cuiming (2008). "Me and My Family: Perceptions of Individual and Collective among Young Rural Chinese". *European Journal of East Asian Studies*, 7(1): 75-99.

HARDING, Harry (1993). "The Concept of "Greater China": Themes, Variations and Reservations". *The China Quarterly*, 136: 660-686.

HÉRITIER, Françoise (1996). *Masculino/femenino: el pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.

HESKETH, Therese & WEI, Xing Zhu (1997). "Health in China: Traditional Chinese medicine: one country, two systems". *British Medical Journal*, 315(7100): 115-117 <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7100.115>

HIPGRAVE, David (2011). "Communicable disease control in China: From Mao to now". *Journal of global health*, 1(2), 224–238.

HOLROYD, Eleanor; TWINN, Sheila; YIM, Ip Wan (2005). "Exploring Chinese Women's Cultural Beliefs and Behaviours Regarding the Practice of Doing the Month". *Women & Health*, 40(3): 109-123. http://dx.doi.org/10.1300/J013v40n03_08

HSU, Elisabeth (1996). "Innovations in acumoxa: acupuncture analgesia, scalp and ear acupuncture in the People's Republic of China". *Social Science and Medicine*, 42(3):421-30. doi: 10.1016/0277-9536(95)00106-9.

IADEVITO, Paula Marina (2005) "La construcción de la identidad femenina en la sociedad maoísta (1949-1978)". En: VV.AA. (eds.), *Actas de las Terceras Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA.

IDOYAGA MOLINA, Anátilde y LUXARDO, Natalia (2005), "Medicinas no convencionales en Cáncer". *Medicina*, 65(5): 390-394.

INFORMATION OFFICE OF SHANGHAI MUNICIPALITY (2015). "Shanghai: Health Matters". Shanghai: Shanghai Century Publishing Group Co.

JACKSON, Mark (2011). *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.

JIN, Feng; TAO, MinFang; TENG, YinCheng; SHAO, HongFang; LI, ChangBing, MILLS, Edward (2014). "Knowledge and attitude towards menopause and hormone replacement therapy in Chinese women". *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 79:40–45 DOI: 10.1159/000365172

JING, JUN (2011). "From Commodity of Death to Gift of Life". En: Kleinman et al. (eds.), *Deep China: The Moral Life of the Person. What Anthropology and Psychiatry Tell Us about China Today*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press

JOHNSON, Thomas (1987). "Premenstrual syndrome as a Western culture-specific disorder". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11: 337-356.

JORDAN, Brigitte (1997), "Authoritative knowledge and its construction". En: Davis-Floyd Robbie & Sargent, Carolyn (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley: University of California Press.

KANDEL William & MASSEY, Douglas (2002). "The Culture of Mexican Migration: A Theoretical and Empirical Analysis." *Social Forces*, 80(3): 981–1004. doi:10.1353/sof.2002.0009.

KLEINMAN, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, Arthur; YAN, Yunxiang; JUN, Jing; LEE, Sing; ZHANG, Everett; PAN, Tianshu; WU, Fei; GUO, Jinhua (2011) *Deep China: The Moral Life of the Person. What Anthropology and Psychiatry Tell Us about China Today*. Berkeley; Los Angeles; London: University of California Press

LEE, Antoinette; TANG, So Kum & CHONG, Cat (2009) "A culturally sensitive study of premenstrual and menstrual symptoms among Chinese women". *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(2): 105-114 DOI: 10.1080/01674820902789241

LEI, Sean Hsiang-lin (2000). *When Chinese Medicine Encountered the State, 1928-1937*. Tesis de doctorado en Science Studies. Chicago: Universidad de Chicago.

LESLIE, Charles (1976). *Asian medical systems: a comparative study*. Berkeley & Los Angeles: University of California Press.

LEUNG, A.; BO, A.; HSIAO, H, et al. (2014). "Health literacy issues in the care of Chinese American immigrants with diabetes: a qualitative study". *BMJ Open*, 4(11): 1-12. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005294>

LÉVI-STRAUSS, Claude (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Buenos Aires: Paidós.

