

**Universidad Nacional de Rosario**

**Centro de Estudios Interdisciplinarios**

**Instituto de la Salud Juan Lazarte**

**Maestría en Salud Pública**

*Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadorxs de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa, Luján. Provincia de Buenos Aires*

**Directora de Tesis: Dra. Diana Milstein**

**Tesista: Laura Haydée Celia**

**Año 2018**

## **Agradecimientos**

Esta investigación no podría haberse realizado, sino hubiese tenido la oportunidad de cursar la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Nacional de Rosario, la cual me inició en un proceso de reflexión y aprendizaje sobre las políticas de salud públicas

Agradezco al director de la Maestría, Dr Mario Rovere, a los docentes de los distintos seminarios Ernesto Taboada, Irene Luppi, Alicia Arona, Débora Ferrandini, y principalmente a la Dra. Diana Milstein, quien accedió a ser la Directora de esta tesis, y con su sabiduría, me acompañó pacientemente en todo el proceso de investigación, análisis, reflexión. Sin su dirección esto no hubiese sido posible, agradecida de sus enseñanzas, realmente una MAESTRA en el sentido más amplio de la palabra.

A Héctor Mendes, su revisión crítica de este texto, que permitió su presentación.

Agradezco a mis compañero/as de maestría de la cohorte 2008 con sede en Buenos Aires, en especial a Laura Bilarius, Liliana Santin, Santiago Díaz, Adriana Olivetto, Mónica Colussi, con quienes compartí seminarios, debates y vivencias de las prácticas en salud del sector público donde trabajamos.

A Alicia, Rosalía, Margarita, Marcelina, Victoria, Benancia, Celia, Elva, Timotea, las mujeres madres bolivianas cuyas historias y sus modos de vida me interrogaron sobre el hacer en Atención Primaria de la Salud y me motivaron a visualizarlas, identificarlas y reconocerlas como parte de un colectivo que tiene voz y debe ser escuchado, para ser parte de las políticas públicas en salud en nuestro país.

A mis compañerxs del grupo de tesistas María Laura Requena, Silvina Fernández, Verónica Di Caudo, Andrea Tammarazio, Linda Khdor, Cecilia Acevedo, Patricia Vigna, Cecilia Carrera, Analía Meo, Jesús Jaramillo, Maicol Ruiz, Gabriel Scaletta Melo , quienes aportaron; saberes, reflexiones, lecturas, preguntas a esta investigación, y también con quienes compartí alegrías, temores, lágrimas .

A Fabiana Olivera y Hugo Telles que se interesaron por esta investigación y estimularon a su escritura.

A Gustavo Cachan por la escucha y consejos en todos estos años.

A mis hijxs Luis, Florencia, Luciano, que me acompañan desde hace treinta años y significan mucho, participando y sosteniendo con sus estímulos esta tesis, su escritura, su revisión.

A mi esposo Jorge, quien me incentivó permanentemente a reconstruir esta historia; por su escucha, lectura, compartiendo textos, leyendo mis escritos y aportando ideas.

Y en especial a mi mamá Adelina, que seguramente desde otro plano, sabrá de lo que hablo en este agradecimiento de lo que me transmitió. A mi hermana Mabel quien invitaba con sus palabras a escribir esta tesis. A mi papá, Pedro, de quien aprendí la voluntad, la tenacidad en el trabajo, con quien aún puedo disfrutar de sus charlas y con el que compartí la lectura de uno de los capítulos, con comentarios que me ayudaron en la estructura del mismo.

## Resumen

“Atención Primaria de la Salud e interculturalidad. Modos de hacer y estar entre trabajadorxs de salud y mujeres migrantes bolivianas en Parque Lasa, Luján. Provincia de Buenos Aires” es una investigación, cuyo tema es la interculturalidad entendida como perspectiva y posicionamiento teórico-práctico en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en el marco de la Atención Primaria de la Salud. Su propósito es describir y analizar las prácticas de salud de mujeres madres bolivianas en la atención de sus niñxs en el primer nivel de atención en Parque Lasa, Luján, para contribuir al desarrollo de una práctica y una política de salud con enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud. Reconocida la articulación entre el fenómeno migratorio y las vivencias y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, así como la relevancia que el fenómeno migratorio adquiere con relación a la accesibilidad a los servicios de salud pública para la atención de niñxs hijos de mujeres migrantes bolivianas, este estudio problematiza las demandas y adecuaciones de los servicios a niveles locales tomando en cuenta los conflictos y las tensiones que constituyen la denominada “salud integral”. Con una metodología cualitativa, utilizando el enfoque etnográfico, fueron reconstruidos sentidos, significados, motivos, creencias, valores, actitudes de mujeres madres migrantes bolivianas y trabajadorxs de salud para comprender modalidades asistenciales y recorridos terapéuticos y los modos en que impactan las prácticas pluralistas en la atención de la salud y la enfermedad en el sistema de salud formal del Municipio estudiado.

## **Índice**

Agradecimientos..... 2

Resumen..... 4

Introducción..... 7

### **Capítulo 1: Presentación**

Antecedentes..... 12

Problema de investigación..... 24

Propósito..... 25

Objetivos específicos..... 25

Metodología..... 25

Organización de la tesis..... 31

### **Capítulo 2: El contexto**

Lujan, Barrio Parque Lasa..... 33

Donde se localizan lxs migrantes bolivianos..... 37

Historia de las migraciones bolivianas..... 39

Migraciones y genero..... 42

Historias de Alicia, Marga..... 46

La Escuela..... 53

El Centro de Salud Parque Lasa..... 57

### **Capítulo 3: Un contexto que desubica**

El aquí y el allá..... 66

Ellas en el aquí y el allá..... 71

Como es trabajar aquí siendo de allá..... 73

Los niños, las niñas, adolescentes y el trabajo..... 78

#### **Capítulo 4; El encuentro**

El escenario de la consulta médica.....	85
La casa de Rosalía.....	87
Organización del centro de salud.....	89
Turnos.....	91
Acceso a la consulta, barreras.....	93
Mi Formación como médica.....	95
La Residencia de Medicina General.....	98
Acciones para un encuentro/desencuentro.....	99
De construyendo prácticas.....	104

#### **Capítulo 5: Conocimientos y saberes**

La medicina como cultura.....	115
Necesito un médico del corazón, distintos saberes.....	120
Adónde vamos- itinerarios, recorridos terapéuticos.....	122
Legalidad ilegalidad.....	129
Las otras medicinas, los otros saberes.....	131
¿Reconocimiento de la medicina tradicional?.....	132
<b>Conclusiones.....</b>	<b>143</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>146</b>

## Introducción

Cuando inicié esta investigación, me encontraba trabajando como pediatra en un Centro de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Luján. Este Centro de Salud está ubicado en el Barrio Parque Lasa de la ciudad de Luján. Me inquietaba que la atención que el equipo de salud llevaba a cabo respondiera a un modelo que resolvía los problemas que se presentaban, la “demanda” que llegaba al centro, según la perspectiva del trabajador de salud. Y las prácticas respondían a un modo de ver los problemas de salud, sin tener en cuenta las necesidades del usuario. Una parte de la comunidad del área programática de Parque Lasa eran migrantes bolivianos. De esta comunidad, quienes más usaban el servicio de salud eran las mujeres madres con sus hijos. Ellas concurrían con sus hijos para la atención médica, llevándolos para lo que el equipo de salud consideraba “controles de salud”<sup>1</sup>. Asociado al control, las mujeres madres solicitaban que se les registrara la evaluación de sus hijos en las libretas sanitarias, incluyendo el calendario de vacunación. Al finalizar la consulta con el médico, solicitaban la entrega de la leche que les correspondía cuando se trataba de niño/as menores de 2 años.

Evidentemente, estas mujeres conocían y utilizaban los servicios tal como estaba dispuesto por el Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Sin embargo, tanto el equipo de salud como las propias mujeres madres percibían que sus hijos no recibían la atención y el cuidado adecuados al proceso de salud que estaban viviendo y que entre estas usuarias y lxs trabajadorxs de salud había una especie de barrera que provocaba una distancia que obstaculizaba el encuentro.

---

<sup>1</sup> Controles de salud: definidos como los necesarios para la supervisión de salud de un niño/a, según normas de atención primaria,

Al respecto, las explicaciones no eran las mismas. Para algunos trabajadorxs de salud, esos niñxs no eran adecuadamente atendidos porque sus madres o bien no comprendían, o bien no sabían explicar los problemas por sus dificultades de expresión, o bien “llegaban tarde”, es decir cuando el problema de salud presentaba un grado de avance tal que ya no podía revertirse con tratamiento médico. En algunos casos había dificultades concretas producidas por el uso de la lengua. Sin embargo, tampoco esto explicaba del todo esa barrera, porque generalmente hablaban español o acudían con algún familiar que hablaba un castellano fluido y oficiaba de traductor.

Las explicaciones de las madres mujeres estaban estrechamente atravesadas por vivencias de abandono, aislamiento, prolongación de enfermedades innecesarias, muertes inesperadas e inexplicables.

En mi caso, como pediatra, al igual que algunos otros trabajadorxs de salud, percibía que ninguna de los dos tipos de explicaciones resultaban suficientes para comprender las dificultades específicas que se presentaban entre equipo de salud y mujeres madres migrantes bolivianas. Evidentemente, se trataba de un desencuentro sobre el que teníamos explicaciones fragmentarias y sobre todo, preguntas sin respuestas. ¿Por qué si las mujeres llevan a sus hijxs al centro de salud y son atendidas, sus hijxs se enferman o inclusive se mueren por circunstancias que en la actualidad tienen buena resolución para otros casos de niñxs que acuden a estos centros de salud? ¿Existe una diferencia en el trato hacia las madres migrantes bolivianas y sus hijxs, ¿en qué consiste esa diferencia? ¿Cómo se constituye en un modo de hacer y de estar entre los trabajadorxs de salud y estas usuarias?

Los estudios sobre xenofobia y racismo me permiten responder de alguna manera estas preguntas, pero no proporcionan elementos concretos para re actuar sobre estos modos de los trabajadorxs de salud y esta comunidad de mujeres y niños migrantes y/o hijos de migrantes. A su vez, la Atención Primaria de la Salud (APS) incluye entre sus principios la integralidad de la salud y la adecuación a las necesidades de salud que presentan los usuarios, pero no plantea de manera explícita cómo estimular una relación de diálogo, cuando se presentan dificultades en la relación entre equipo de salud y grupo comunitario.

Por su parte, los estudios sobre interculturalidad arrojan algunos elementos que permitirían indagar aspectos vinculados a las dimensiones sociales y culturales del proceso salud-enfermedad. En particular, esto es así porque permiten pensar en términos de relaciones con “otros”, esta otredad implicada en ser mujer, madre, niño, niña migrante boliviana en la Argentina. Podríamos entonces preguntarnos ¿Qué forma adopta el abandono, el aislamiento, el rechazo, en el ámbito de la relación centro de salud con migrantes bolivianas? ¿Qué ven y qué no ven lxs trabajadorxs de salud en esos niñxs y esas mujeres? ¿Qué esperan las mujeres de lxs trabajadorxs de salud? ¿Qué estrategias construyen las madres migrantes bolivianas para la atención de la salud de sus hijxs? ¿Qué estrategias construyen los equipos de salud para atención de lxs hijxs de las mujeres bolivianas?

Estas preguntas intentan, en esta investigación, dar el sustrato al problema que me interesa observar: la atención primaria de la salud en clave intercultural, en el marco de las prácticas de salud que se llevan a cabo en un centro de salud del municipio de Luján, poniendo en contexto a las mujeres migrantes bolivianas de Parque Lasa, el centro de salud y la escuela. Busco situarme y situarlas para comprender cómo es la interacción entre ellas y el equipo de salud.

Conceptos como atención primaria de la salud e interculturalidad eran comprendidos entre lxs trabajadorxs de la salud que sintonizaba con mis preocupaciones, pero en una dimensión más bien general y abstracta. Lo que no encontraba era cómo la interculturalidad se manifestaba en las prácticas de los equipos de salud, cómo visibilizar esas prácticas para encontrar pistas que iluminaran aquellas que no manifestaban de manera tan evidente contradicciones entre lo que se dice y lo que se hace.

Esta preocupación, en gran parte, orientó este estudio entendiendo que brindaría conocimientos nuevos para formular políticas de salud que reconozcan el alto crecimiento de la población migrante boliviana en el Municipio de Luján y así contar con mejores condiciones para adecuar esas políticas a sus necesidades y culturas, entendiendo que la salud no puede ser brindada como una práctica homogénea y centrada en una cultura hegemónica.

Reconocida la articulación entre el fenómeno migratorio y las vivencias y experiencias en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, así como la relevancia que el fenómeno migratorio adquiere con relación a la accesibilidad a los servicios de salud pública para la atención de niñxs, hijxs de mujeres migrantes bolivianas, resulta necesario estudiar las demandas y adecuaciones de servicios a niveles locales, tal como esta investigación propone.

En el mismo sentido resulta necesario comprender las demandas desde las perspectiva de las mujeres migrantes bolivianas, para aportar al conocimiento de los procesos de salud-enfermedad atención cuidado desde un enfoque intercultural, concepto que nos remite a la existencia de conflictos y tensiones que requieren ser conocidas para encontrar los sentidos múltiples que constituyen lo que podemos denominar “salud integral” y adecuada a las necesidades de las mujeres madres migrantes bolivianas y sus hijxs

A continuación, en el capítulo 1 expongo los antecedentes de este estudio, el problema de investigación y la metodología utilizada para desarrollar este trabajo. En los capítulos 2, 3,4 y 5 desarrollo la descripción de los fenómenos estudiados junto con los análisis y los resultados alcanzados. Al final, las conclusiones y las referencias bibliográficas.

## **Capítulo 1**

### **Presentación**

#### **Antecedentes**

El tema de esta investigación es la interculturalidad entendida como perspectiva y posicionamiento teórico-práctico en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en el marco de la Atención Primaria de la Salud.

Perdiguero (2006) en un texto que se ocupa de las experiencias y conceptualizaciones de la salud y la interculturalidad en América Latina, muestra las dificultades, los éxitos y la necesidad de abordar la interculturalidad en la salud. Este autor desarrolla la noción de pluralismo médico, concepto esencial para la problematización del tema que aborda este estudio. Perdiguero describe y analiza cómo los miembros de distintas poblaciones acceden a resolver sus problemas de salud y enfermedad apelando a recorridos asistenciales diferenciados, por lo general denominados como medicinas tradicionales y medicinas occidentales. Según este autor, se trata de un fenómeno estructural de distintas sociedades que ha sido explicado desde la perspectiva de la medicina científico-occidental, lo que obstaculiza conocer realmente en la práctica cómo resuelven las personas los problemas de salud enfermedad. Perdiguero muestra cómo los modelos teóricos utilizados para explicar el comportamiento frente a la enfermedad impiden ver el pluralismo asistencial en toda su extensión, dado que, al centrarse en la perspectiva de la medicina científico- occidental, producen una distorsión epistémica donde el “entendimiento biológico” de los procesos salud enfermedad predomina sobre otras formas de comprensión. Además, este modelo dominante no sólo comprende, sino que también prescribe,

convirtiéndose en reglas y normas a cumplirse en toda la sociedad, para todos los individuos. A su vez, los modelos sociológicos que describen- prescriben los comportamientos para los procesos de salud-enfermedad, según el análisis de Perdiguero, dificultan la comprensión del pluralismo asistencial en su amplitud. De esta manera quedan invisibilizadas las distintas formas de atención de la salud y la enfermedad. Este aporte de Perdiguero para entender los procesos de salud y enfermedad como una construcción sociocultural que incluye entendimientos del cuerpo y su biología, me llevaron a pensar de qué modo el pluralismo asistencial y terapéutico brinda elementos para comprender las prácticas en salud desde múltiples perspectivas. Siguiendo a este autor, el pluralismo médico es un fenómeno que en la región latinoamericana aún continúa invisible porque los modelos dominantes resultan insuficientes para comprender lo que la población hace para “recuperar, mantener o mejorar” la salud. De ahí que me pregunté ¿cuáles son las diferentes modalidades asistenciales y terapéuticas utilizadas por las madres migrantes bolivianas para entender la salud y la enfermedad de sus hijos? ¿De qué manera impactan estas prácticas pluralistas en la atención de su salud y su enfermedad en el sistema de salud formal del Municipio estudiado?

Perdiguero (2006), en el mismo capítulo, destaca que los modelos explicativos micro-sociológicos, económicos, geográficos, socio demográficos, o de determinantes, estos últimos privilegiando el factor económico sobre los culturales o sociales, se centraron en conocer y analizar los servicios sanitarios formales. En particular señala que los modelos microsociológicos, que se refieren o bien a que el individuo actúa guiado por sus síntomas, o bien a que el paciente tiene un rol social con derechos y deberes, que le permite “enfermarse” y ser liberado de sus obligaciones sociales, se constituyeron en normas de cómo se debía comportar una persona con problemas de salud, generando una cantidad de escritos sobre lo que

eran “desviaciones de la norma”, consultando cuando no se debe, o no haciéndolo cuando corresponde, o haciéndolo tarde o antes. Ninguna de estas comprensiones han prestado atención a los modos de entender la enfermedad y la salud, buscando tratamientos socialmente construidos, tal como fueron estudiados por Young (2004), por ejemplo. Así, los modelos de determinantes o macro-sociológicos tampoco han podido tener en cuenta la complejidad de las experiencias individuales en la toma de decisiones sobre un problema de salud, donde está presente un conjunto de significados sociales, culturales y de poder.