- LI, Deli; QIAO, Shanshan; SHI, Duozhi; Zheng Shiqi y Wang, Tengyu, Wang, Rufeng. 2016. "The Combination of Traditional Chinese Medicine with Western Medicine" *Medicinal & Aromatic Plant*, 5(6). <https://doi.org/10.4172/2167-0412.1000e179>
- LIANG, Zai & SONG, Qian (2018). "From the Culture of Migration to the Culture of Remittances: Evidence from Immigrant-Sending Communities in China". *Chinese Sociological Review*, 50(2): 163–187. doi:10.1080/21620555.2018.1426988.
- LIAO, Yuqun (2017). *Traditional Chinese Medicine: Understanding its principles and practices*. Beijing: China International Press.
- LIU, Zheng (2016). *Medicina Tradicional China. Vivir sin enfermar*. Madrid: Ediciones Oberon.
- LIU, Cha-Hsuan; MEEUWESEN, Ludwien; VAN WESEL, Floryt; INGLEBY, David (2015). "Why do ethnic Chinese in the Netherlands underutilize mental health care services? Evidence from a qualitative study". *Transcultural Psychiatry*, 52(3): 331-52.
- LIU, Jue; LIANG, Wannian, Jing, Wenzhan & Liu, Min (2019) "Countdown to 2030: eliminating hepatitis B disease, China". *Bulletin of the World Health Organization*, 97: 230-238. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.219469>
- LOCK, Margaret (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press,
- LOCK, Margaret & NGUYEN, Vinh-Kim (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. New Jersey: Wiley-Blackwell-John Wiley and Sons Publications.
- LUI, Liza; SO, Winnie & FONG, Daniel (2008) "Knowledge and attitudes regarding pain management among nurses in Hong Kong medical units". *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2014–2021. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02183.x
- MA, Grace Xuequin (1999) "Between two worlds: the use of tradicional and Western health services by Chinese immigrants". *Journal of Community Health*, 24(6): 421-437. DOI: 10.1023/a:1018742505785
- MACDONALD, Alexander (2017). "Relationship of Modern and Traditional Schools of Chinese Medicine: Need it Remain Hostile?". *International Journal of Complementary & Alternative Medicine*, 7(2): 00220. DOI:10.15406/IJCAM.2017.07.00220
- MARCUS, George (2001). "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal". *Alteridades*, 11(22): 111-127.
- MARRONI, María de Gloria (2006). "Migrantes mexicanas en los escenarios familiares de las comunidades de origen: amor, desamor y dolor". *Estudios Sociológicos*, 24(3), 667-699.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

MEAD, Margaret (1935). *Sexo y Temperamento en tres sociedades primitivas*. Buenos Aires: Paidós.

MEI, Yu; XIU, Zhu; JIN, Li et al. (1996). "Perimenstrual symptoms among Chinese women in an urban area of China". *Health Care for Women International*, 17:2, 161-172, Doi: 10.1080/07399339609516230

MELBY, Melissa, LOCK, Margaret & KAUFERT, Patricia (2005). "Culture and symptom reporting at menopause". *Human Reproduction Update*, 11(5): 495–512. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmi018>

MENÉNDEZ, Eduardo (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México D.F.: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata.

_____ (1988) "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". En: VV.AA. (eds.), *Actas de las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires. Pág. 451-464.

_____ (1990). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Alianza Editorial Mexicana.

_____ (2001). "Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes". *Cuadernos de Antropología Social*, 21: 9-51.

_____ (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1): 185-207. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.

_____ (2008). "Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades". *Región y Sociedad*, 20(2): 5-50. <https://doi.org/10.22198/rys.2008.2.a526>

MERA, Carolina (2003) "La inmigración coreana en Buenos Aires. Historia y actualidad". En: VV.AA. (eds.), *Actas del XI Congreso Internacional de ALADAA*. Colegio de México, México DF.

_____ (2011). "El concepto de diáspora en los estudios migratorios: reflexiones sobre el caso de las comunidades y movilidades coreanas en el mundo actual". *Revista Historia*, 12: 43-56.

_____ (2016). "Migración coreana y China en Argentina, 1960-2000". En: (Organización Internacional para las Migraciones) *Los inmigrantes en la construcción de la Argentina*. Buenos Aires: OIM, Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto.

MORENO GARCÍA, Julia (2018). *China Contemporánea: 1916-2017*. Madrid: Ediciones Istmo.

MORRIS, Andrew (2004). "Taiwan's History. An Introduction". *The Minor Arts of Daily Life: Popular Culture in Taiwan*, 1: 3-31.

NAKANO, Tatsunori; LU, Ling; HE, Yunshao; FU, Yongshui; ROBERTSON, Betty & PYBUS, Oliver (2006). "Population genetic history of hepatitis C virus 1b infection

in China”. *The Journal of general virology*, 87(1): 73-82. DOI: 10.1099/vir.0.81360-0

NG, Gustavo (2017). *Mariposa de Otoño*. Buenos Aires: El Bien Del Sauce Edita.

NG, Gustavo & RESTIVO, Néstor (2018). “Comunidad china: vivir en Argentina. Una aproximación a la experiencia de los inmigrantes chinos”. *Revista de REDCAEM*.

NIE, Jing Bao (2010). “Limits of state intervention in sex-selective abortion: the case of China”. *Culture, Health & Sexuality*, 12(2), 205–219. doi:10.1080/13691050903108431

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1

_____ (2008). “China’s village doctors take great strides”. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(12): 909-988. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/86/12/08-021208/en/>

_____ (2017). *Global hepatitis report, 2017*. Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>

OROZCO, Amaia (2006). “Amenaza tormenta: La crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. *Revista de Economía Crítica*, 5: 7-37.

OSORIO RAMÍREZ, Amantina (2012). “Migraciones internacionales: nuevos desafíos para la cohesión social. El caso de los exyugoslavos en Quebec”. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 26(43): 86-104.

OVIEDO, Eduardo (2017). “Introducción a la Migración China en Argentina”. *JSapiens*, 1(1): 1-41.

OXFELD, Ellen (2020). “The Moral Registers of Banqueting in Contemporary China”. *Journal of Current Chinese Affairs*, 48(3): 322–339. <https://doi.org/10.1177/1868102620904251>

PALMA, Patricia (2017) “Sanadores inesperados: medicina china en la era de migración global (Lima y California, 1850-1930)”. *História, Ciências, Saúde*, (25)1: 13-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000100002>

PALMA, Patricia & RAGAS, José (2018). “Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880-1910”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1): 159-190.

PUERTA, José Luis (2009). “El Canon de Medicina Interna del Emperador Amarillo”. *Ars medica. Revista de Humanidades*, 8(1): 100-106.

PUN, Ngai (2005). *Made in China: Women Factory Workers in a Global Workplace*. Durham, NC: Duke University Press.