La articulación entre experiencias, culturas y poder se constituyó para mi estudio en un problema central desde la perspectiva de la interculturalidad. De ahí que este estudio pone en discusión aspectos del enfoque funcionalista (Lupton, 2003) que atraviesan, incluso sin ser advertidos, las prácticas de salud con niñxs hijxs de mujeres madres migrantes bolivianas, tal como se podrá profundizar en los capítulos 3 y 4.

Allue, Mascarella, Bernal, y Comelles (2006), en un artículo en el que destacan la importancia de lo observado en la relación médico paciente, realizado a través de un estudio etnográfico, sostienen que el médico debe reconocer su propia cultura y las diferencias en control y poder que existen con respecto a la cultura del paciente y de su red social. Según estos autores, para los médicos es importante tener en claro que la medicina está condicionada culturalmente por fenómenos de exclusión, factores sociopolíticos que repercuten en los pacientes y por síndromes construidos culturalmente, pero que no deben asumirse como entidades estáticas, sino más bien sometidas a cambios y evoluciones constantes. Este argumento me llevó a poner atención en la descripción y el análisis de las prácticas de atención en el centro de salud, tal como he desarrollado en el capítulo 3, y compararlas con otras prácticas de atención utilizadas por las madres con sus hijos. En esta dirección, el aporte de la antropología francesa con el

concepto de “itinerario terapéutico”, permite estudiar las relaciones de lo corporal y social, dentro de un estado de sociedad en que los signos distintivos de la identidad y la relación no son evidentes (Perdiguero, 2006).

Lago et al. (2010) sostienen que “el itinerario terapéutico puede entonces ser definido como la secuencia de actividades que los individuos buscan para solucionar su problema de salud y se constituye en un importante indicador de los recursos sociales, culturales y materiales disponibles” (p. 3). Aclaran que se trata de la búsqueda de servicios que atenúen sufrimiento y restablezcan el proceso de salud enfermedad considerando la situación social y cultural. Consideran que los recorridos terapéuticos están influenciados por la comunidad y determinados por el contexto sociocultural. Esta investigación se basó sobretudo en entrevistas semiestructuradas a 35 actores sociales que concurrieron a la guardia de un hospital de Florianópolis, estado de Santa Catarina, Brasil, durante el mes de noviembre de 2006, quienes determinaron por qué concurrían a la guardia. Este trabajo ha mostrado los problemas de salud que se asisten en una guardia donde los usuarios prefieren concurrir ante las dificultades de acceso al primer nivel por falta de recursos profesionales o de poder realizar exámenes complementarios. Si bien el estudio define claramente lo que es itinerario terapéutico, la investigación mostró solamente el recorrido hacia el hospital que evitaba el centro de atención primaria por las razones ya establecidas de pocos recursos o falta de médico, resolución completa del problema en la guardia, ya que se retiraban luego de haber efectuado exámenes complementarios y recibido el tratamiento. Para el estudio que aquí presento, este antecedente resultó interesante, pero mantiene invisibilizados otros recorridos asistenciales que decidí estudiar entre la población de migrantes bolivianas en Parque Lasa para atender a cómo una

perspectiva intercultural otorga visibilidad al proceso complejo de salud- enfermedad- atención- cuidado.

Para ello, rescaté el estudio de las prácticas de salud en el Salar de Atacama (Chamorro y Tocornal, 2005; Tocornal, 2006) donde las autoras investigaron en 2002 y 2003 las relaciones entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña, utilizando el enfoque antropológico médico crítico, el cual cuestiona el modelo biomédico que hegemoniza y establece relaciones de dominación hacia otros sistemas médicos. Estas investigaciones, a diferencia de la realizada en Santa Catarina, proponen un diálogo horizontal “intercultural” entre las medicinas, a fin de entender los problemas de salud atravesados por fuerzas sociales, culturales, políticas y económicas. Se utilizó una metodología etnográfica y se basó en los datos recogidos en trabajo de campo realizado en Santiago de Río Grande, Talabre, Camar y Socaire, donde la observación participante se combinó con entrevistas en profundidad a habitantes de las comunidades atacameñas que hubieran recurrido tanto a la biomedicina como a la medicina tradicional atacameña. Se utilizaron las siguientes categorías: salud/enfermedad, itinerarios terapéuticos y las valoraciones hacia los distintos sistemas médicos como también los símbolos y representaciones que aparecen en sus estrategias de resolución de salud. Según las investigadoras, las concepciones de salud -enfermedad para los atacameños, se refieren a un bienestar físico, armonía comunitaria y medioambiental y sobrenatural. Consideran enfermedades personalistas, producidas por personas, o seres con poderes sobrenaturales, naturales, las producidas por el desequilibrio del cuerpo con el medio ambiente, y emocionales; estas últimas producto de una descarga emocional. Entre sus hallazgos diferencian dos sistemas médicos atacameños, uno el doméstico, donde mujeres niños y hombres conocen alimentos, hierbas y formas de curarse y otro el de los especialistas, el yerbatero, médico sacerdote que

intercede entre lo natural y sobrenatural. El otro sistema corresponde a la biomedicina, que instalada en una posta de salud a 60 km de distancia de Salar de Atacama brinda atención en dos rondas mensuales. El trabajo etnográfico realizado en el Salar de Atacama, además de permitirme conocer las distintas prácticas médicas, tradicionales o de la biomedicina, también me dejaron ver sus relaciones para mostrar una interculturalidad practicada por los atacameños, que resulta ampliada con los recursos biomédicos. Este antecedente dio lugar a incorporar elementos fundamentales del contexto social, cultural y económico que me permitieron problematizar los itinerarios terapéuticos en clave relacional, intercultural.

Desde otro ángulo de análisis, el hecho de tratarse de madres, mujeres, migrantes requería problematizar el modo en que eran vistas por los trabajadores de salud. Para ello la investigación sobre atención en el primer nivel realizada por Pozzio (2011) resultó un antecedente muy relevante. A través de una investigación etnográfica, la autora analiza las relaciones entre los agentes estatales integrantes del equipo de salud y las destinatarias de las políticas de salud, mujeres que son interpeladas y visualizadas por las políticas públicas. Plantea cómo los trabajadores de salud ven a la población destinataria de programas, las mujeres, apuntando a la relación madre-hijo. Identificadas como mujeres, o como madre de un niño de 6 años, o embarazada, el discurso dominante de la salud pública piensa a la mujer “desde el tutelaje y no desde los derechos” (Pozzio, 2011, p.51). Las mujeres promotoras –formadas dentro de programas encuadrados en este discurso–, cuidan a la comunidad también desde el rol de mujer. Ese rol tiene distintas acepciones según qué sociedad lo defina, mientras que para la hispana es trabajo doméstico para la sociedad anglosajona es “trabajo de cuidado”. Esta etnografía me permitió ver que no se trata de definir “mujer” como categoría en general y hegemónica que define un modelo de mujer según la cultura dominante. Más bien se trata de atender al hecho de

la existencia de “mujeres”, término que Pozzio (2011) utiliza como categoría de análisis y que permite establecer respeto frente a las distintas culturas y modos de vivir siendo y sintiéndose mujer. Según esta autora para cada actor, cada mujer, es definida no sólo según relaciones de alteridad en general, sino sobre todo, tomando en cuenta la clase social como organizador de la diferencia. Este hallazgo de Pozzio (2011) me ayudó a problematizar los modos en que se ven y son vistas las mujeres, madres migrantes bolivianas.

En esta revisión de investigaciones con relación a migrantes bolivianas y salud, también Cerrutti (2011) ha realizado un estudio a nivel exploratorio que focaliza en la atención de los inmigrantes en los servicios públicos. Caracteriza la demanda de atención, rasgos sociales demográficos reproductivos de la comunidad boliviana en Argentina. Explora la atención de los migrantes bolivianos por los servicios de salud, deteniéndose en la percepción de los efectores, cuáles son los principales problemas de salud, las dificultades halladas. Esta investigación se vale del estudio de poblaciones migrantes ubicadas una en la provincia de Jujuy, otra en la ciudad autónoma de Buenos Aires y la tercera en la provincia de Buenos Aires, a través del análisis de las diferencias de las demandas y características de la atención, acceso a los servicios o como los efectores de los servicios encaran la atención de los usuarios de culturas diferentes. El estudio presentado aporta una perspectiva de la atención de los migrantes bolivianos, la de los efectores, desde dos lugares distintos demostrando que, aun ante un mismo sistema de salud público, la atención en un extremo y otro del país no es la misma. Este planteo me llevó a problematizar la relevancia de las fronteras móviles (Agier,2015) y preguntarme acerca de la relevancia de los usos del espacio tanto para las mujeres y niños migrantes como para los trabajadores de salud, tal como desarrollo en el capítulo 3.

Uriburu (2006) pediatra y médica sanitarista, en su trabajo *Mortalidad Materna en Bolivia* analiza el problema de la mortalidad materna con relación a la invisibilidad social del fenómeno. Sostiene que la alta calidad técnica en los eventos de riesgo que se usa en los servicios de salud, se contraponen con el déficit de calidad en los servicios donde ellas asisten, donde la medicalización y el trato “agresivo y reñido con las prácticas tradicionales” es un factor que no permite que las mujeres bolivianas quieran recurrir aun en situaciones de riesgo. Dos años antes, en 2004, esta misma autora realizó un estudio exploratorio para analizar la morbimortalidad materna en Bolivia. En esa ocasión, observó que a pesar de la atención gratuita en los hospitales a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio, las tasas de partos institucionales eran bajas. Consideraba que uno de los factores para que esto aconteciera podía ser la falta de caminos adecuados o transporte para llegar, pero a nivel de lugares urbanos con mejor acceso geográfico o vehicular el indicador de partos en hospitales era bajo, lo que mostraba que había una elección respecto a la decisión de dónde parir. Al respecto toma el trabajo de Thaddeus y Maine (1994) que estudiaron la mortalidad materna en África y en el análisis de las causas y consideran que hay tres demoras: demora en decidir tener el parto fuera de la casa, demora en la llegada al establecimiento de salud y la tercera es en el centro hospitalario, considerando los factores que demoran la atención adecuada. Uriburu (2006) relaciona estas tres demoras descritas con lo que le sucede a las mujeres en Bolivia, justificando principalmente en lo que sucede durante los partos normales que son la mayoría de los partos, donde las prácticas del siglo XVII aún tienen actualidad. Estas prácticas, transmitidas o conocidas por las mujeres en experiencias anteriores, eran las que las hacían decidir dónde parir. Además de ser temida la ida al hospital por creencias populares que indicaban que en el hospital se moría, la falta de insumos y /o de recursos humanos fundamentaba la tercera demora. El estudio de Uriburu (2006), me permite reconocer y

buscar cuáles son las demoras que se presentan en los procesos de salud enfermedad atención, para concretar la última fase planteada. Entre los tres modelos de atención médica descritos por Menéndez (2003) -el hegemónico, el alternativo subordinado y el de autoatención,- Uriburu (2006) observa como el hegemónico prima sobre los otros a pesar de tratarse de un 62% de población indígena con prácticas distintas. Esto se debe a que las prácticas de atención que no se encuadran o entran en conflicto con el modelo médico hegemónico, son despreciadas y desalentadas en tanto se las considera supersticiosas y resultado de la magia. Por lo tanto, no ingresarían dentro de una práctica científica y racional apropiadas al modelo biomédico occidental. Este aspecto lo desarrollo en los capítulos 4 y 5 para problematizar las demoras en la atención primaria desde una perspectiva intercultural.

En nuestro país , un equipo de investigadores, coordinado por Ceriani Cernadas y Fava (2010) del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, realizan una investigación cualitativa, de en los Municipios de Lanús, Lomas de Zamora y La Matanza , para analizar el acceso a los derechos sociales de niños y niñas migrantes y de hijos e hijas de migrantes pertenecientes a las comunidades boliviana y paraguaya, en cuestiones de salud y educación. A partir de un trabajo de campo etnográfico, los investigadores acceden a prácticas y representaciones de los actores y caracterizan los obstáculos al ejercicio de los derechos que lxs migrantes identifican. Si bien en el estudio que estoy presentando la perspectiva de derecho no es el foco central, consideré relevante incorporar este trabajo porque me permitió problematizar sobre todo la construcción del contexto de esta investigación que atraviesa el argumento de esta tesis.

Finalmente, destaco el trabajo de Ramírez Hita (2009) en su estudio sobre la calidad de atención entre las poblaciones quechua y aymara y los trabajadores de salud, analizando también

la interculturalidad en los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención, entendiendo la importancia de la misma para mejorar “los índices epidemiológicos”, para vivir mejor. La autora registrará como la pretendida interculturalidad no es tal en las prácticas de los servicios de salud, tanto en los centros que se reconocen como interculturales como los que no. Muestra que lo que se denomina intercultural sólo significa un territorio donde las distintas culturas habitan, pero donde no hay encuentro, desencuentro ni conflicto. La compara con un disfraz que deja ver la dominación –sumisión existente, entre las clases sociales y étnicas de Bolivia y donde quienes practican la medicina tradicional y quienes la biomedicina son convocados al mismo centro de salud, pero sin intercambio de saberes ni cuidados brindados en conjunto a la comunidad. La calidad de atención en salud es un tema que atraviesa los distintos capítulos de esta tesis.

El artículo de Langdom y Wiik (2010) ayudó a conceptualizar las prácticas de salud como prácticas culturales. Entender la biomedicina como un sistema cultural como los otros sistemas de atención que los distintos grupos sociales tienen, y llegar a la conclusión de lo que se conoce como relativismo cultural, afirmando que en el trabajo en salud, encontramos sistemas culturales distintos al que ejercemos, naturalizando el mismo como el único y verdadero, sin aplicar el relativismo cultural frente a los distintos sistemas culturales. A mí me ayudó a ver cómo era la interculturalidad en Atención Primaria de la Salud en Parque Lasa, si era posible pensar en términos de relativismo cultural o tan solo se trataba de “culturas” diversas en un mismo territorio con sus propios sistemas de atención.

En relación a la categoría interculturalidad, observada desde distintas perspectivas (Walsh 2002) y contextualizada en el territorio de las Américas, se hace necesario aproximarnos al menos de manera rápida a algunos de sus usos. Desde la perspectiva relacional, la interculturalidad ha existido desde el inicio de la historia en América. Se refiere al intercambio

de culturas, *“entre personas, saberes, valores y tradiciones”* y algo a destacar por la autora *“en condiciones de igualdad o desigualdad”*, perspectiva ésta que no refleja los conflictos de poder y dominación. Una segunda perspectiva conocida como funcional, que reconoce la diversidad y diferencia cultural *“con metas hacia la inclusión de la misma al interior de la estructura social establecida,”* se la identifica como multicultural y funcional al sistema existente, pero no modifica reglas, sólo añade al sistema la diversidad, en una manera de incluir lo excluido por el sistema social vigente.

Una tercera forma de ver es la interculturalidad crítica que pone en cuestión las perspectivas anteriores. La perspectiva funcional toma la diversidad cultural como eje central, la reconoce e incluye para poder manejarla no teniendo en cuenta los dispositivos y patrones de *poder institucional-estructural – las que mantienen la discriminación, inequidad y desigualdad”*, La interculturalidad crítica parte del asunto de poder, es un *“llamamiento de y de la gente que ha sufrido un histórico sometimiento”*. Interculturalidad, surge en América Latina fuertemente ligada al “otro”. Significa “entre culturas”, que no es el mero contacto sino el intercambio que se produce en términos equitativos, en condiciones de igualdad. Supone complejas relaciones, negociaciones, e intercambios culturales, buscando interactuar entre personas, conocimientos. Significa considerar al “otro como sujeto de identidad, diferente a mí y con poder de agencia” (Walsh ,2003).

De esta forma, utilizaré el concepto, mostrando como el “otro” tiene poder de agencia, como en las relaciones interculturales hay conflictos y tensiones que son algunos de los aspectos que definen interculturalidad y no multiculturalidad o diversidad cultural, como habitualmente leemos. Es decir: cuando se incorpora interculturalidad a los discursos de Atención Primaria de

la Salud, se hace clara referencia a la multiculturalidad pretendiendo que prime el respeto entre los sujetos, pero en el marco de aceptación de la jerarquización de las culturas.

Cuando se acepta la existencia de una cultura dominante y que, por lo tanto, hegemoniza, se resiste a ver y practicar la interculturalidad. (Viaña, 2009). La interculturalidad incorpora, tanto en la comprensión como en la acción, las tensiones y conflictos, así como los compromisos, en la convivencia cotidiana entre individuos marcados por la etnia, la nacionalidad, el género, la sexualidad, la clase social, la generación, la edad, la religión. De este modo, la interculturalidad tiende a constituirse en respuesta frente a los modelos de homogeneización y de segregación; como una vía para una cultura política pública, de valorización de las diversas culturas y conocimientos, tendiente a una política de equidad.

Lerín Piñón (2004) en su trabajo *Desafíos de la salud intercultural*, en relación al impulso de la antropología aplicada al campo de la salud/enfermedad indígena, revisa los conceptos teóricos sobre interculturalidad, destacando que debe ser “entendida como proceso que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de aquellas culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante” (p.7). El autor plantea las dificultades prácticas para llevar a cabo interculturalidad ante comunidades indígenas y reformula las necesidades de recursos y de capacitaciones a los profesionales de la salud en interculturalidad, con una fuerte crítica a los realizados por los organismos internacionales entre los años 40 y 70, donde ser intercultural significaba que el “otro” era el que debía cambiar. Esto último implica no reconocer que en los procesos de salud enfermedad-atención se “están operando, produciendo y reproduciendo valores no sólo técnicos sino también socioculturales, que son materia de todo enfoque intercultural”. En los capítulos 3,4 y 5 describo los aspectos que favorecen o limitan la interculturalidad y muestro

cómo las interacciones, intercambios y encuentros al estar atravesados por la hegemonía de un saber entendido como “el” conocimiento obstaculizan prácticas interculturales posibles.

### **Problema de investigación**

Formo parte de un equipo de trabajadorxs de la salud en el primer nivel de atención, y entiendo a la interculturalidad como un componente importante en el contexto de la atención primaria de la salud. Trabajando en un área programática, habitada en parte por familias migrantes bolivianas, me cuestiono si esas prácticas son interculturales en los ámbitos de salud del sector público del Municipio de Lujan.

Una serie de preguntas me ayudan a desarrollar este problema.

¿Cuáles son las diferentes modalidades asistenciales y terapéuticas utilizadas por las madres migrantes bolivianas para entender la salud y la enfermedad de sus hijxs? ¿De qué manera impactan estas prácticas pluralistas en la atención de su salud y su enfermedad en el sistema de salud formal del Municipio estudiado?

¿Cuáles son los recorridos terapéuticos de las mujeres madres migrantes bolivianas que permiten visibilizar los procesos complejos y completos de salud- enfermedad- atención- cuidado? Y ¿en qué contexto se desarrolla la salud intercultural, entre lxs trabajadorxs de salud y las mujeres migrantes bolivianas?

¿Cuáles son las características y los límites que hacen al enfoque intercultural en salud en el primer nivel de atención?

## **Propósito**

Describir y analizar las prácticas de salud de mujeres madres bolivianas en la atención de sus niños en el primer nivel de atención en Parque Lasa, Luján, para contribuir al desarrollo de una práctica y una política de salud con enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud.

## **Objetivos Específicos**

- Describir el contexto del barrio Parque Lasa donde viven las mujeres migrantes bolivianas y sus familias.
- Describir el contexto del centro de atención primaria de la salud Parque Lasa
- Describir los recorridos asistenciales de las mujeres madres migrantes bolivianas
- Conocer y analizar los discursos y las prácticas de lxs trabajadorxs de salud del CAPS Parque Lasa con relación a los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado de las mujeres, madres bolivianas y sus hijos.
- Conocer las necesidades de las mujeres migrantes bolivianas con respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado

## **Metodología**

La investigación se realizó con una metodología cualitativa, considerando que podía explicar adecuadamente el problema a investigar y permitir la reconstrucción de sentidos, significados, motivos, creencias, valores, actitudes (Souza Minayo, 2007) de los distintos actores sociales; las mujeres migrantes bolivianas, lxs trabajadorxs de la salud y la comunidad de migrantes bolivianos. Reconstruí esta realidad que observé durante varios años en el centro de

salud, en el consultorio o en la sala de espera, en los hogares de las mujeres migrantes, en la escuela del barrio Parque Lasa.

La decisión de estudiar este problema en el barrio Parque Lasa, lugar donde estaba trabajando como médica pediatra del centro de salud tiene relación con mi historia laboral, familiar y personal. Mi llegada a dicho centro no había sido una decisión propia, si bien habiendo finalizado una etapa donde me desempeñé como Directora de Medicina Preventiva y Atención Primaria de la Salud, quería seguir mi carrera profesional en el primer nivel de atención. Los centros de salud donde debía continuar fueron asignados por las autoridades de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, y me refiero a los Centros de Atención Primaria de la Salud, La Loma y Parque Lasa, Más adelante se sumaría el Centro de Atención Primaria Los Gallitos.

Cada Centro de salud tenía su propia área programática, la cual era particular desde lo geográfico, como también desde la composición de sus habitantes.

Y en Parque Lasa la diversidad de los habitantes, en referencia a la presencia de los y las migrantes bolivianas, provocaba en mí una suerte de asombro, sorpresa, extrañeza. Percibía situaciones entre los trabajadores de salud y esos otros que vivían, trabajaban, estudiaban, concurrían al centro de salud. Fui conociendo esas personas y me emocionaron desde los primeros tiempos al conocer sus historias, sus problemas, su vida. Aun transcurridos los años, cuando nombro a cada una de las mujeres migrantes bolivianas, me conmuevo. Algo muy especial que no sucedía en los otros centros de salud, donde también los sujetos intervinientes dejaban huellas en mí. Sin embargo, en Parque Lasa la cotidianeidad de los procesos de salud-enfermedad- atención- cuidado de lxs niñxs hijxs de migrantes bolivianas y la interacción con sus madres, mujeres migrantes bolivianas, me iba invitando a un recorrido donde muchas preguntas me acechaban. En principio, mi interrogante consistía en conocer las necesidades de

ellas con respecto a la atención en salud, poniendo en discusión el modelo aprendido de *ser médica*.

En esta cuestión del espacio y los actores sociales, en este caso las mujeres bolivianas, encontré que se manifestaban de manera tal que me permitía estudiar el proceso de interculturalidad en la Atención Primaria de la Salud, dado que en el barrio Parque Lasa era uno de los lugares donde varias familias que migraron desde Bolivia residían desde varias décadas y conformaban uno de los lugares de producción hortícola, en conjunto con las zonas de San Pedro, Open Door.

Consideré entonces que esta investigación en Parque Lasa tenía relevancia para brindar elementos para la constitución de políticas en salud pública relacionadas a la interculturalidad en el contexto de la Atención Primaria de la Salud.

Elegí dentro de la metodología cualitativa, al enfoque etnográfico para realizar la investigación. Durante muchos años investigué los problemas de salud, desde la Dirección de Medicina Preventiva y Atención Primaria de la Salud, con una metodología cuantitativa, largas tablas de números trataban de dar cuenta de ellos, hoy comprendo que las mismas eran insuficientes para comprender la complejidad de la realidad que quería observar. Las lecturas de Breihl (1990,1998, 2010), en referencia a la epidemiología crítica, Laurell (1982) que explora el proceso salud-enfermedad como proceso social, las lecturas de etnografías (Milstein, 2003; Fleischer ,2007) me ayudaron a definir este enfoque como necesario para esta investigación. Y me permitieron dar cuenta de lo que significó *convivir*, por decirlo de alguna manera, con ese otro/a que se constituía en un sujeto con el que compartía espacios (Milstein 2015) tales como el centro de salud, la sala de espera, el patio de su casa, la escuela de los hijos. En este caso con mujeres migrantes bolivianas y sus hijo/as, desde el extrañamiento con respecto a sus ropas, sus

lenguajes, la crianza de sus hijxs, hasta encontrar algún punto en común. Esta alteridad (Krotz, 1994) que se plasmaba en lo que registraba como documentos de trabajo de campo.

La etnografía me permitió una llegada a la realidad y una construcción del dato, de manera que pude establecer la relación entre las representaciones y las prácticas (Ramírez Hita, 2009) lo que se dice con lo que se hace, que diera cuenta de la complejidad e integralidad de los discursos y acciones.

El trabajo de campo fue iniciado mucho antes que esta investigación llegara a proponer ciertos interrogantes. Como médica pediatra en un centro de atención primaria, la atención cotidiana de lxs niñxs, acompañados por sus madres, de alguna manera me interrogaban sobre las prácticas que realizaba, sumándose a los registros que se sucedieron entre el 2008 y el 2012.

A través de los registros, la reconstrucción de sentidos se constituyó con el hacer y decir de los distintos sujetos, integrantes del equipo de salud y su interacción con las mujeres madres migrantes bolivianas, en espacios como consultorios del centro de salud, salas de espera, casas de familia, escuela del barrio, etc.- y conversaciones mantenidas en circunstancias diversas. Entreviste a mujeres migrantes bolivianas que residen en el área programática<sup>2</sup>. Exploré los espacios de circulación, sus hogares, lugares de comercialización, las verdulerías cercanas, la feria franca de los sábados. Asimismo, en cada recorrido otrxs iban nutriendo los registros con comentarios o hechos de aspectos de la vida de lxs migrantes bolivianos. Entrevisté a las maestras de la escuela del área programática, donde los niñxs concurrían, vecinos del centro de salud.

Los discursos y las prácticas, así como los conocimientos que los sostienen, son indispensables cuando se procura comprender los modos con que individuos y grupos de una comunidad experimentan los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, Para cumplir

---

<sup>2</sup> Se denomina así al área geográfica que delimita la población de responsabilidad del equipo del CAPS-

con este objetivo se registraron entrevistas, grabaciones, a través de la observación participante, que permitieron obtener información mediante la observación de la propia realidad, en un estado donde como observadora podía ser modificada o modificar por el contexto.

Registré los talleres llevados a cabo por el equipo de salud, no sólo en el ámbito del centro de salud y el hospital, sino también en otros contextos de la vida cotidiana donde las usuarias del centro con sus hijxs y familiares desarrollaban diferentes actividades vinculadas al trabajo, a la vida doméstica. Uno de ellos consistió en trabajar sobre los anticonceptivos y los cuidados de la salud de las mujeres en la casa de Alicia y con la concurrencia de la trabajadora social, el médico generalista, la promotora de salud y las mujeres adolescentes y jóvenes del hogar y de hogares vecinos

La experiencia acumulada como pediatra<sup>3</sup> y nativa de Luján son para esta investigación antecedentes relevantes que permitieron el trabajo reflexivo necesario para desarrollar el trabajo de campo, la construcción de datos y el análisis de los mismos.

La lectura de determinados artículos que reflejaban situaciones similares no tanto en lo que actores se refiere, sino a la formas de llevar a cabo la atención médica, fueron de mi interés y me ayudaron a la reflexión y análisis.

De ahí que el trabajo de campo se llevó a cabo no sólo en el ámbito del centro de salud y el hospital, sino también en otros contextos de la vida cotidiana donde las usuarias del centro con sus hijxs y familiares desarrollan diferentes actividades vinculadas al trabajo, a la vida doméstica y a otros ámbitos que incluyen la atención de la salud fuera de los servicios aludidos.

Además de la observación participante y las conversaciones y entrevistas, realicé recopilación de material documentado en el centro de salud y el hospital –tal como historias

---

<sup>3</sup> Con esto quiero significar que había un ámbito familiar en esta historia que formaba parte de mi vida y de la cual necesitaba a su vez poder extrañarme para poder analizarla.

clínicas- Y también documentación que constaba en los archivos de la Dirección de Medicina Preventiva y Atención Primaria de la salud, en los años en que fui directora (1997-2011)

Tanto la construcción de datos como el análisis de los mismos consistió en lecturas y re-lecturas del material documentado y de documentos recogidos, y en escrituras sucesivas que incluyeron la reconstrucción de perspectivas de los actores, el diálogo con categorías sociales y con categorías analíticas tomadas de textos teóricos de disciplinas sociales, humanas y propias de las ciencias de la salud.

Con respecto a lo anterior, desde hace varios años, formo parte de un grupo de tesis<sup>4</sup> que realizan distintas investigaciones, la mayoría de lo/as investigadores son profesionales de las ciencias sociales y de la educación. Estos encuentros han significado mucho en el hacer de esta tesis, dado que los escritos, avances, registros de campo eran sometidos a la lectura de otro/as, quienes con sus reflexiones, comentarios, invitaban a nuevos procesos de escritura y de reflexión

La construcción del dato, la relación con distintos autores a partir de la categoría a analizar, significó un encuentro con las ciencias sociales, aportado por las miradas de mis otro/as compañero/as tesis, y de mi directora de tesis. De esta manera la antropología, la sociología, la educación, permitieron un dialogo que enriqueció mi trabajo y no lo homogenizó desde las ciencias de la salud. Esto modificó la perspectiva de análisis de la investigación y mis prácticas en el centro de salud. Recuerdo que en unas Jornadas sobre Etnografía y procesos educativos en

---

<sup>4</sup> Este espacio construido desde hace una década atrás, y coordinado por la Dra. Diana Milstein, que funciona en el IDES (Instituto de Desarrollo Económico y Social) en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Está conformado por quienes realizan investigaciones en distintos campos, social, educación, de la salud. Compañeros/as de distintas Universidades, y aun de otros países, que mensualmente, nos reunimos para discutir los avances realizados, las dificultades, reflexionar sobre lo hecho, poner en consideración del grupo los textos escritos, generándose discusiones enriquecedoras durante varias horas, nunca menos de cuatro, que promueven una serie de preguntas en cada integrante como también un intercambio de saberes, de autores, de otros escritos. El espacio se reconoce como "reunión de tesis", siendo un dispositivo original para la investigación y a esta altura de mi tesis, diría fundamental y altamente recomendable de seguir e imitar. Se podría decir que hay un proceso de escritura reflexión individual que va hacia la reflexión colectiva y vuelve a una nueva escritura.

Argentina, una participante ante la exposición un texto relacionado con esta investigación, preguntó: ¿cómo se volvía a las prácticas en salud luego de un diálogo con el otro/a, en el contexto de un diálogo intercultural que realmente modificaba mi hacer? Esa pregunta provocó una reflexividad que hasta entonces no formaba parte de mis experiencias.

Con respecto al proceso de reflexividad, deseo destacar que se aspira a que los análisis incluyan un proceso de reflexividad, término que define el trabajo de campo e implica, las prácticas teóricas, de campo y sentido común (Guber, 2004).

El proceso de reflexividad se pone de manifiesto en mí como investigadora e implica un revisión del hacer, del ser, en un proceso que lleva repensarme en mis prácticas y sintiéndome como un extranjero, como otra distinta que se ve modificada por la relación establecida con los otros, con los que me encontré, me sorprendí, me identifiqué. Esa reflexividad no sólo fue desde mi perspectiva, sino que también tuvo que ver con lo que piensan y dicen las mujeres migrantes bolivianas, perspectiva que rescato en el capítulo 4. Y finalmente, la perspectiva de los distintos autores a través de sus textos en lo que hace al análisis de las categorías, en los distintos capítulos.

Cabe señalar que tomé resguardos de tipo ético tanto en el trabajo de campo mismo como en toda publicación que devenga de este estudio, lo que implica consentimientos para grabar conversaciones, tomar fotografías y colocarlas en esta tesis, citar documentación privada, mantener el anonimato, etc.

### **Organización de la tesis**

La tesis está organizada de la siguiente manera:

Luego de una introducción, inicio la presentación por capítulos.

En el primer capítulo, hago referencia al tema y sus antecedentes, el problema de investigación, propósito y objetivos específicos, la metodología y la organización de la tesis.

El capítulo 2 tiene por el objetivo poner en contexto al lector, haciendo referencia al barrio, a la escuela y a las mujeres migrantes, sus historias, su trabajo su cotidianidad, y por último el sistema de salud local donde la interacción entre el equipo de salud y las mujeres migrantes bolivianas se manifiestan en el marco de la atención primaria de la salud, en el Municipio de Lujan

En el capítulo 3 describiré el contexto donde tiene lugar el cambio de pañales de una mujer boliviana a su hija, en la sala de espera del Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Lasa, tratando de desentrañar en qué sentido encuentros/desencuentros culturales tiene lugar en un Centro de Atención Primaria de la salud de Luján. Con el uso de la categoría “aquí/allá”, muestro cómo las prácticas culturales no tienen fronteras y se reproducen en los distintos espacios, trasladando límites que constituyen nuevos espacios sociales.

En el capítulo 4, a través de la descripción de dos escenarios, el de la consulta médica y el de la casa de Rosalía, analizo contrastes que dan lugar a profundizar la problematización de la interculturalidad como aspecto insoslayable en la relación entre médicos y pacientes

En el capítulo 5, un relato de una situación de atención hospitalaria, es el punto de partida para el análisis de las categorías conocimientos como concepto de la biomedicina y creencias como se conocen los saberes de la medicina tradicional

Por último, expongo las conclusiones las que he arribado luego de este estudio y su implicancia en la salud pública, en particular para el ejercicio de la Atención Primaria de la Salud en Luján.

## **Capítulo 2**

### **El Contexto**

Margarita, Alicia, Marcelina, Victoria, Marlene, Sonia, mujeres migrantes bolivianas y sus familias, viven en uno de los barrios periféricos de la Ciudad de Lujan. En ese mismo espacio, conforman un territorio donde esta investigación se desarrolla, un Centro de Salud perteneciente al primer nivel de atención del sistema municipal de salud, una escuela pública de un siglo de vigencia y un jardín de infantes que supo ocupar el mismo terreno y compartir sus aulas con los consultorios del entonces CAPS<sup>5</sup> Parque Lasa.

El objetivo de este capítulo es poner en contexto al lector con referencia al barrio, a la escuela y a las mujeres migrantes, sus historias, su trabajo su cotidianidad y, por último, el sistema de salud local donde la interacción entre el equipo de salud y las mujeres migrantes bolivianas se manifiestan en el marco de la atención primaria de la salud, en el Municipio de Luján.