- PRATT, Mary Louise (1992). *Imperial Eyes. Travel Writing and Transculturation*. Londres: Routledge.
- PITARCH FERNÁNDEZ, Pau (2010). “Mujeres en Asia Oriental”. *Revista de dones i textualitat*, 16: 9-12.
- RAMÍREZ HITTA, Susana (2009). “La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí”. *Salud Colectiva*, 5(1): 63-85. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.231>
- RAVEN, Joanna; CHEN, Qiyan; TOLHURST, Rachel; GARNER, Paul (2007). “Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study”. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 7(8): 1-11. doi:10.1186/1471-2393-7-8
- REDFIELD, Robert (1942). "La Sociedad Folk" (tr. Gregorio Rosas Herrera). *Revista Mexicana de Sociología*, 4(4): 13-41.
- REID, Daniel (1999). *Medicina Tradicional China. Una introducción a los aspectos fundamentales de este antiguo conocimiento*. Barcelona: Urano.
- RIBAS DA COSTA, Maria Antonieta (2013). *Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários*. Tesis de maestría en Enfermería Comunitaria. Coimbra: Escola superior de enfermagem de Coimbra, Universidade de Coimbra.
- RIVERO SIERRA, Fulvio (2018). “Territorios migratorios”. *Revista Temas de Antropología y Migración*, 10: 58–64.
- ROFEL, Lisa (2007). *Desiring China: Experiments in Neoliberalism, Sexuality, and Public Culture*. Durham, NC: Duke University Press.
- ROSE, Nikolas (2007). *The Politics of Life Itself*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- RUNFENG, Li, YUNLONG, Hou, JICHENG, Huang, et al. (2020). “Lianhuaqingwen exerts anti-viral and anti-inflammatory activity against novel coronavirus (SARS-CoV-2)”. *Pharmacological Research*, 156: 104761. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2020.104761>
- SÁIZ LÓPEZ, Amelia (2001). *Utopía y género. Las mujeres chinas en el siglo XX*. Barcelona: Ediciones Bellaterra
- SARTORI, María Florencia (2019) “Él es chino; yo soy castellana: identidad lingüística en una escuela de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. *Lengua y migración*, 11(1): 31-50.
- SASSONE, Susana & MERA, Carolina (2007). “Barrios de migrantes en Buenos Aires: Identidad, cultura y cohesión socioterritorial”. En: VV.AA. (eds.), *Actas del V Congreso Europeo CEISAL de Latinoamericanistas*. Bruselas: CEISAL.
- SCHEID, Volker (2002). *Chinese Medicine in Contemporary China. Plurality and Synthesis*. Durham & London: Duke University Press.

- SCHNELL, James (1989). "The Merging of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine in China: Old Ideas Cross-Culturally Communicated Through New Perspectives". *Explorations in Ethnic Studies*, 12(1): 41-45.
- SCHRAUF, Robert (2002). "Comparing cultures within-subjects. A cognitive account of acculturation as a framework for cross-cultural study". *Anthropological Theory*, 2(1): 98-115.
- SCHWARTZ, Benjamin (1985). *The World of Thought in Ancient China*. Cambridge, Mass, and London: Belknap Press of Harvard University Press,
- SEPPILLI, Tullio (2000). "De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud" En: Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- SHELLER, Mimi & URRY, John (2018). "Mobilizing the new mobilities paradigm". *Applied Mobilities*, 1(1): 10-25. DOI: 10.1080/23800127.2016.1151216
- SHI, Weixuan, & QU, Pengying (2018). "Analysis of cultural conflict in the Gua Sha treatment based on intercultural communication". *Research Journal of English Language and Literature (RJELAL)*, 6(3): 158-163.
- SI, Lei & JIANG, Qi-Cheng (2015). "Challenges to the Chinese Health Insurance System: Users' and Service Providers' Perspectives". *Chinese Medical Journal*, 128(5): 571–573. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.151641>
- SIMON, M., TOM, L.; LEUNG, I. et al (2018) "Chinese Immigrant Women's Attitudes and Beliefs About Family Involvement in Women's Health and Healthcare: A Qualitative Study in Chicago's Chinatown". *Health Equity Volume*, 2(1): 182-192.
- SPENCER, Michael & CHEN, Juan. (2004). "Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans". *American Journal of Public Health*, 94(5): 809–814.
- STAIANO, Maria Francesca (2016). "La condición de la mujer en la China de hoy: entre tradiciones y desafíos". En: VV.AA. (eds.), *Anuario de Relaciones Internacionales*. La Plata: Instituto de Relaciones Internacionales, UNLP.
- STOLCKE, Verena (2011). "¿Naturaleza o cultura? Un debate necesario". *Quaderns*, 27: 5-10.
- SU, Jing Jing; LINDELL, Deborah (2016). "Promoting the menstrual health of adolescent girls in China". *Nursing and Health Sciences*, 18: 481–487. doi: 10.1111/nhs.12295
- TAN, Xiaodong; LIU Xiangxiang y SHAO, Haiyan (2017). "Healthy China 2030: A Vision for Health Care". *Elsevier*, 12: 112-114. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.04.001>
- TAYLOR, Kim (2011). *Chinese Medicine in Early Communist China, 1945-1963: A Medicine of Revolution*. Cambridge: Needham Research Institute Series.