#### **Lujan, Barrio Parque Lasa**

El partido de Lujan se encuentra al oeste en la Provincia de Buenos Aires. Limita al norte con los Partidos de Giles, Exaltación de la Cruz y Pilar, al oeste con General Rodríguez, al sur con Las Heras y al este con los municipios de Navarro y Mercedes. Tiene una extensión de 777,1 km<sup>2</sup>, con una población de 106273 habitantes, según censo 2010, llegando en la actualidad a casi 120000 habitantes con un crecimiento intercensal del 13,1%.

---

<sup>5</sup> CAPS Centro de atención primaria de la salud

El Barrio Parque Lasa, nacido durante los años cincuenta a partir de las tierras que pertenecían a Badell, Comités e Iglesias<sup>6</sup>, tiene una extensión de 20 hectáreas. Se encuentra en la periferia de la localidad de Lujan a la vera de la ex ruta 5, y linda con los terrenos donde se sitúa la Universidad Nacional de Luján, la ruta 47 que comunica Luján con Navarro, y los campos que conforman parte de la zona rural de Lujan .El mapa que sigue a continuación permite ubicar al lector en el barrio que describo, situado en el plano de la localidad de Luján<sup>7</sup>.El Barrio Parque Lasa se encuentra a 30 cuadras de la Basílica Ntra. Sra. de Luján <sup>8</sup>y a 10 cuadras del Hospital Ntra. Sra. de Luján. Estos dos lugares referidos nos ubican, el primero con relación al contexto histórico-religioso-turístico, por lo que se reconoce la ciudad y el segundo, como institución del sistema público de salud, al cual me referiré más adelante.

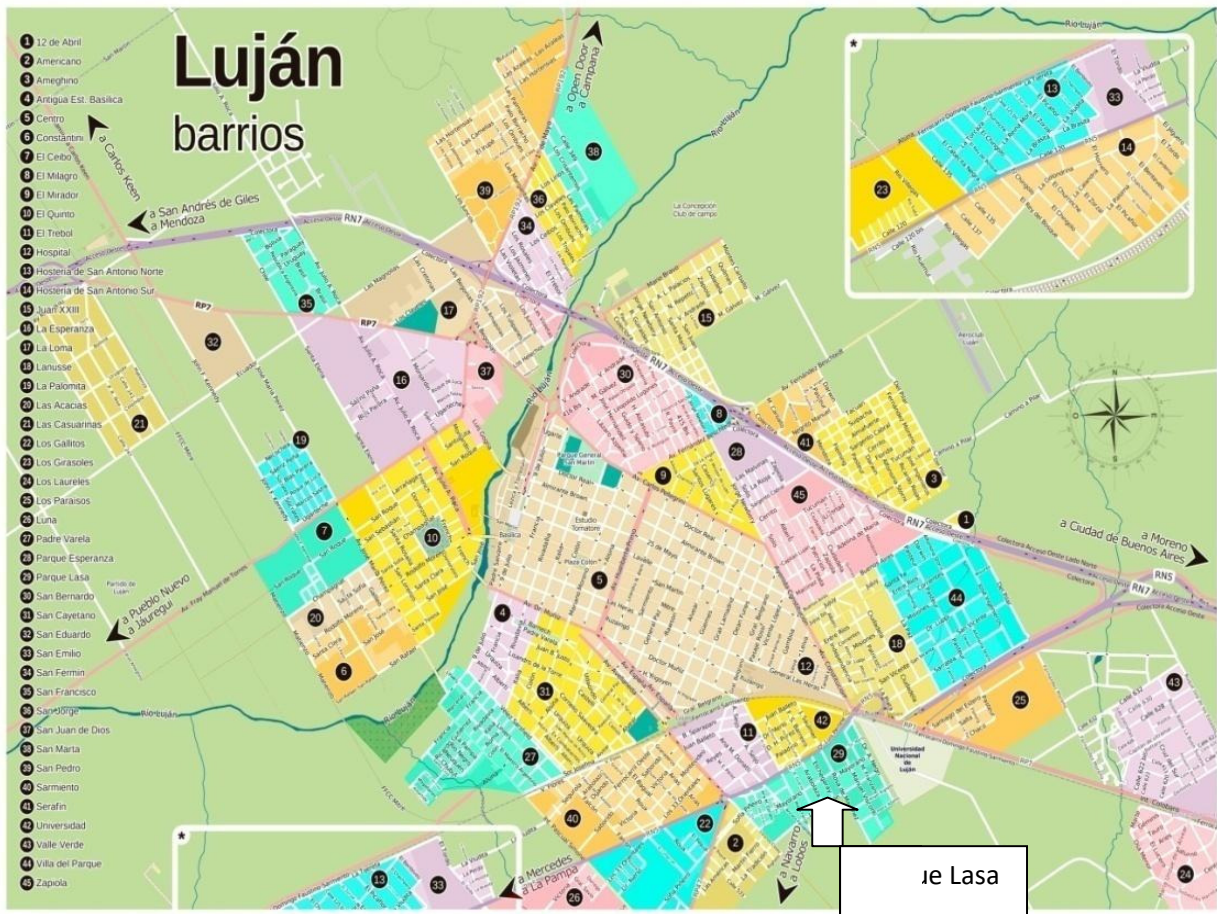
El plano elegido corresponde a uno elaborado por un agrimensor, quien sitúa la totalidad de los barrios de la localidad de Luján delimitándolos de tal forma que permite la ubicación rápida del lector en los mismos, no perdiendo las referencias citadas y estableciendo el marco del Rio Luján y las rutas Nacional N° 5 y N°7 .

---

<sup>6</sup> Primeros propietarios de las tierras del Barrio Parque Lasa

<sup>7</sup> Los partidos de la Provincia de Buenos Aires se conforman con localidades, una de ellas cabecera del mismo, La localidad de Luján y seis localidades más: Open Door, Torres, Carlos Keen, Cortines, Jáuregui y Olivera constituyen el mismo en los 800 km<sup>2</sup>.

<sup>8</sup> Basílica Nacional Nuestra Señora de Lujan, Ubicada a 100 mts del Rio Lujan. Se llega por autopista del Oeste que desemboca en la Avda. Ntra. Sra. de Luján, camino que finaliza en el complejo Museográfico Enrique Udaondo , Plaza Belgrano y Basílica Ntra. Sra. de Luján



El nombre de barrio Parque Lasa se refiere, como único dato, a un antiguo médico de la ciudad. Las calles del lugar reconocen a antiguos pobladores de la villa, Rosa de Martínez, Dr. A Negri y otros nombres como “La Tradición”. Los actuales habitantes del lugar conocen muy poco de la historia del barrio, indican que era zonas de campos que se fueron urbanizando, y su primer habitante fue Oscar Bugianesi<sup>9</sup>. Tierras debidamente alambradas, según descripciones locales, y con instituciones como la escuela 10 “R.P. Jorge María Salvaire” que cumplió 125 años en el 2015.

<sup>9</sup><http://www.hacerenlujan.com.ar/vivirenlujan/barrios/172-parque-lasa.html>

Las calles del lugar sólo están asfaltadas las de la entrada del barrio, por donde el Colectivo Local hace su recorrido. La mayoría de las calles son de tierra y es muy difícil el acceso a las viviendas de la comunidad<sup>10</sup> boliviana, situada a unas 10 cuadras de la ruta 5, la parte de atrás del barrio que limita con la zona rural.

La migración boliviana constituye la segunda en número de ciudadanos que residen en nuestro país. Observando los resultados del censo 2010, se ve claramente el incremento de la migración boliviana desde el año 1991 hasta este último censo y su comparación con otros países limítrofes en el país

**Tabla 1. Datos de población migrante a la Argentina. Periodo 1991-2010**

<b>Año</b>	<b>1991</b>	<b>%</b>	<b>2001</b>	<b>%</b>	<b>2010</b>	<b>%</b>
<b>Población nacida en extranjero</b>	<b>1615773</b>	<b>100</b>	<b>1531940</b>	<b>100</b>	<b>1805957</b>	<b>100</b>
<b>Paraguay</b>	<b>240450</b>	<b>14,1</b>	<b>325046</b>	<b>21,2</b>	<b>550713</b>	<b>30,5</b>
<b>Bolivia</b>	<b>143569</b>	<b>8,9</b>	<b>233464</b>	<b>15,2</b>	<b>345272</b>	<b>19,1</b>
<b>Chile</b>	<b>244410</b>	<b>15,1</b>	<b>212429</b>	<b>13,2</b>	<b>191147</b>	<b>10,6</b>
<b>Uruguay</b>	<b>133453</b>	<b>8,3</b>	<b>117564</b>	<b>7,7</b>	<b>116592</b>	<b>6,5</b>

Fuente: *Elaboración propia en base a los datos Censo 2010. INDEC*

Según el censo del 2010, en Argentina el 3.1% de los habitantes pertenecen a migrantes de países limítrofes, y es el registro más alto de todos los censos desde 1869. En la provincia de Buenos Aires, 667663 habitantes provienen de países limítrofes, de los cuales 147781 corresponden a Bolivia, significando la segunda población migrante de países limítrofes luego de Paraguay.

<sup>10</sup> Reconocida de esta forma por los habitantes no bolivianos de la zona

En el Gran Buenos Aires se han instalado mayoritariamente y se dedican a la horticultura como arrendatarios o propietarios. De los 15 millones de personas que habitan el Gran Buenos Aires según el censo del 2001, el 39,2 % son quinteros bolivianos (Benencia ,2005) distribuidos en distintos partidos del conurbano. En la zona oeste, se establecieron en Moreno y Lujan.

En Luján, según el censo 2010, 2668 habitantes son los nacidos en el extranjero, 1592 provienen de países limítrofes, 288 nacieron en Bolivia, y representan la tercera población migrante, luego de los nacidos en Paraguay y Uruguay.

En Luján, la comunidad boliviana está establecida en algunos barrios periféricos, en zonas suburbanas- rurales, San Pedro, Villa María, Open Door y Parque Lasa.

### **Donde se localizan los migrantes de países limítrofes**

El lugar donde viven y el modo en cómo se fueron configurando estos barrios periféricos en los que vive la comunidad boliviana puede ser pensado en términos de segregación espacial (Mera, 2011). Esta noción nos permitirá reflexionar sobre la ubicación, en la segmentación del espacio urbano, de comunidades, asociada a variables socioeconómicas, religiosas o étnicas, lo que lleva implícito que “hay una correlación entre diferenciación social y espacial”(Mera,2011, p. 1), donde el espacio sería el espejo de las diferencias sociales. Las mujeres y niños de origen boliviano residen en lugares que no cuentan con los servicios básicos; las calles son de tierra y no acceden al colectivo, ni los recolectores de residuos. No hay cloacas y el agua disponible no es segura. Las viviendas son de chapa, con pisos de tierra, y varios conviven en pequeños espacios.

Lxs migrantxs bolivianxs configuran una comunidad que se aleja de los centros urbanos donde se asientan poblaciones nativas, o procedentes de países europeos. La periferia es el lugar tanto de ellos como de otros grupos migrantes de países limítrofes.

Buzai, Baxendale, Rodríguez, y Escanes (2003) analizan la ciudad de Lujan, refiriéndose también a la “segregación espacial” para explicar cómo las diferencias o desigualdades en un colectivo urbano producen agrupamientos de sujetos según características específicas, que tienden a la “homogeneización” hacia su interior, lo que limita el intercambio con otras comunidades (Linares, 2013). Es así como se identifican el “barrio donde viven los bolivianos”, o aquí reside “la comunidad paraguaya”. Es muy significativo lo observado por Buzai *et al* (2003) al encontrar que los pobladores migrantes de países vecinos, establecen sus residencias en barrios periféricos de Luján.

Estos autores expresan en sus consideraciones finales, que el modelo de estructura espacial utilizada<sup>11</sup> en el caso analizado de Luján produce peores condiciones socio-habitacionales del centro a la periferia. (Buzai, et al., 2003)

La comunidad boliviana reside en “los anillos periféricos”, de la distribución espacial, en el lugar donde las condiciones de vida no son las mismas de quienes viven en “los anillos centrales”: viviendas precarias versus viviendas de material; calles de tierra en mal estado versus calles asfaltadas; sin agua segura, ni cloacas, no incluidos en los recorridos de colectivos, ni de recolectores de residuos.

---

<sup>11</sup>Estructura antigua de anillos concéntricos: surgida durante el período colonial, presenta un CBD (centro comercial y de negocios) que contiene los edificios del poder y la residencia de la *élite* frente a la plaza central. Luego un anillo de transición comercial y de talleres, para finalizar con la zona residencial más desfavorecida rodeando la ciudad en manchones periféricos

El lugar que habitan también da cuenta de las relaciones que se entretajan entre las familias bolivianas. Lxs recién llegados lo hacen en la quintas-campos alquilados por otros familiares para la horticultura. También en campos o lotes aledaños de quienes llegaron antes.



*Quinta de verduras, donde viven y trabajan familias de origen boliviano en el Barrio Parque Lasa*

### **Historia de las migraciones bolivianas**

Los flujos migratorios bolivianos, si bien ocurren desde el siglo XIX, se dieron con mayor frecuencia en el siguiente siglo. Las migraciones provenientes de Chile, Paraguay y Bolivia tuvieron su primer gran incremento entre 1946-1950 (Marshall, Orlansky 1983).

Desde la mirada de Jean Paul Guevara (2004), quien analiza las migraciones bolivianas en contexto de la globalización, se rescatan las cosmovisiones que rigieron pre y post colonización, que dan los fundamentos que llegan hasta la actualidad. En la época prehispánica, de quienes habitaban Bolivia, la cosmovisión era espacio-céntrica<sup>12</sup>. Durante la conquista, la concepción era

---

<sup>12</sup>Cosmovisión espacio-céntrica: se distribuían y ocupaban el territorio por medio de un manejo simultáneo de múltiples pisos ecológicos que iban desde las llanuras amazónicas hasta el Pacífico.

tempo-céntrica. Los españoles buscaron ocupar el territorio con una estrategia “expansionista defensiva” con la cual formaron las ciudades. Además crearon un imaginario de un territorio deshabitado e invisibilizaron a ese “otro” indígena, que no era reconocido ni como ser humano.

Este imaginario continuó hasta el presente en Bolivia. Un territorio con mala distribución de la población y despoblado. Desde 1826, las políticas del país se enfocaron a fomentar la inmigración de extranjeros, porque había que “poblar” Bolivia al mismo tiempo que implementaban control de natalidad para la población originaria. La migración hacia la Argentina desde Bolivia data de muchos siglos atrás, el siglo XVII, las haciendas de Tucumán ocupaban mano de obra indígena y del “collado” como le decían a la población del Alto Perú. La economía del norte se articulaba a la de Potosí, el “mercado más grande del continente” que ofrecía los productos que llegaban desde los puertos del Océano Pacífico y los propios de sus tierras.(Guevara 2004)

A principios del siglo XX, aumenta la migración de mano de obra de los países limítrofes hacia la Argentina. El fenómeno aparece con la industria azucarera, en Tucumán y luego en Salta y Jujuy. Luego de terminada la zafra, muchos de ellos se quedaban para los cultivos de tabaco o para trabajos en la horticultura.

Hasta 1947 el modelo para las migraciones hacia la Argentina respondía a un mercado laboral segmentado: por un lado, un sector productivo que se nutría de una mano de obra calificada y con altos salarios, dada por el migrante europeo, que se ubicaba en el litoral y Buenos Aires .Por otro lado, un sector menos productivo como el de las provincias que requería de mano de obra poco calificada, con salarios bajos y que dependía de la fuerza laboral.

Desde la sustitución de las importaciones<sup>13</sup>, esto cambia. Los migrantes con mano de obra poco calificada y barata, se dirigen a las zonas urbanas o rurales para tareas de la construcción o en la agricultura, ya que los argentinos que antes hacían estas tareas ahora se dirigen a fábricas y a las grandes ciudades, donde ha aumentado la demanda de fuerza laboral.

En 1952 sucede la Revolución Nacional de Bolivia, cuya reforma agraria libera a la masa laboral rural y le permite mayor movilidad y traslado. Este fenómeno junto con el proceso de industrialización por sustitución de importaciones que tuvo lugar en Argentina, son los que permiten un mayor flujo migratorio en estos años. Los migrantes bolivianos se instalan en las provincias fronterizas y luego en las intermedias, para ir continuando hacia la capital de la Argentina o a otras ciudades de la provincia de Buenos Aires (Guevara, 2004)

En la década del 70, disminuye la contratación de obreros para la agricultura por el aumento en el uso de la tecnología y, a la vez, en Bolivia se abren nuevos territorios en la Amazonia, a donde concurren pobladores bolivianos y del exterior. Los procesos militares que se dieron en América Latina durante esos años también influyeron, dado que si bien “estimaban” la salida de ciudadanos, por el exilio político generalmente, tuvieron un fuerte control de las fronteras limitando las movilizaciones de las poblaciones.

Los procesos migratorios no fueron siempre iguales en cuanto a las edades y sexo de quienes migraban (Castillo y Gurrieri, 2012). Ni tampoco las razones por lo que lo hacían.