- TIEN, Yuan (1987). "Abortion in China: Incidence and Implications". *Modern China*, 13(4): 441–468. doi:10.1177/009770048701300403
- TRAPAGA, Iban (2018). "La Comunidad, una revisión al concepto antropológico". *Revista de Antropología y Sociología: Virajes*, 20(2): 161-182. DOI: 10.17151/rasv.2018.20.2.9
- TREJOS, Bernardo & CHIANG, Nora (2012). "Young Taiwanese immigration to Argentina: the challenges of adaptation, self identity and returning". *International Journal of Asia-Pacific Studies*, 8(2): 113-143.
- TSING, Anne (2005). *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton, NJ: Princeton University.
- UCHÔA, Elizabeth & VIDAL, Jean Michel (1994). "Antropología medica: Elementos Conceituais e Metodologicos para uma abordagem da Saúde e da Doença". *Cadernos de Saude Publica*. Río de Janeiro, 10(4): 497-504.
- UNSCHULD, Paul (2003). *Huang Di nei jing su wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*. Berkeley: University of California Press
- VAN DIJK, Rob (1998). "Culture as excuse: The failure of health care to migrants in the Netherlands". En: Van der Geest & Rienks (eds.). *The art of medical anthropology*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- VILLARREAL VILLAMAR, María del Carmen (2018). "La política migratoria argentina hoy. Entrevista con Lucila Nejamkis". *REBELA, Revista Brasileira de Estudos Latinoamericanos*, 8(2), 371-377.
- WAI, Jia Tam; WEI, Leong Goh; CHUA, Jeffrey & LEGIDO-QUIGLEY, Helena (2017). "健康是本钱 - Health is my capital: a qualitative study of access to healthcare by Chinese migrants in Singapore" . *International Journal for Equity in Health*. 16(102): 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0567-1>
- WANG, Hong-zen (2011). "Immigration Trends and Policy Changes in Taiwan". *Asian and Pacific Migration Journal*, 20(2): 169-194.
- WANG, Huai; MEN, Peixuan; XIAO, Yufeng; GAO, Pei; MIN, Lv; YUAN, Qianli; CHEN, Weixin; BAI, Shuang, & WU, Jiang (2019). "Hepatitis B infection in the general population of China: a systematic review and meta-analysis". *BMC infectious diseases*, 19(1): 811. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4428-y>
- WANG, Jianjun & YUE, Jian-Ying (2014). "An Analysis of the Treatment and Pushing Hands from the Perspective of Intercultural Communication". *Theory and Practice in Language Studies*, 4(2): 327–331. <https://doi.org/10.4304/tpls.4.2.327-331>
- WEI, Chunjuan (2013). "Barefoot Doctors: The Legacy of Chairman Mao's Health Care". En: Wei, Chunjuan & Brock, Darryl (eds.), *Mr. Science and Chairman Mao's Cultural Revolution*. Lanham: Lexington Books.