Cerrutti (2011), efectúa un diagnóstico de la población extranjera en la Argentina, de los colectivos inmigratorios más numerosos en función de los rasgos demográficos y socioeconómicos. Con respecto a la migración boliviana, la describe en una evolución dinámica

---

<sup>13</sup>Industrialización por Sustitución de Importaciones, llamada también modelo ISI, es una estrategia o modelo económico adoptado en el territorio latinoamericano y en otros países en desarrollo con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial. La falta de productos elaborados provenientes desde las naciones europeas industrializadas durante las guerras mundiales e incluso durante la gran depresión, fue un estímulo a esta política. Lo que también se puede definir como el dejar de importar productos extranjeros y comenzar a consumir los producidos en el país de origen

que continúa creciendo, a diferencia de la de otros países limítrofes, (Sassone,2007; Cortes,2014) con impacto en sus características dado que los grupos etarios que migran son más jóvenes y se evidencia un “proceso de feminización”.

Los cambios económicos ocurridos en la última década en Latinoamérica han afectado a los grupos más vulnerables, entre ellos a las mujeres, quienes han migrado en una suerte de “estrategia adaptativa global” (Cerrutti ,2009)

Las mujeres migrantes bolivianas que entrevisté también se refirieron al hecho de haber estado en otras ciudades de la Argentina, antes que en Luján. Los migrantes bolivianos no tuvieron la misma distribución en el país; en los comienzos, los lugares elegidos fueron Salta y Jujuy, por la cercanía con la frontera de su país y por las oportunidades de trabajo. En el año 2000, quedaban solo un 22% de los migrantes en dichas provincias, distribuyéndose por otras zonas del país, Mendoza entre otras, y en los últimos años concentrándose en el área metropolitana de Buenos Aires. Estos asentamientos más recientes “se vinculan fuertemente a la crisis de las economías regionales, a los procesos de mecanización de la agricultura y al poder de atracción ejercido por la metrópoli bonaerense.” (Cerrutti, 2009).

En el caso de Parque Lasa, y de otros barrios de Lujan, los tiempos de llegada son similares alrededor de 20 años atrás, coinciden con lo descripto por los distintos autores que menciono a continuación para enmarcar la migración boliviana.

### **Migraciones y género**

La palabra migrante, se ha referido sobre todo al varón migrante desde un androcentrismo. Mientras que la mujer comienza a ser visibilizada como asociada al varón y connotada como madre o esposa. Tapia Ladino (2011) expresa que las teorías que han estudiado el tema han

tenido el sesgo de ser androcéntricas, al no estudiar el carácter complementario y funcional de los roles sexuales en la migración. Destaca el fenómeno de las migraciones como hecho de modernización de las sociedades; pero que no puede dejar de ser analizado con la categoría de género. Recién a partir de los años setenta/ ochenta, aparece un marco conceptual que permite abordar dicho fenómeno. El movimiento feminista ha sido quien primeramente dio lugar al análisis conceptual. Hoy género y migración constituyen un campo de estudio.

Magliano (2007) comenta en *Migración de mujeres bolivianas hacia Argentina*, el incremento de la participación de la mujer en los movimientos migratorios a nivel mundial y las investigaciones en relación a género, que redefinen a la mujer como un “protagonista central” de estos movimientos, destacándose en investigaciones recientes el fenómeno de las relaciones de género como determinante de los procesos migratorios.

En referencia al concepto de Género, la autora enuncia las siguientes dimensiones del género: relacional, centrado en relaciones entre hombres y mujeres, lo que implica una relación de poder ,entendida como construcción social y no como categoría universal, dado la particularidad de cambiar con las diferencias culturales, los contextos y las pertenencias de clase. Relacionará la ausencia de legislaciones migratorias y particularidades referidas al género, señalando que desde la ley Avellaneda en 1876 hasta la ley sancionada en 2003, la problemática de género fue invisible, lo que acrecentó la vulnerabilidad de las mujeres migrantes. (Magliano, 2007).

Al respecto, no solo era un problema ser migrante boliviana, sino mujer migrante boliviana, Algunas de las mujeres que entrevisté, como Alicia, Marga o Rosalía, estaban desvalorizadas o invisibilizadas, al no estar registradas como mujeres en las estadísticas que

daban cuenta de los flujos migratorios. A ello se suma los estereotipos: relegadas a la casa, a las tareas de las quintas o a acompañar a sus hijos al centro de salud, pero sin participar en los eventos sociales: como el fútbol, cuando los fines de semana los varones se reunían para jugar y emborracharse, y ellas quedaban en sus casas solas, cuidando a los hijos.

Las mujeres, en las migraciones, son elementos necesarios para la reproducción de las familias, para sumar mano de obra al trabajo y, de esta manera, reunir mayor dinero para volver o transferir a sus familiares en Bolivia.

Recién en estos últimos cinco años pude observar, cómo las mujeres no solo atendían las verdulerías, sino también formaban parte de lo que se discutía en una asamblea de trabajadores, productores, en el marco de la economía social y popular, previamente a una jornada de la feria franca que se desarrollan los sábados en el Parque San Martín de Luján.





*Mujeres de la comunidad boliviana en la Feria Franca, Lujan*

En los últimos años ha aumentado el número de mujeres bolivianas que han migrado, como se puede ver en el siguiente cuadro que toma las migraciones hacia la Argentina desde 1980 al último censo en el 2010, según sean hombres o mujeres.

**Tabla 2. Migraciones bolivianas. Distribución según sexo y año.**

	1980	1991	2001	2010
<b>Total</b>	<b>118 141</b>	<b>143 469</b>	<b>233 464</b>	<b>345272</b>
<b>Hombres</b>	<b>65 730</b>	<b>74 315</b>	<b>117 462</b>	<b>171493</b>
<b>Mujeres</b>	<b>52 411</b>	<b>69 254</b>	<b>116 002</b>	<b>173779</b>

Fuente Elaboración propia según datos del INDEC

En el caso de Bolivia, se observa que en los últimos años los movimientos migratorios, se iguala la cantidad de hombres y mujeres que se trasladan a la Argentina. Así lo confirman las

historias de las mujeres migrantes bolivianas que residen en Parque Lasa, que vinieron con sus familias a Argentina y, en el caso de regresar a su país, no lo hacen en forma individual sino en familia.

### **Las historias de Alicia y Marga**

En los relatos sobre la vida de Alicia y Marga, hablan un español distinto, producto de un contacto de lenguas, el español la lengua dominante en Argentina y el quechua, la lengua materna con la que emigraron. Alicia y Marga construyen sus expresiones de una manera particular, quizás resistiendo a la pérdida de la lengua materna. No es bilingüismo, donde se manifestarían de igual manera y simétricamente ambas lenguas, pareciera que hubo contacto de lenguas, predominando una de ellas, el español, sobre la lengua materna. Un lenguaje construido tras la fronteras, en un país que invisibiliza las distintas lenguas de sus habitantes (Fuks, 2012), trayendo como consecuencias trastornos, en la comunicación y en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, como en la educación. Por ello destaco el lenguaje de Alicia y Marga que no solo deja entrever un acento propio de la comunidad, sino lo atravesado por ellas en todos estos años en Argentina.

Alicia, procedía de Potosí, Bolivia. Ingresó a Argentina en 1984: “yo a Argentina entre en el 84”. Conoció a Toribio en Escobar, se casaron y se trasladaron a Lujan, a unas tierras que pertenecían al club local “El platense<sup>14</sup>”. Ahí iniciaron su actividad hortícola. Tuvieron ocho hijos: tres mujeres y cinco varones. María es su hija mayor de 25 años, y José de 11 años es el menor. José siempre acompaña a una de sus hermanas al centro de salud, con su sobrina pequeña de un año de edad. Su otra hermana, Lucia de 15 años, también tiene dos hijos pequeños, pero no

---

<sup>14</sup>Club Platense , fundado en 1930, con sede en el centro de Lujan y lugares ampliados de recreación en Parque Lasa

vive con Alicia. Se fue del hogar hace un año con un joven veinte años mayor, perteneciente a una familia boliviana vecina que tenía un nivel económico superior al de Lucia. Alicia estaba muy apenada por esta situación, sentía como una suerte de traición, por parte de su hija. Lucia se encontraba a escondidas con su pareja camino de la escuela, y dejó los estudios al poco tiempo de iniciada la relación. Esta situación había molestado mucho a Alicia y a Toribio. Alicia sostenía, que de esta forma su hija reproduciría el mismo modo de vida que ella, que tendría que trabajar la tierra duramente y por abandonar la escuela no podría cambiar su destino. Además, la diferencia económica de ambas familias era otra de las causas que molestaba, ya que Lucia se veía como “deslumbrada” por el nuevo lugar que habitaba.

Alicia nunca regreso a Potosí. Una tarde, camino a la casa de un familiar de ella a quien yo iba a entrevistar, me contó su llegada a Lujan:

*.... “a mí me trajeron aquí a Lujan. Benito Uño, el trajo a nosotros. Trabajaba con Duarte, allá en la loma, compraron lote sesenta pesos, frente al cementerio... ustedes no pueden vivir juntos acá y pueden vivir tranquilos ahí, así que nos trajo acá” El platense era todo campo todavía. Estábamos nosotros solos (aclara en relación a no tener vecinos.)Nos trajo con la camioneta. Y era lindo, había ciruelos. El murió joven de un ataque al corazón (se refiere a quien los había ayudado a instalarse)*

Habla lento y despacio; por momentos se ve agotada, apesadumbrada. Su relato, su postura, siempre como dibujando algo en la tierra, sentada sobre el cajón de verduras, da cuenta del trabajo que ha hecho, las dificultades económicas, las estafas que sufrieron, siendo ella la que ha intervenido en muchos negocios, pero sintiéndose no preparada, como, por ejemplo, para registrar una compraventa, sacar fotocopias, poder defenderse ante las estafas sufridas.

*...“acá también pocero tenía Peralta, capaz conoce Peralta, conocemos primer año Lujan. Entonces Peralta dijo plantar frutilla aquí , vamos a ser compadres ,te voy a con ... tus hijos compramos una .... Seiscientos pesos pagamos, para que necesitamos recibo? si somos conocidos amigos... otro día entraron con camionetas, llevaron frutilla,...*

Alicia relataba así cómo los habían estafados por quienes se mostraron como amigos y conocidos al principio de la relación, incluso manifestaron su deseo de ser los padrinos de sus hijos, *vamos a ser compadres...* Ante el reclamo de una factura por el negocio realizado, le respondieron que solo con la palabra entre amigos era suficiente.

*...Un día venia otro hombre, trajo conocido, justo cuando estábamos regando, y desarmaron y necesito llevar dijo. Metieron en una frazada grande y sacar tuercas y llevaron y cargaron, pero por eso no querían recibo. Peralta, qué pasa, para esto no querías que te diera recibo, entonces llevar dijo. Entonces se llevaron cargaron, se llevaron así, entonces teníamos que levantar la frutilla, pero con qué, no había con que. Entonces lloraba, con qué regar. Trajeron otro pocero pagar con nafta arreglaron, trajeron otro día y regamos”.*

Alicia, se veía triste, apesadumbrada. En su relato no solo se dejaban ver las dificultades para con los negocios de los que formaba parte junto con su marido, sino que reflejaba que, en general, estaba sola. “Falta hombre” repetía, argumentando la necesidad de que Toribio se hiciera responsable de la organización en el trabajo.

Diversos autores han tomado el tema de género y migración como objeto de estudio (Magliano ,2007; Cerrutti ,2011; Caggiano, 2003), desde distintos análisis, relacionando etnia genero y clase social, ejes identitarios, de las migraciones bolivianas a lo largo de este siglo.

*Falta hombres. Tiene que tener cabeza, tiene que saber leer, pero qué hago yo sola, yo pelear pero.. Antes siempre sufría, pero ahora con hijos grande, no... Yo siempre miraba, siempre miraba, trabajando sí, Toribio está trabajando, tirando la plata, entonces yo creo en Dios. Nomas, solo en Dios.*

Las dificultades a su llegada a Argentina no fueron pocas. Estafas, negocios que no se llevaban a cabo por demasiada confianza, o falta de educación ya que muchas familias llegadas en esos años tenían un bajo nivel educacional o eran analfabetos.

*Caballo lo mismo, nomas... Yo compré caballo en Villa Rosa, ciento veinte dólares compré. Yo le vendo caballo, ustedes son trabajadores, veinte dólares tenía, mi primo me prestó cien, entonces con ello compramos , justo... Bueno, entonces un recibito entregamos, agarramos ese recibito me voy a Entre Ríos, caballo y certificado te voy a entregar, vamos entonces Alicia a llevar, entonces vamos fui con mi sobrino, vamos a arreglar caballo, entonces justo llegamos casa de la señora. Pasen, pasen... Está la cocina de cuatro hornallas, está prendida fuego, ¿quiere tomar mate de bombilla, don Toribio? Buena gente pensé, cómo iba pensar que iba a quemar recibo. ¿Trajiste recibo de compraventa? Dijo. Yo llevé, yo tonta no sabía fotocopiar. Yo agarré cuaderno, mirando otro cuaderno. “Tomate dos mates bombilla” me invitó. Toribio dos mates bombilla tomó. Después dijo “no, ese recibo no necesita”, que mañana traer caballo temprano, caballo traer mañana no señora yo no voy traer caballo, yo necesito para trabajar en la quinta, porque me hipotecaste, bueno dame ciento veinte dólares. Cocina prendida y así, así, lo pisotearon y quemaron, nos llevaron a la comisaria, sufría. Susana era chiquita, cargaba como bebé, llevaron a la comisaria. Yo no puedo traer caballo, muy viva la señora, esa de Villa Rosa .Trajeron formulario, yo no vendía caballo, me lastimaron caballo, rompieron pecheras, ....trayendo a San Isidro entregaron formularios en Villa Rosa Pero Dios es siempre bueno...*

*yo siempre ...perdí la plata, pero este caballo se robaron también ...Nunca ... yo sufriendo, luchando, ellos siempre, pero por eso yo creo en Dios siempre (Registro de campo Nov. 2011)*

Alicia me contó varias veces estas historias y su necesidad de poder pensar para que no se aprovecharan de su “falta cabeza” y no saber leer. Entre esas historias, estaba la de la enfermedad de Toribio, que les había insumido mucho tiempo y Alicia debió sostener la familia y el trabajo en la quinta. Quizás todos estos hechos se corporizaban en ella; siempre triste, apesadumbrada, pensante, las manos callosas que se mimetizaban con la tierra que trabajaba. El sufrimiento de años de trabajo, de soledad, en tierras que no eran suyas, con un marido que no acompañaba en las dificultades, con muchos hijos. Y el dolor, ese dolor que aparece silencioso a la vista de los otros, pero que fluye sin descanso ante una charla como la que tuvimos una tarde en su casa.

Toribio enfermó y debió operarse de la vesícula; por una arritmia ocurrida en la sala de operaciones, la cirugía se suspendió y concurrió al cardiólogo. Necesitaba un marcapasos, (no he visto su historia clínica, pero presumo que tenía mal de Chagas, uno de los problemas de salud más frecuente en la comunidad boliviana, como también en parte de la población del noroeste argentino). Le colocaron el marcapasos en el Hospital Posadas, y luego se pudo operar de la vesícula. Durante ese tiempo, Alicia se hizo cargo del trabajo y la familia. Era tema reiterado de sus conversaciones, con un dejo de dolor y bronca, ya que Toribio tenía problemas de alcoholismo y ella sentía que todo su esfuerzo había sido en vano.

Alicia había tenido tuberculosis, enfermedad que se repetía en otros integrantes de la comunidad boliviana. Un médico especialista en tuberculosis adjudicaba la situación a una

cuestión “*étnica*”. Seguramente ese médico desconocía las condiciones de vivienda, el hacinamiento, la mala alimentación que favorecía a la reproducción de la enfermedad.

Una tarde acordamos que la pasaría a buscar e iríamos a la casa de Marga, otra mujer boliviana, que yo conocía porque llevaba a sus hijos al centro de salud. Mientras caminábamos, charlábamos. Me conto que tenían dificultades con la bomba de extracción de agua que les permitía regar la quinta.

Me fue mostrando quienes eran los vecinos, sus nombres y con quienes vivían. Me mostró su nueva vivienda donde van a dormir; es de material, tiene varias habitaciones y marca diferencia con la vivienda anterior.

Caminamos juntas, algunos tramos solo con el sonido de nuestros pies pisando las hojas y el canto de los pájaros de fondo. Alicia hablaba poco. Solo cuando preguntaba algo me contestaba.

Al llegar a lo de Marga, nos recibe una de sus pequeñas hijas, quien al verme huye hacia la casa. Alicia comenta riéndose “*cree que la vienes a controlar y se asusta*”. Mientras esperamos hace una referencia al viento, que sopla fuerte en ese momento y anuncia tormenta

Cuando Marga aparece, la charla ronda sobre mí hacer en la sala. Sale el tema de las vacunas, a qué hora se vacuna, ver si los más grandes, (en relación a los hijos) tienen las vacunas. La más pequeña de siete años concurre por problemas de aprendizaje al centro de salud



*Cultivo de frutillas, en la primera etapa, en Mayo , que requieren de un riego especial , como también la utilización del plástico que las protege. Estos cultivos están contiguos a las viviendas de las familias bolivianas*

Marga tiene siete hijos. Su primera niña, nació en Pichanal (Salta), otros tres en Pilar y los últimos, en Luján. Siempre nacieron en Hospitales.

Marga tiene quinta y también una verdulería a dos km de su casa, donde comercializa su producción y también la que traen de Escobar. Se la ve cansada, preocupada. Observo que es la hora de la siesta, y me aclara que no, que estaba mirando la televisión.

Al comentar que me interesaba saber cómo se curaban donde asistían por enfermedad. Alicia y Marga me explicaron, como dándome una clase, sobre cómo utilizar el eucalipto para bajar la fiebre o para la tos. Entre otras recomendaciones, me dijeron: *“tosto el azúcar y después ponés la hojita y sabor eucalipto y lo tomás”*.

Marga llegó a los 19 años a la Argentina. Alicia se ríe y acota: *“escaparon con tu marido”* Eran novios y salieron de Bolivia y *“después de tres años fui a casa”* para casarse en Potosí.

“*Nunca pelean, viven tranquilos*” comenta nuevamente Alicia, y saca cuentas de cuántos años tiene ella actualmente, 49, y su pareja Toribio 50.

Ese día, al regresar, pasamos por la casa de un paisano boliviano que tiene problemas de alcoholismo. “*Está durmiendo, siempre tomaba, no conocía, no hablaba*” Alicia hace un comentario sobre como está, y que ahora está en casa de una de sus hijas.

El alcoholismo es un problema que sufren las familias bolivianas. En general, los hombres toman mucho los fines de semana y vuelven borrachos a la casa. Alicia padeció este problema con su marido. Ella siente que todo lo él que ha pasado, la arritmia, el problema de la vesícula, no le ha significado nada y ha vuelto a beber y fumar.

Estas historias permitieron reconstruir recorridos asistenciales, o conocer tratamientos con hierbas medicinales. Pero, también conocer cómo viven las mujeres migrantes bolivianas, cuyos hijo/as yo asistía en el centro de salud, encontrando respuestas a problemas de salud que quedaban incompletos en la comprensión de los mismos ante el recorte de una historia clínica.

### **La escuela**

En el barrio parque Lasa, la escuela que lleva por nombre Reverendo Padre Salvaire, ha cumplido 125 años. Nació el 1ro de Marzo de 1890, y su primera sede no fue en Parque Lasa sino en la calle 9 de Julio y 25 de mayo de la ciudad de Luján, en una vivienda donde vivió José María Estrada.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup>Escritor, historiador y diplomático argentino 13/07/1842-17/9/1894



*Escuela Nro. 10 Párroco Padre Salvaire. Parque Lasa*

Desde 1944 ocupan el actual edificio escolar situado en la calle Sofía Piñeiro y Lorenzo Casey en el barrio Parque Lasa.

Por esta escuela han concurrido los hijos de los migrantes bolivianos, seguramente desde más de 25 años, teniendo en cuenta los procesos migratorios en Lujan y el relato de las 3 vecinas Según la maestra, actualmente concurren los niños de seis familias de origen boliviano: *Conde Aguilar, Uño, Chura Paco, Porco, Owen, Gutiérrez*”(la maestra pronuncia sus apellidos tal como si pasara lista de la misma)

Cuando entrevisté a las maestras, se mostraron interesadas en contar historias relativas de los migrantes, señalando sus aptitudes o valores

.....*“unos muy buenos los Gutiérrez”*

.... *“La hija de Marcelina salió abanderada”*

.... *“Notamos que las familias quieren que compartan la forma de vida”*

Destacaba los valores que consideraba para ser buen ciudadano, digamos como asemejarse a un modelo de familia, pocos hijos, aplicados, calladitos, sumisos.

*“no se multiplicaron tanto”*

*“son buenos, no traen problemas”*

*“cuando ellos se encariñan, empiezan acercarse”*

*“muy comprometidos con la escuela, le dan un valor a la educación “*

*“eran muy silenciosos”...”internalizar esa cultura del silencio*

Parece un listado de expresiones felices respecto de esta población. Sin embargo, dejan entrever las formas de relación, de dominación, de sumisión en su igualarse con la cultura dominante. Por momentos, las relaciones de poder se evidenciaban ante expresiones como *“cuando se encariñan empiezan a acercarse “que se percibía más como si hablaran de un animal que de un ser humano.*

Hay similitudes con lo que sucede en un centro de salud. El que enseña, maestro, argentino/a, se reconoce superior, aunque no lo explicita conscientemente. Quizás más

naturalizada, esta asimetría se da en el centro de salud con la omisión al hablar con una mujer niño u hombre de origen boliviano, no contestar sus preguntas, discriminar con adjetivos su hacer, o estigmatizándolos con estereotipos. Muchos indicios muestran cómo las instituciones públicas de salud y de educación están atravesadas por esta cultura de dominación, que homogeniza y hegemoniza *el saber*.

En una entrevista a una maestra de la Escuela 10, me relató cómo eran los intercambios que se daban entre las mujeres madres bolivianas y las docentes.

.... “cuando se encariñan empiezan a acercarse”. Para ciertas celebraciones escolares, donde las maestras debían vestirse con ropa propia de las mujeres bolivianas, las madres de sus alumnos se las prestaban gustosas, y al mismo tiempo bailaban con ellas. Este relato trajo a mi memoria un episodio ocurrido el primer sábado de agosto del 2012, cuando en la sede de Copacabana<sup>16</sup>, luego del almuerzo, comenzó la parte musical, que consistía en la presentación de varios hombres tocando distintos instrumentos como quenenas, sikus, charangos, para luego continuar con varios sikuris danzando en círculo y repitiendo una y otra vez la melodía. En el almuerzo me había encontrado con varias de las mujeres bolivianas que solían concurrir al centro de salud con sus hijos. Una de ellas, en determinado momento fue a cambiar su vestimenta y ante la aprobación de su marido, uno de los sikuris, volvió con una pollera típica, quizás una de las que intercambiaba con las maestras de la escuela. Y comenzó a bailar invitándome a hacerlo. Recuerdo que por más de media hora bailamos en círculo hacia un lado y hacia el otro, tomados de la mano. El baile fue colectivo como era la música de los sikuris.

---

<sup>16</sup> Copacabana, es el mercado cooperativo de la comunidad boliviana en Lujan, donde se llevan los productos de sus quintas para el intercambio y comercialización. El mes de Agosto resulta clave para las celebraciones de la comunidad boliviana, culto a la Virgen de Copacabana. En el año 2012 fui invitada a participar de la fiesta compartiendo un almuerzo con la comunidad boliviana que reside en Lujan.

También la docente hizo referencia a una presentación que Marcelina hizo en la escuela con su telar, mostrando cómo se tejía. Eran habilidades adquiridas desde pequeñas, que compartió con los alumnos en el patio de la escuela. Este hecho era recordado con alegría, ya que todos/as los presentes disfrutaron tanto como Marcelina, orgullosa de mostrar su telar.

En esos tiempos, en la escuela había una huerta de la que participaban varios cursos, y se destacaba la sabiduría de los hijos de migrantes bolivianos en el manejo de la tierra. Igualmente, así como se reconocía este saber, se criticaba a los padres por el “trabajo infantil” porque muchas veces cuando los niño/as regresaban a sus hogares compartían con ellos el trabajo y no cumplían con las tareas solicitadas por las maestras. En mis recorridas no vi a los niño/as trabajando con sus padres y cuando lo pregunte a una de las mujeres bolivianas, respondió que solo cuando eran más grandes los ayudaban en las tareas de las quintas. Desde la ventana del consultorio del centro de salud, que daba a la calle, veía, en las mañanas temprano, caminar a la escuela a varios niño/as descendientes de mujeres bolivianas, quienes aun con las inclemencias del tiempo igual concurrían. Como se verá en el relato de éste y otros capítulos, los hijo/as migrantes concurrían a la escuela en todos los niveles, jardín, primaria y secundaria. Sus padres eran analfabetos, o no habían finalizado la escuela primaria en su mayoría.

### **El centro de salud Parque Lasa**

El Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Lasa, como se conoce en la actualidad, transitó por distintas denominaciones que respondieron a los distintos momentos del sistema de salud Municipal en Lujan, y es el reflejo de cómo se concebía el primer nivel de atención, desde la década de los 80, al concebir que los lugares donde la atención- cuidado de la población. Debían estar cerca de esa población. Es así como surgen en casas de vecinos o sociedades de

fomento, lugares donde asistía un médico y, con suerte y gestión, se otorgaba al lugar una enfermera, mejor dicho un auxiliar de enfermería <sup>17</sup> El recorrido desde ser salas de primeros auxilios a centros de atención primaria de la salud (CAPS) habla del tiempo histórico transcurrido, de las ideologías en salud <sup>18</sup>, que distaban de la tan preciada Atención primaria de la salud, o de los Cuidados Primarios como se conoció en su comienzo, dado que la perspectiva era hospital-céntrica, recordando que algunos médicos sostenían que no eran necesarios los Centros de Atención Primaria de la Salud, si se contaba con un buen Hospital.se lo conoció como “sala de primeros auxilios”, “centro periférico de salud”, y la “salita” para la comunidad del barrio. Actualmente, forma parte de los 24 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que constituyen el primer nivel de atención. Su área programática delimitada por la ruta 5, la Universidad Nacional de Lujan y zona rural, la conforman los barrios Parque Lasa y Americano. Y un área de influencia que se extiende a los barrios Sarmiento, El Trébol y Los Gallitos.

El área programática contempla una población de alrededor de los 2000 habitantes según las proyecciones del Censo 2010.

El primer nivel de atención depende de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, dentro de la estructura de la Secretaria de Salud y Medio Ambiente de la administración municipal de Lujan. Como segundo nivel de atención se encuentra al Hospital Ntra. Sra. de Lujan, también de administración municipal.

---

<sup>17</sup> En los inicios de los 80 , los recursos asignados al primer nivel de atención, no eran personal especializado, y pasaron casi dos décadas hasta que los auxiliares de enfermería fueron enfermeras , y actualmente licenciadas en enfermería, la profesionalización no solo implicó un cambio de categoría dentro de la carrera de enfermería sino que también pretendía mejorar el recurso en la atención cuidado de las personas.

<sup>18</sup> De un modelo hospital céntrico, era de esperar que los centros de salud se reconocieran como salas de primeros auxilios y luego como centros periféricos de salud, lo cual mostraba claramente que el centro era el hospital y lo periférico, lo que estaba por fuera era el centro de salud, que justamente estaba cerca de la comunidad.

El CAPS Parque Lasa cuenta con los siguientes servicios: enfermería, pediatría, medicina general y obstetricia. Se encuentra disponible en el horario de lunes a viernes de 7 a 16hs. En este horario se encuentra la enfermera; los demás profesionales concurren dos o tres veces por semana durante 4 o 5 horas .El recurso humano que no es de enfermería es compartido con varios CAPS, lo que dificulta el conocimiento de la comunidad y limita la actividad en atención primaria a la asistencia, con escasa actividad en talleres, o en promoción de la salud y prevención. En el tiempo en que formé parte de este centro de salud, el horario limitado de 7 a 15hs. -que sigue siendo el mismo en la actualidad, al igual que muchos centros de salud de Lujan- era una barrera de accesibilidad para quienes requerían de la atención, asistencia, razón por la cual concurrían a la guardia del Hospital municipal, o regresaban al día siguiente para poder resolver el problema de salud, si es que se encontraba el médico/a solicitado.



*Sede del Centro de Atención Primaria de la Salud en la Sociedad de Fomento de Parque Lasa. En los años 2008-2010*



*Primera sede del Centro de salud, entre los años 1990-2008. Corresponde a los fondos ,contra frente de la foto anterior de la Sociedad de Fomento de Parque lasa, los pacientes ingresaban por el costado de la construcción y por la puerta que se observa, se accedía a la pequeña sala de espera, la a la ventana a la izquierda de la puerta correspondía al consultorio medico*

Estas dificultades en relación al personal siguen actualmente. El que un médico generalista comparta la totalidad de las horas asignadas en dos o tres centros de salud, no solo limita la atención-cuidado de la población, sino también el conocimiento del área de responsabilidad, conocer- caminar el barrio, tener un diagnóstico comunitario, poder participar de talleres de salud, promoción, prevención. Y parece responder más al modelo de “atención primitiva” (Testa , 2004), ya que no se constituye en una puerta de entrada al sistema de salud, al no poder resolver los problemas de salud de la población ni referenciarlos en forma adecuada. Otra característica es la capacitación del personal que trabaja en el primer nivel de atención; si bien se han dado algunos cambios en los últimos años, aun dista de ser el perfil adecuado para atención primaria de la salud. En este CAPS, la enfermera recibía capacitaciones en vacunación, infecciones respiratorias, salud sexual y reproductiva, VIH-Sida, tuberculosis, pero faltaba reflexionar sobre

los problemas actuales de salud. También se destacan dificultades en cuanto a la referencia y contra-referencia, entendida como la articulación entre los distintos niveles de atención para la resolución de un problema de salud, que implica adecuados diagnósticos y tratamientos, como también un seguimiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, y un acompañamiento por parte del equipo de salud.



*Entrada a la sede actual del CAPS Parque Lasa desde 2009*



*Mural en el frente del CAPS Parque Lasa realizado en el año 2016*



*Erica, Médica generalista y Elba, promotora de salud del CAPS Parque Lasa en la actualidad.*

Las estructuras edilicias cambiaron de una década a la otra, pero los “recursos humanos” destinados a la Atención Primaria de la Salud, mantuvieron su estructura y su modelo de atención, a pesar del tiempo transcurrido.

### Capítulo 3.

#### Un contexto que desubica

*Marcelina concurrió con su hija menor de 9 meses a la consulta en el centro de salud. Mientras esperaba junto a otras madres la atención de su niña, decidió cambiar los pañales de la pequeña. Tendió la manta de colores, el aguayo, en el suelo y recostó a la niña. El cambio de pañales no era la sorpresa con que las otras mujeres miraban a Marcelina; era la acción de haberlo hecho en el piso. En ese momento, abrí la puerta del consultorio para llamar al siguiente paciente y todas las miradas de las mujeres en el lugar se dirigieron a mí, como interrogando sobre esta acción, tan distinta a la que ellas, las “argentinas” hacían con sus bebés. No se trataba del cambio de pañales, ellas también lo hacían, sino que lo había hecho en el suelo. Pero falta una parte a la escena que relato: Marcelina colocó un nuevo pañal a su hija, desechó el sucio, la envolvió en un aguayo, y la levantó sobre sus espaldas, a la espera de la atención, como las otras madres. Saludé a las mujeres presentes que, al mismo tiempo, me miraron como esperando un comentario sobre lo sucedido. Había presenciado esta escena muchas veces y, como siempre, acompañé lo sucedido con una sonrisa. (Registro de campo junio 2010)*

Este registro de campo podría ser el retrato de las mismas situaciones vividas en el Centro de Atención Primaria de la Salud de Parque Lasa, en Luján. Marcelina era una mujer y madre de una niña, como las demás mujeres que esperaban a ser atendidas. Pero en el cambio de pañales había algo distinto. ¿Era el aguayo? Las otras mujeres colocaban un pañal, una manta, su misma ropa o un saco para apoyar al bebé y poder cambiar sus pañales, pero no lo hacían sobre el suelo,

¿Por qué Marcelina procedía de esa forma? A mí también me extrañó. Ya la había visto en otros momentos cambiarle los pañales a su hijita en el suelo y, sorprendida, la observaba al igual que las otras madres, con mezcla de asombro y curiosidad al ver cómo lo hacía y tratando de entender el porqué. Dentro de mis supuestos, la búsqueda se enmarcaban en las pautas de crianza de una cultura occidental, desde mi propia crianza hasta lo aprendido como estudiante de medicina en lo que se llamaba puericultura (donde los pañales se cambiaban sobre una superficie a la altura de los brazos, sea una cama o una mesa, pero no en el suelo). El asombro y curiosidad actuaron como inhibidor de toda acción por mi parte. Sentía una tensión entre dejar hacer e intervenir según mis saberes. Pero opté por observar. Algo decía que debía esperar, que la repuesta surgiría si seguía mirando y no interviniendo. Así, con el tiempo descubrí que Marcelina cambiaba a su hija sobre el aguayo en el suelo porque la mayoría de las veces ella acomodaba a la pequeña sobre sus espaldas. Y la acción para elevarla no se podía hacer si no estaba en el suelo, ya que envuelta en la manta y con un pequeño giro de los brazos de su madre, la niña quedaba ubicada para que Marcelina pudiera tener los brazos libres. En su modo de hacer, también Marcelina representaba una cultura.

Marcelina es migrante boliviana. Ha llegado de Potosí, hace unos años en este último siglo. Esta es su primera hija y desde que nació se ha acercado al centro de salud para buscar atención médica, solicitar que le apliquen vacunas y controles de salud.

*Marcelina levantó a su pequeña a sus espaldas, bien protegida por el aguayo, seguramente tejido por ella. Modos de comportarse distintos, en los que podemos comprender aspectos de las historias de vidas. Recuerdo una entrevista realizada en la feria, donde ella trabajaba vendiendo los productos de las plantas que cultivaba. Un aguayo tendido sobre una mesa oficiaba de mantel. Sus colores me llamaron la atención y ella me contó que lo había hecho, describiendo el*

tejido. Ese aguayo hablaba de por sí de muchas otras cosas: de aprendizajes en la infancia, de trabajo, de crianzas. Expresaba lo aprendido y compartido entre individuos y grupos sociales, que además de socializar las actividades, las hacen inteligibles y estandarizaran para reconocerse en los símbolos, en las acciones por su “hacer” que indica un “porqué hacer” (Langdon y Wiik 2010) y traduce costumbres de otros lugares en estas tierras, propio de cada grupo social.