- WEI, Huan (2020). "A Brief History of Face Masks in China". *Sixth Tone*. Shanghai United Media Group. Shanghai: China.
- WEINAR, Agnieszka (2012). "Instrumentalising diasporas for development: International and European policy discourses". En: Bauböck, Rainer & Faist, Thomas (eds.), *Diaspora and Transnationalism: Concepts, Theories and Methods*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- WISEMAN, Nigel & FENG, YE (2000). *A Practical Dictionary of Chinese Medicine*. Brookline: Paradigm Publications.
- XIAO, Xiaoming; LI, Zhenguó; SHAO, Dong; ZHU, Qing (2006). *Fujian. Mountain and Maritime Cultures*. Beijing: Foreign Languages Press.
- XU, Sanchun y HU, Danian (2017). "Barefoot Doctors and the "Health Care Revolution" in Rural China: A Study Centered on Shandong Province". *Endeavour*, 41(3):136-145. <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2017.06.004>
- YAN, Ho-Don & CHEN, Chyong (2014). "Burgeoning Chinese postpartum nursing enterprises and birth tourism. The perspective from transaction cost entrepreneurship". *World Review of Entrepreneurship Management and Sustainable Development*, 10(4): 502-518. <https://doi.org/10.1504/WREMSD.2014.064945>
- YUE, Jian-ying (2016). "A Chinese Cultural Interpretation of the Film. The Guasha Treatment". *US-China Foreign Language*, 14(11): 804–807. <https://doi.org/10.17265/1539-8080/2016.11.009>
- YUE M.; HUANG, M. (2017). "Current epidemiology, prevention and treatment of Hepatitis B in China". *Infectious Diseases & Tropical Medicine*. 3(3).
- ZHAN, Mei (2009). *Other-wordly. Making Chinese Medicine through Transnational Frames*. Durham: Duke University Press
- ZHANG Tuo (2007) "Inmigrantes chinos en Argentina, una comunidad joven, dinámica y amante de una convivencia armoniosa". *Revista de la COPPPAL*, 7.
- ZHAO, Xiaolan (2010). *Medicina Tradicional China para la mujer*. Barcelona: Urano.
- ZUZEK, Cristina (2004). *Identidad y aculturación: el caso de los inmigrantes taiwaneses jóvenes. Informe de Proyecto*. Buenos Aires: IDICSO Instituto de Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Salvador.

Notas periodísticas

* “Los chinos de acá”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 08 de mayo de 2005. Publicado en el sitio oficial de la Embajada de la República Popular China en Argentina. [<http://ar2.mofcom.gov.cn/article/bilateralvisits/200505/20050500086780.shtml>].

Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “La comunidad china en el país se duplicó en los últimos 5 años”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 27 de septiembre de 2010 [https://www.clarin.com/sociedad/comunidad-china-duplico-ultimos-anos_0_SyfgY52TDQe.html].

Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “China in Argentina: A Belated Debut”. *America's Quarterly*. Nueva York, 16 de noviembre de 2011 [<http://www.americasquarterly.org/taxonomy/term/2490>]

* “Postnatal care centers' popularity booms”. *China Daily*. Beijing, 26 de febrero de 2013 [https://www.chinadaily.com.cn/china/2013-02/26/content_16258718.htm].

Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “Argenchina”. *Diario La Nación*. Buenos Aires, 28 de julio de 2013 [<https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/argenchina-nid1604560/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “¿Tienes la regla?” Las actitudes machistas que sufren las mujeres en el trabajo”. *El Confidencial*. Madrid, 12 de agosto de 2014 [https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-08-12/tienes-la-regla-las-actitudes-machistas-que-sufren-las-mujeres-en-el-trabajo_171242/]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “One Belt and One Road Strategy: Opportunities for International Communication of Traditional Chinese Medical Culture”. *China Daily*. Beijing, 28 de enero de 2015 [http://www.chinadaily.com.cn/culture/2015-01/28/content_19430421.htm]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “A Tradition for New Mothers in China, Now \$27,000 a Month”. *NY Times*. New York, 2 de febrero de 2015 [https://www.nytimes.com/2015/10/02/business/international/china-confinement-care-for-new-mothers-now-27000-a-month.html?_r]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