En este capítulo, describiré el contexto donde tiene lugar una práctica como la anteriormente mencionada y otras similares, para tratar de desentrañar en qué sentido encuentros/desencuentros culturales tiene lugar en un Centro de Atención Primaria de la salud de Luján y en la cotidianeidad de las mujeres migrantes bolivianas.

### **El aquí y el allá**

Como Marcelina, otras mujeres -Rosalía, Benancia, Alicia, Marcelina, Margarita, Timotea- concurren al Centro de Salud de Parque Lasa, en Luján en busca de una atención médica para sus niño/as adolescentes.

¿Quiénes son Marcelina, Rosalía, Timotea? Para quien lee este trabajo, pueden significar un nombre de mujer como tantos otros. Pero no es así. Ellas representan en este trabajo a la mujer madre migrante de origen boliviano que ha llegado a estas tierras, tan lejanas de las suyas, tan lejanas de sus familias de origen, que decidieron o acompañaron la decisión de otros de vivir en otro lugar. “*Vinimos por pocos meses, y nos quedamos a vivir*” cuenta Elva en una entrevista. Quizás en esta frase se vislumbran algunos motivos de quienes migran: visitar a sus familiares, acompañar en el trabajo por breves temporadas, buscar un lugar con mejores condiciones de tierra y trabajo “*Allá en Bolivia es todo a pulso, aquí también, pero no tanto sacrificio como en Bolivia, aquí la tierra se prepara con tractor*” (Registro de campo Mayo 2013).

“Aquí “y “allá”: dos palabras, dos adverbios de lugar para la gramática, que indican lugares donde están y de dónde vienen. Argentina y Bolivia; Escobar, Pilar, Moreno, Luján, ciudades de la provincia de Buenos Aires en Argentina y Potosí, Cochabamba, La Paz, por el Estado Plurinacional de Bolivia. Lugares de donde provienen, lugares adonde llegan, viven, trabajan.

El “aquí y el allá” juntos en la escena del centro de salud, en lo cotidiano, donde “la salita” daba un marco especial, particular del encuentro de dos mundos sociales y culturales, a través de un hecho donde se extrañan el uno del otro. ¿Qué hacen esas mujeres en este lugar cambiando a su hijo sobre el piso del centro de salud? La escena me desubica, me es extraña, también a las otras mujeres presentes que miran sorprendidas. Pero aun en el asombro, ninguna de las presentes emite una opinión de rechazo o de aprobación; más bien, es la sorpresa la que las interroga.

En estas tierras, las mujeres argentinas no tienen esa práctica, pero Marcelina la realiza sin ningún problema, y no porque requiera una técnica especial. Está realizando una práctica de la crianza de su niño habitual en el altiplano boliviano<sup>19</sup> que no es común en estos lugares<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Altiplano boliviano: región que comprende desde el sur de Perú, norte de Chile y Noroeste de Argentina

<sup>20</sup> Me refiero al hecho del uso del aguayo, elemento usado entre las mujeres de origen boliviano que asisten al centro de salud de Parque Lasa.



*Lactante recostada sobre el aguayo para ser envuelta en el mismo, esta sobre el piso del consultorio de salud, Parque Lasa, observando a su madre quien ha dejado cerca dos bolsas de las que se utilizan comúnmente para ir al mercado, las mismas con la que asiste a las consultas, el muñeco cercano a la niña pertenece a la caja de juguetes del consultorio, también acompañando a la niña en la escena.*



*Marcelina y su pequeña niña a sus espaldas, ya lista para emprender el regreso a su casa distante unos 7 km, deberá caminar unas 10 cuadras hasta la parada del colectivo, que la acercará a su hogar,<sup>21</sup>*

El “aquí y el allá” parece atravesar la descripción del Barrio Parque Lasa, de la escuela y del centro de salud.

Esta conjunción de adverbios, donde la “y” simula una frontera, de qué índole me pregunto, ¿solo geográfica? ¿Estar en Potosí? ¿Estar en Lujan?, ¿de identidad?, de culturas?

Cuando digo “aquí y allá” las fronteras se desdibujan o configuran según como lo miremos, Agier (2015) me ayuda en estas reflexiones. Este autor identifica frontera como

---

<sup>21</sup>Esta foto la saque uno de aquellos días ,en el año 2010, en el consultorio del centro de salud, cuando Marcelina cambiaba a su hija, le pregunte si podía sacar la foto, y accedió sin inconvenientes, en ese momento en el consultorio también participaba un residente de Medicina General, que rotaba por el CAPS Parque Lasa , recuerdo que la niña se mantenía seria mientras estaba recostada y mirando al medico, cuando Marcelina lpuso a sus espaldas , su mirada cambio totalmente como diciendo “Ahora tu y yo estamos a la misma altura”

límite, y como paso, que se diferencia de un muro, comparando con la alteridad y la identidad. En sus primeros capítulos de “Zona de Frontera” intenta comprender frontera- muro, Analiza que la frontera implica “separación y relación” a la vez “de la relación al encierro identitario y desaparición del otro es decir desaparece esa alteridad sin la cual las identidades no pueden existir socialmente” (Agier, 2015, p.20).

Cada una de las mujeres migrantes bolivianas tiene una identidad, que quedó en ese “allá” y que esta “reconstruyendo” ahora.

*....Marcelina concurrió con su hija menor de 9 meses a la consulta en el centro de salud, mientras esperaba junto a otras madres la atención de su niña, decidió cambiar los pañales de la pequeña, tendió la manta de colores, el aguayo, en el suelo y recostó a la niña.*

Marcelina irrumpe en un ahora y un aquí, en la sala de espera del centro de salud. Instala una frontera, a modo de “situación” y “relación con el otro”.

Definen fronteras *los lugares inciertos, los tiempos inciertos, las identidades inciertas, ambiguas, incompletas, las situaciones indeterminadas, las situaciones intersticiales, las relaciones inciertas* (Agier, 2015). Instala una relación en la sala de espera, “el aquí” con un “otro”, Marcelina y la acción del cambio de pañales.

Agier (2015), explicara a través del *rito de la frontera*, que determina separación y relación con el mundo natural y social. Reconociendo tres dimensiones: una dimensión temporal, las mujeres bolivianas no estuvieron desde siempre en Lujan, y tampoco Marcelina siempre cambió pañales de su hija en un centro de salud; fue una relación entre lugar y comunidad en un determinado momento, donde el tiempo también opera en este “rito de frontera”. La segunda dimensión se refiere a las mujeres argentinas. Por último, la frontera es espacial, un adentro y un

afuera. En la escena descrita del pañal, pareciera que no hubiera solución de continuidad espacial, como un continuo Marcelina y su hija, las otras mujeres argentinas con sus pequeños y yo, médica del centro de salud. Pero aun no experimentando límite alguno, el mismo existe por más fino e invisible que se muestre. Su carácter liminar, con referencia al pasaje; un umbral y entrada a una ley diferente del sujeto que allí se encuentra, y adquiere nuevas identidades en relación con ese otro. Otro rasgo de la **liminaridad** es el social, ese margen que parece suspendido temporalmente y produce *la experiencia de una separación con el mundo social oficial*.

### **Ellas en el aquí y allá**

En las recorridas por donde vive la comunidad boliviana en Parque Lasa, me encuentro, en distintos momentos con Rosalía, Alicia y Margarita, mujeres que vinieron a Lujan hace 20 años, madres de niño/as que veo habitualmente en el centro de salud.

*....Acá en Lujan hace 20 años que estamos, estuvimos por Pilar, Escobar.*

Las tres coinciden en los tiempos que llevan viviendo en Lujan

*....Primero viví por el Platense<sup>22</sup> luego nos vinimos aca. (Alicia 45 años)*

Alicia llegó en 1984 a la Argentina, en Escobar<sup>23</sup> conoció a Toribio, su esposo, con el que tienen 8 hijos, entre 11 años el hijo menor y 25 años la hija mayor

---

<sup>22</sup>Espacio de recreación con una escuela de fútbol infantil de un Club de Luján situado en Parque Lasa

<sup>23</sup> Municipio de la provincia de Buenos Aires

El relato de cada una de ellas es similar al de Alicia. Llegaron entre los 80 y los 90 del siglo pasado. Provenían de Potosí y estuvieron en Escobar, Pilar y, finalmente, se asentaron en Luján.

No sin dificultades, muchas familias migrantes alquilan los lugares donde viven, donde trabajan.

*....Siempre vivimos los mismos, mi papá mi mamá mis hijos y mi marido,....La casa no es mía. Pedí ayuda a la municipalidad, pero me dijeron que la propiedad tiene que ser tuya, cuando me acerqué a la “salita” a pedir ayuda de chapas materiales para hacerme mi casa.*  
(Rosalía, registro de campo, 2011)

Las viviendas son en su mayoría construidas con chapas, tienen piso de tierra y se visualizan cajones de verduras en todos los patios (es el mobiliario más común). En algunas casas, los cajones tienen grabados apellidos de aquellos productores que proveen su mercadería en la feria. Aprendieron que el cajón tenía un valor extra y debía ser conservado para disminuir los costos en la comercialización.

No cuentan con servicios sanitarios, el agua en el mejor de los casos es de bomba, alguna letrina hace las veces de baño. La recolección de residuos es dos veces por semana y por el estado de las calles, supongo que no debe ser frecuente durante los días de lluvia<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> En Luján, las lluvias producto de los cambios climáticos de estos últimos años, han tenido un impacto en distintos lugares del partido, produciendo inundaciones, las mismas se debieron en algunos barrios al desborde del Río Lujan y arroyos afluentes del mismo, que tuvo como causas una complejidad dada por el cambio climático, la construcción de canales clandestinos en lo que se denomina “rio arriba” y la ocupación de humedales “rio abajo”, en los últimos cuatro años Lujan tuvo 7 inundaciones, la mayor de ellas en extensión se produjo el 10 de Agosto del 2015. El otro motivo que reconoce la inundación en barrios alejados del rio como en el caso de Parque Lasa, Villa del Parque, Lanusse. Es por anegamiento teniendo que ver el no escurrimiento adecuado de las aguas, por falta de zanjeos, o construcción de autopistas que hacen las veces de dique provocando la inundación en un barrio.

Alicia habita una casa construida con chapas de distinta procedencia y uso, un tinglado precario protege del sol la entrada a la vivienda. Una mesa de madera desvencijada, cajones de verduras dispersos y la quinta de verduras sin límite alguno, forman parte del espacio donde Alicia, Toribio y su familia viven. La tierra en un continuo, parte cultivada, en parte disponible para el descanso de varios perros.

En los últimos años, construyeron una edificación de material a unos cincuenta metros de donde viven, que tiene dos pisos. Según comenta Alicia, allí es donde descansan durante la noche y permanecen en la primera gran parte del día. Han tratado de adquirir la tierra donde viven. Como la mayoría de estas familias, alquilan las “quintas” para trabajarlas, se instalan precariamente y en general no se les permite edificar de otras maneras. Si solicitan ayuda al municipio, se les presentan obstáculos por no ser terrenos propios.

### **Como es trabajar acá siendo de allá**

El trabajo se inicia muy temprano, casi de madrugada para algunos, principalmente para quienes concurren al mercado de verduras, en el mercado de Liniers o la Cooperativa<sup>25</sup> de Lujan. Las mujeres y los hombres concurren a tempranas horas del día al mercado. Si el hombre concurre al mismo, la mujer inicia las actividades en la quinta, abrirá la verdulería con las verduras frescas traídas de su quinta, regresará a su casa pasada las dos y dormirá un rato. Recuerdo haber visto a una de ellas dormir en su negocio, acurrucada detrás del mostrador, mientras su hijo de unos catorce años atendía a los clientes. Los hijos concurren en su mayoría al jardín de infantes, la escuela primaria y secundaria; los lactantes y que aún no acceden al jardín están con sus madres durante las tareas de cultivo y recolección de verduras en las quintas.

---

<sup>25</sup> Cooperativa frutihortícola Copacabana , sita en Gaona ,Lujan

En su relato, Rosalía hace una síntesis de estas actividades:

*Nosotros para poder rendir, sí... y ahora que empieza el calor, te conviene entrar bien temprano, y salir cuando el sol te quema la espalda, tenís que salir ya. Y a la tarde volver a las 4 o a las 5 de la tarde.*

*...No estamos de arriba agarrando nosotros. Mamá trabajando se compró esa camioneta, plata tenemos pero...Nosotros nos matamos trabajando. Nadie nos da de arriba. Nadie te dice mira che, te voy a dar plata diez mil, veinte mil, no...Nosotros, mirá, entramos a la mañana, ehhh. ...Salimos, si tenemos que hacer mucho salimos a la una, ni descansamos, otra vuelta a la quinta, ahí empezamos a cargar, nos vamos a vender un poco donde tenemos que vender, llegamos otra vuelta, a veces mira mi mamá va a la una de la mañana va, a la madrugada si puede dormir duerme, sino hora de seguir trabajando, hora de cocinar un poquito, y acostar un poquito cierra los ojos dos horas así, come, se levanta otra vuelta a la quinta. ¿En qué rato podemos descansar? No tenemos ni vacaciones ni aguinaldo ni salario ni nada, nosotros trabajamos así, nosotros. (Rosalía, Registro de campo 2011)*

Rosalía describe un día de su vida que representa todos sus días. En el relato, su tono de voz aumentó y remarcó cada palabra, como queriendo expresar el esfuerzo, y también su falta de derechos: “no tenemos ni vacaciones ni aguinaldo ni nada”.

Otras mujeres migrantes bolivianas relataron vivencias similares. Están en sus lugares de venta de verduras, con cara de cansadas, “me levante temprano para la quinta, luego vine aquí, y si vuelvo con sol otra vez a la quinta”. Las mujeres más jóvenes, hijas de estas migrantes, siguen reproduciendo el modelo de trabajo. Si no lo hacen en las quintas, son las encargadas en las cooperativas, de preparar las bandejas con verduras cortadas, que luego ofrecerán en las

verdulerías. Este trabajo también le insume muchas horas y regresan cansadas a sus casas, “*tomo un té y me voy a dormir*”, me contaba Susana, una joven de 24 años, madre de dos niños, que años anteriores tuvo tuberculosis y actualmente concurría al centro de salud para un control. Su vida y sus modos restringidos del hacer laboral es semejante al de otras mujeres migrantes bolivianas. En las entrevistas realizadas, estas mujeres sostienen “su cultura de trabajo” que consiste en levantarse al amanecer, trabajar la tierra, recoger la verdura ir al mercado, volver del mismo e iniciar un nuevo ciclo de estos quehaceres. Al respecto, me parece oportuno lo observado por Magliano (2003):

La ‘aptitud’ al trabajo presente en los testimonios de los propios migrantes y de sus empleadores refleja la naturalización y legitimación de las diferencias étnico nacionales que ‘culturalizan’ la desigualdad social, reproduciendo procesos de dominación socio-históricos. La posesión de determinados atributos socio-culturales a partir del origen étnico y de clase que los transforma por ‘naturaleza ‘en los más capacitados para realizar ciertas tareas, explica también la sobrerrepresentación de gran parte de las mujeres bolivianas en ciertas actividades laborales Como la venta ambulante, el servicio doméstico y de cuidados, el trabajo agrícola y textil, todas ellas caracterizadas por la desvalorización, informalidad y explotación. (p. 359)

Esa reproducción de los procesos de dominación, donde las mujeres bolivianas cumplen el rol de trabajadoras de las tareas agrícolas, que además son sumisas, hablan poco, “*son buenos, no traen problemas*” según una maestra de la escuela de Parque Lasa.

Atributos que denotan jerarquías. Hablan poco porque hay otros que no dejan hablar, Sumisión, que implica acatar, hacer sin cuestionar. Ocupan lugares no permitidos, no por lo legal sino por el lugar obtenido, “*nadie nos da nada*” repite Rosalía, y parece gritar, este lugar lo

defiendo aun aceptando este juego de dominación- dominada. Defienden, subsisten, resisten en un territorio donde el trabajo es el único capital. (Torres y Torres, 2010; Caggiano2008; Feltri et al. 2006)

Podríamos decir como la frontera se hace visible en el trabajo de las mujeres migrantes, como el “aquí y el allá” se muestran con las características de una labor propia con características particulares de lo que es la siembra y cosecha, seguramente con diferencias con mujeres argentinas, pero también este estado da lugar a las situaciones de discriminación. Cuando Rosalía grita “*no estamos de arriba, agarrando nosotros*” hace referencia a los estereotipos que se utilizan en relación a los migrantes de países limítrofes, del tipo “nos quitan el trabajo”, “nos sacan la tierra”. Hace tres años, un conjunto de 50 familias de origen boliviano y proveniente de La Plata, tras un convenio con el Ministerio de Agricultura de Nación, se instalaron en las tierras desocupadas del Instituto Ramayón López Valdivieso, lindante al barrio Loreto, en la localidad de Jáuregui en Luján. Lo que parece un final feliz para los productores agrícolas que no utilizan químicos en su producción, surgió en medio de discusiones políticas con el gobierno Municipal. En una carta que el Intendente del Municipio de Lujan Dr. Oscar Luciani, enviara al Ministro de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Nación, con fecha del 22 de Abril del 2015, se lee:

Atento a lo planteado debo manifestar que frente a esta situación, donde personas provenientes de otras ciudades de la Provincia de Buenos Aires han tomado posesión de un extenso macizo, para trabaja, y asentarse de forma permanente en nuestra ciudad; muchos vecinos de Luján, entre otros damnificados por las últimas inundaciones que ha sufrido nuestro partido, han expresado su inquietud y descontento frente a este hecho.