- * “Chinos residentes en Argentina cuentan la ‘historia china’ a universitarios argentinos” [Traducción propia, artículo original en chino mandarín: “旅阿华人向阿根廷大学生讲述 ‘中国人的故事’”]. *Red China Argentina*. Buenos Aires, 30 de septiembre de 2016 [<https://www.argchina.com/html/show-3313.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Celebrado por una multitud, nació el Gallo en Buenos Aires”. *DangDai*. Buenos Aires, 6 de febrero de 2017 [<https://dangdai.com.ar/2017/02/06/celebrado-por-una-multitud-nacio-el-gallo-en-buenos-aires/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Detienen al conductor que atropelló y mató a un nene en el barrio Fray Luis Beltrán”. *Diario La Capital*. Mar del Plata, 12 de febrero de 2017 [<https://www.lacapitalmdp.com/detienen-al-conductor-que-atropello-y-mato-a-un-nene-en-el-barrio-fray-luis-beltran/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Medicina natural y tradicional se extiende para aliviar dolencias de cubanos”. *Xinhua News*. Beijing, 23 de abril de 2017 [http://spanish.xinhuanet.com/2017-04/23/c_136228583.htm]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Baby boom makes postnatal confinement centers popular in China”. *Xinhua News*. Beijing, 8 de diciembre de 2017. [http://www.xinhuanet.com/english/2017-12/08/c_136811345_5.htm]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Boosted by Belt and Road Initiative, spread of TCM speeds up”. *China Daily*. Beijing, 4 de junio de 2018 [<http://europe.chinadaily.com.cn/a/201806/04/WS5b14ab0fa31001b82571dfaf.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Decidió llamarse Eva: la aventura de una china peronista, escritora y feminista”. *Diario Clarín*. Buenos Aires, 26 de enero de 2019 [https://www.clarin.com/espectaculos/fama/decidio-llamarse-eva-aventura-china-peronista-escritora-feminista_0_Tkfl9WOty.html]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Peru & 19 Latin American Nations have joined Belt and Road”. *Belt and Road News*. Hong Kong, 23 de abril de 2019 [<https://www.beltandroad.news/peru-19-latin-american-nations-have-joined-belt-and-road/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

- * “The Luxury Care Centers Pampering China’s Newly Minted Moms” *The Sixth Tone*. Shanghai, 29 de mayo de 2019 [<http://www.sixthtone.com/news/1004061/the-luxury-care-centers-pampering-chinas-newly-minted-moms>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Mar del Plata festeja el Año Nuevo Chino”. *MDP Ya*. Mar del Plata, 6 de febrero de 2020 [<https://www.mdpya.com.ar/mar-del-plata-festeja-el-ano-nuevo-chino/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “El Ministerio de Salud Pública de Ecuador aprueba e inscribe el Lianhua Qingwen como medicina natural”. *PM Farma*. México DF, 29 de abril de 2020 [<http://www.pmfarma.com.mx/noticias/16721-el-ministerio-de-salud-publica-de-ecuador-aprueba-e-inscribe-el-lianhua-qingwen-como-medicina-natural.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “China Focus: Chinese medicine against COVID-19 gets market entry to Singapore”. *Xinhua News*. Beijing, 8 de mayo de 2020 [http://www.xinhuanet.com/english/2020-05/08/c_139040306.htm]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “La Medicina Tradicional China recibe aprobación para el tratamiento del COVID-19”. *People’s Daily*. Beijing: 14 de junio de 2020 [<http://spanish.peopledaily.com.cn/n3/2020/0416/c92121-9680504.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “COVID-19 and TCM: How Chinese medicine makes scientific inroads”. *China Global Television Network (CGTN)*. Beijing, 25 de junio de 2020 [<https://news.cgtn.com/news/2020-06-24/COVID-19-and-TCM-How-Chinese-medicine-makes-scientific-inroads-RAxPK45qco/index.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “Coronavirus: cómo China está impulsando el uso de su medicina tradicional ante la pandemia (y qué se sabe de su eficacia)”. *BBC*. Londres, 30 de junio de 2020 [<https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53216833>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.
- * “‘Fanzailou’, la ciudad natal de los chinos de ultramar en Quanzhou, Fujian, China” [Traducción propia, artículo original en chino mandarín: “侨乡福建泉州‘番仔楼’化身乡愁记忆馆”]. *China News*. Beijing, 12 de agosto de 2020

[<http://www.chinanews.com/hr/2020/08-12/9262893.shtml>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* “Building a 'Healthy China’”. *China Global Television Network (CGTN)*. Beijing, 14 de noviembre de 2020 [<https://news.cgtn.com/news/2020-11-14/Graphics-Building-a-Healthy-China--VnGvNGREbu/index.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

Sitios Web

* Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): [http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/BO/Disposicion_10941-E-2017.pdf]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Cámara de Autoservicios y Supermercados de Residentes Chinos en la Argentina (CASRECH): [<https://casrech.com.ar/historia>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Casa de la Cultura China: [<https://www.culturachina.org.ar/single-post/2016/05/13/primer-concurso-canta-en-chino-en-argentina>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* ChinaToday: [<http://www.chinatoday.com/city/fujian.htm>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Clínica tradicional de “medicina china”, 方回春堂 Fāng huí chūn táng: [<http://www.fhct.com/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Escuela Neijing: [<https://www.escuelaneijing.org/es/>]; [<https://www.escuelaneijing.org/en/neijing-school/publications/item/sistemas-de-regulacion-energetica-en-medicina-tradicional-china>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* INDEC: [http://www.censo2010.indec.gov.ar/resultadosdefinitivos_totalpais.asp]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Información Legislativa, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Presidencia de la Nación:

[<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm>];

[<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=271245>];

[<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/48854/norma.htm>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Legislatura de CABA: “Distinción a revista de intercambio cultural Argentina-China”. Junio de 2019: [<https://www.legislatura.gov.ar/posts/embargado-distincion-a-revista-de-intercambio-cultural-argentina-china464.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Municipalidad General de Pueyrredón (MGP):

[<https://www.mardelplata.gob.ar/salud/caps/informacion-institucional>]

[<https://www.mardelplata.gob.ar/salud/sistema-de-salud>]

[<https://www.mardelplata.gob.ar/Contenido/desarrollo-infantil>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Organización Panamericana de la Salud (OPS): [<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/804?locale-attribute=es>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Revista *DangDai*: [<https://dangdai.com.ar/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Phoenix Dorada: [<http://phoenixdorada.com/cultura/ano-nuevo-chino-ganadoras-canta-chino-argentina/>]

* Swedish Agency for Growth Policy Analysis (2013) “China’s Healthcare System: Overview and Quality Improvements” Report: [<http://www.tillvaxtanalys.se/english/publications/direct-response/direct-response/2013-05-20-chinas-healthcare-system-----overview-and-quality-improvements.html>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Zhejiang Chinese Medical University:

[https://www.zcmu.edu.cn/english/About_ZCMU.htm]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

* Zhejiang Provincial Hospital of Chinese Medicine: [<http://www.chinatcm.org/>]. Última fecha de consulta: 23 de marzo, 2021.

Fuentes cinematográficas y de multimedios

1997. “Happy Together” (Película). Trailer oficial disponible en:

[<https://www.youtube.com/watch?v=MEAqII-h7wI>]

2001. “Guasha. The Treatment” (Película). Información disponible en:

[https://www.imdb.com/title/tt0297928/releaseinfo?ref_=tt_ov_inf]

2015. Chino Básico (Programa de TV). Disponible en:

[<https://www.youtube.com/watch?v=Em4oFMFQcPQ&t=140s>]

2017. “Milenarios” (Programa de TV). Disponible en:

[https://www.youtube.com/watch?v=MqKI9KSQ_9E]

2016. “Marriage Market Takeover” (Documental). Disponible en:

[<https://www.youtube.com/watch?v=irfd74z52Cw>]

2020. “Clave China”, *Radio Cooperativa* (Programa de Radio): Disponible en:

[<https://radiocut.fm/audiocut/clave-china-guerra-sucia-eeuu-contrachina-acuerdo-porcino-analisis-desde-distintas-r/>]