Como Jefe Comunal, quisiera recordarle es mi deber luchar para que los beneficiarios del acceso al trabajo digno y las tierras de nuestro distrito sean para los vecinos de Luján.”<sup>26</sup>

La nota, que además tuvo avales de algunos integrantes del Concejo Deliberante, no manifestaba intención de otorgar tierras a vecinos de Lujan. De hecho, hasta la fecha no ha habido relocalizaciones de familias de inundados en dicho lugar. Sólo se trataba de impedir que “*extranjeros de países limítrofes lo habitaran*” A pesar de las demandas que realizaron desde el municipio, siete meses después se inauguró la Colonia Agrícola en el predio en disputa. Para sorpresa de todos, el Instituto Ramayón López Valdivieso había dejado solo su estructura edilicia en pie. No había muebles y hasta los artefactos sanitarios de los baños habían desaparecido. Eran manifestaciones de a quienes consideraban que tenían derecho al espacio, aunque no hubiera producción alguna, y también formas de expresar la discriminación hacia las familias bolivianas, que llamativamente, se decía, aumentaba de número de una nota a otra: primero se habló de 50 familias, luego de 60, posteriormente 70 y finalmente de 80 familias, como mostrando que las familias bolivianas invadían el territorio de “los vecinos de Luján”. Uno de los tantos mecanismos de regulación, desde los discursos de las migraciones de países limítrofes.

---

<sup>26</sup> Ver nota completa en “la voz de Lujan” <http://lavozdelujan.com/inicio/ocupan-tierras-del-instituto-ramayon/>.

## **Los niños, niñas, adolescentes y el trabajo**

Una breve y significativa historia que me relató una mamá de un niño al que atendía en el centro de salud y que registré en el año 2009, muestra con elocuencia las huellas de una vida involucrada en el trabajo que hacen los adultos desde niños y niñas de este grupo de migrantes bolivianos.

Noemí es una mujer de treinta y cinco años. Siempre concurre a la consulta pediátrica con su pequeña de un año de edad, la última de siete niña/os. Viste una gorra con visera, que cubre totalmente su cabeza, algunos cabellos cortos asoman desprolijamente. Es extraño verla siempre con su cabeza cubierta, quizás porque no era habitual verlas con pañuelos o gorras. Al contrario, las mujeres exhibían una cabellera larga, generalmente reunida en una trenza larga y única que se extendía hasta la cintura. Pero Noemí no tenía una cabellera larga, ni aun corta. Pasaron varios meses y un día en la consulta le pregunté (nunca me había atrevido antes) porqué siempre usaba gorra. Y entonces me contó su historia. Cuando contaba con siete años de edad, estaba junto con su madre en una de las quintas ayudando en las tareas. Tenía la cabellera larga, suelta, y un tractor que estaba realizando su trabajo enganchó su cabello y desprendió su cuero cabelludo. Estuvo inconsciente, y permaneció varias semanas, internada en el hospital Posadas para su recuperación, acompañada por un familiar que no era su mamá. Con mucho dolor, contaba como se había sentido entonces.

Noemí había sido una niña como tantas de su comunidad que compartía las tareas con su familia en la quinta, como trabajo bajo el cuidado de sus familiares. Desde pequeños, los niños y las niñas acompañan a sus madres en la quinta, llevados en los aguayos sobre las espaldas de las mujeres, o haciendo un pocito en la tierra para colocar al lactante cerca de la mirada de la madre.

Son ellas las que cuidan de los niña/os, en el trabajo, en la casa, cuando concurren al centro de salud. En estos últimos años las parejas más jóvenes bolivianas concurren al centro de salud juntos para llevar a sus niñxs.

A través de la ventana del consultorio del centro de salud que daba a la calle, veía cada mañana pasar a niñxs y adolescentes a la escuela del barrio, se acompañaban entre ellos. Ir a la escuela era algo importante entre los/las integrantes de las familias de esta comunidad. Asistí a familias con muchas necesidades socioeconómicas, precariedad en sus viviendas, padres analfabetos, y vi a sus hijos estudiando sobre la cama que hacía de mesa, en un cuarto donde convivían diez personas entre niña/os y adultos. Recuerdo que Alicia me comentó un día ante la elección de su hija de catorce de años que se había ido de su casa con un joven diez años mayor, con el cual ya tenía un hijo y esperaba el segundo: *esta no es la vida que quería para ella, dejó la escuela, no quería que terminara como yo haciendo esto* (refiriéndose al cultivo en la quinta).

El tiempo de descanso queda relegado, el trabajo prevalece y como, se verá más adelante, se dificultan las actividades que deben realizar con sus hijos en la escuela o en el centro de salud. Por ejemplo, años atrás, en un relevamiento realizado en otra de las quintas de verduras donde la comunidad boliviana trabajaba, observé que solo disponían del día lunes para asistir a un centro de salud. Este hecho no me fue indiferente en la atención en salud que podía prestar hacia la comunidad. Reflexioné sobre estas prácticas y las compartí con los equipos de salud, particularmente durante mi función en la Dirección de Atención Primaria de la Salud y Medicina Preventiva, para evitar alguna de las barreras que impedían el acceso a la salud. Si ese era el único día para poder concurrir a un centro de salud, se debía modificar su atención, facilitando el acceso y no rechazándolos por ser lunes y no tener turno para su atención.

Durante las entrevistas, poco mencionaban sus lugares de origen. Alicia decía que era Potosí cuando Marga no recordaba, pero aun así yo sentía que el “aquí” y el “allá” jugaban permanentemente en la forma de hablar y los modismos, quizás en esta frontera móvil con el sentido de estar ellas y yo situadas en un tiempo y un espacio, que no era el mismo de donde habían partido, como tampoco lo era para mí, no por el transcurso de los años sino por lo que se modificaba en mis acciones.

Hace poco tiempo volví de visita al Centro de Salud Parque Lasa. Me encontré con la promotora de salud, que desde hace más de dos décadas atrás recorría y acompañaba a los habitantes de “la comunidad boliviana”, como les decía, y con la médica generalista, que en sus tiempos de la residencia, me acompañaba en la búsqueda de las mujeres y sus niños en las quintas de verdura, actividad que algunas de ellas continúan en la actualidad. Con sorpresa, cuando estaba yéndome del centro de salud, descubrí sobre un vidrio que daba a una especie de mesa de entrada, la foto de una mujer boliviana y sus hijos. Habían vuelto a Potosí, pero había quedado aquí su retrato, testimonio de una etapa y como recuerdo de su paso por el centro de salud, testimonio de encuentros, visitas, crianzas, modos de hacer.



## Capítulo 4

### El encuentro

*En una de esas tardes calurosas de noviembre, había salido del centro de salud, ubicado en el barrio La Loma, distante a 30 cuadras de Parque Lasa, donde realizaba mis tareas asistenciales como pediatra, y me dirigía a la casa de Rosalía o de Alicia.*

*No era un encuentro pactado. Yo me acercaba a sus casas intentando hablar de lo que quería conocer sobre ellas, su modo de vivir, qué pensaban sobre la atención en “la sala”, en el hospital, cómo resolvían los problemas de salud. La media hora que significaba llegar hasta el lugar elegido se hacía densa por el sol, la poca sombra y el camino desparejo con mucha tierra suelta, además del enredo en mi cabeza de todas las preguntas que tenía en mente.*

*Al caminar, pensaba qué haría cuando me encontrara con Alicia, o con Rosalía. Quizás era la misma incertidumbre que ellas tenían cuando nos encontrábamos en el centro de salud, pero allí yo las esperaba en un terreno conocido y sabía cuál era mi función, no como este territorio desparejo y polvoriento donde yo iba a intentar encontrarme con ellas, que no tenía que ver con las visitas pactadas para un taller, o la visita de la trabajadora social.*

*Absorta con mis pensamientos, tomé la curva del camino que desembocaba en la entrada del campo donde trabajaban y vivían Rosalía, su familia y su vecina Alicia, también con su familia. Cuando una voz me sorprendió a mis espaldas “que haces a esta hora te vas a insolar”. Su voz hizo que reconociera a Rosalía, sentí que me alegraba, que me saludaba con afecto y me tranquilicé: nuestro encuentro estaba iniciándose.*

*Nos saludamos con dos besos como acostumbraba, y le comente la intención de la visita. Como dos mujeres que se conocen desde hace mucho, me invito a “pasar”<sup>27</sup>.*

*Ella traía la bicicleta de tiro<sup>28</sup>. Me contaba que había ido hasta la municipalidad para realizar unos trámites.*

*Enmarcado por un árbol frondoso, un ligustro, que tomaba la forma parecía a un ombú), estaba el “patio” de la vivienda de Rosalía, su marido y los cuatro hijos. Era de madera y chapas, otra similar enfrente de esta y un lateral que lindaba con la casa de Alicia , separadas por un alambre como límite entre ambas, y el lado opuesto una quinta con algunos cultivos. La casa, el trabajo, el descanso estaban integrados.*

*Nos sentamos sobre unos cajones de verdura, que hacían las veces de bancos o sillas en estos espacios y la charla empezó a fluir. Rosalía es locuaz; su relato se llenaba de explicaciones para todo y buscaba comparaciones para que comprendiera lo que estaba diciendo. El clima, las plantas, la quinta, el trabajo eran temas que aparecían en la conversación. Hablábamos de cuando concurrían al hospital, cuando los problemas se resolvían en el centro de salud, en el hospital o con el curandero.*

*El relato de Rosalía repasaba los problemas que solucionaba el curandero, luego de dar cuenta de los mismos como haciendo un recuento de los mismos, “ojeadura, empacho , vaciar la panza, pata de cabra, insolación”*

---

<sup>27</sup> “pasar” en sentido figurativo como diríamos cuando invitamos a entrar a nuestra casa a una persona

<sup>28</sup> Modismo que se utiliza para expresar cuando se camina junto a la bicicleta no andando sobre ella, proviene del uso de llevar de tiro los animales de carga, significando que se andaba a la par del caballo o la mula sin montarlo.

*No solo me daba el enunciado del problema, sino que además lo describía y analizaba quien podía resolverlo, si el médico o el curandero y porque, “cuando iba al hospital por la diarrea, dale este jarabe para el dolor de panza , le daba un jarabe y no se le pasaba la diarrea, estaba un palito, lo llevé a la curandera, Ay a este chiquito lo hicieron insolar, seguro que lo sentaron en la tierra, y el calor de la tierra entró en la colita, y le hizo cagar sangre, me dio un te color canela y al rato mi hijo se paró y empezó a comer pan y se le pasó la diarrea.*

*-¿No les avisan de estos problemas a los médicos?, pregunto, “ es que los médicos no saben de esto de la pata de cabra, La pata de cabra, viste que son dos bichitos que entran por ahí ( y me señala la parte baja de la espalda) que entra y va comiendo, por eso los chiquitos se arquean ,uno sabe que es pata de cabra, se arquean , los doctores no saben de estoase que obligadamente son los curanderos, en nueve o diez días lo curan y ya está.*

*Aquel estaba asustado, me dice como si fuera algo habitual, y yo sorprendida le pregunto ¿qué es estar asustado? él se asusto con...se cae, las personas grandes también se asustan, te puede agarrar fiebre... ¿vos nunca te asustaste con una víbora o algo? Ah sí, ahora entiendo, dije, pero no muy convencida.*

*“Por ahí te asustas, cuando un perro te quiere agarrar, te late el corazón fuerte, o en el río si casi te ahogas. Algunos se asustan feo.*

*Aquí hay quien cura “susto empacho y ojeadura”, no son curanderos, son personas que los abuelos le enseñaron. Le pregunto si hubo una tradición en transmitir esto y asiente diciéndome “aja, así”*

*A mi hija le pasó el otro día, entonces yo le llamo su ánimo” y que es llamarle el ánimo Rosalía, pregunte “ es llamarla en el nombre de ella “ y siguió con la explicación de lo que a*

*ella le sucedió cuando tuvo “susto” al encontrarse con una víbora “me broté toda, hasta la lengua, y la doctora no me hacía nada, fui a la curandera y me curó.*

*Yo quede detenida en el “susto” tratando de comprender de que se trataba esto, era la primera vez que escuchaba esa palabra. (Registro de Campo, Noviembre 2011)*

Yo fui a encontrar a Rosalía a su casa como médica porque imaginaba que, podía aportar a la investigación que estaba haciendo. Había salido un poco a la deriva, sinceramente. Iba hacia donde vivían las familias que cotidianamente asistían al centro de salud. Suponía que sería una entrevista a las que estaba habituada desde mi formación. Recabaría información sobre como concebían la salud, adónde recurrían en caso de enfermedad. Quería conocer cómo vivían los procesos de salud enfermedad atención desde ellas, y suponía que la charla fluiría a través de una guía, cuyas preguntas habían sido pensadas por mí.

Pero lo que sucedió superó mi imaginación. Obtuve las respuestas que esperaba, y me di cuenta que para ese propósito no necesitaba ir a la casa de Rosalía, seguramente en el centro de salud podía obtener muchas de ellas. Lo que sucedió fue mucho más interesante para mí, y también para ella. En gran parte tuvo que ver con el lugar en el que nos encontramos. Conversar en su casa modificó completamente la interacción y el diálogo, si las comparamos con las posibilidades que ofrece el consultorio como escenario de encuentro con mis “pacientes”.

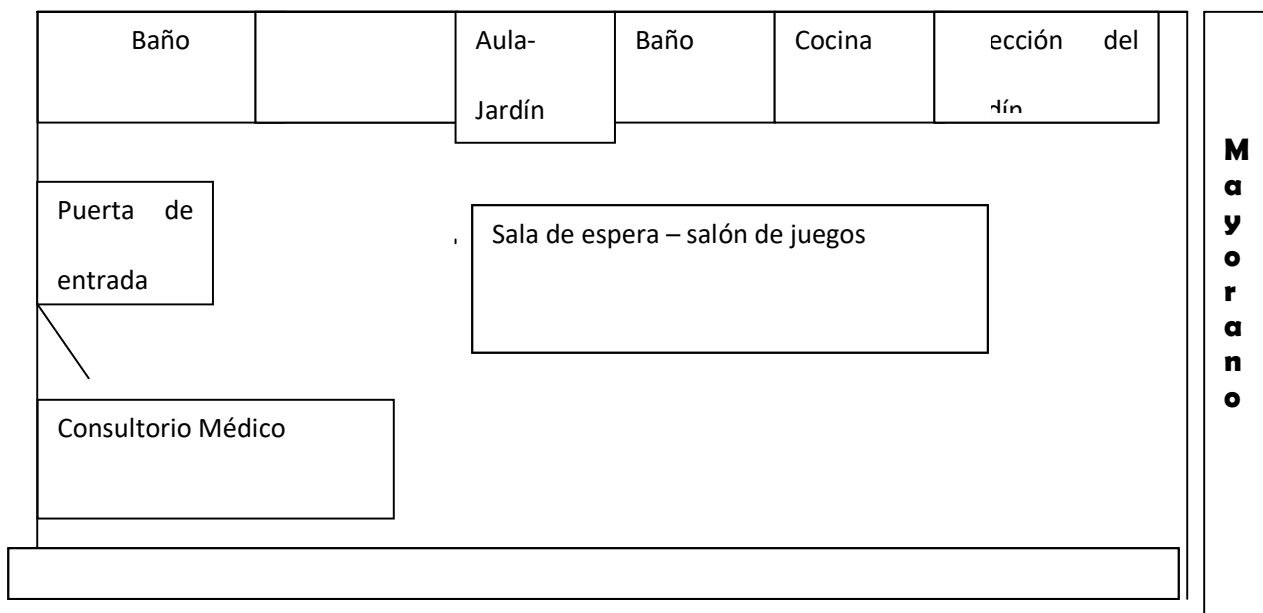
Además, aquel encuentro con Rosalía en su casa tuvo diferencias en cuanto al lenguaje y los modismos. Mi percepción en aquel momento fue que todo me “sonaba” distinto a lo que había aprendido como médica y al mismo tiempo, me desafiaba a pensar si era posible llevar a cabo un encuentro intercultural entre mis “pacientes” y yo.

En este capítulo, a través de la descripción de dos escenarios, el de la consulta médica y el de la casa de Rosalía, analizo contrastes que dan lugar a profundizar la problematización de la interculturalidad como aspecto insoslayable en la relación entre médica/os y pacientes.

### **El escenario de la consulta medica**

En la historia del barrio de Parque Lasa, la Sociedad de Fomento<sup>29</sup> homónima, fue sede del Jardín del barrio y también del centro de salud.

Las tres instituciones compartieron el terreno de la sociedad de fomento. En el cuadro a continuación, se esquematiza el sector correspondiente al jardín, el espacio que sirvió como centro de salud y a su vez fue sede de la sociedad de fomento.



**Grafico 01-** Centro de salud Parque Lasa. En el espacio de la Sociedad de fomento, Elaboración propia

<sup>29</sup>Sociedad de fomento: organización no gubernamental, conformada por vecinos de un barrio que se nuclean y conforman su estatuto de funcionamiento, sin fines de lucro y que establecen un nexo con las autoridades municipales para gestionar las mejoras necesarias y/ o llevar a cabo proyectos que hagan al bienestar de la comunidad.

El sector destinado al jardín de infantes tenía dos cuartos, uno más grande y otro más pequeño, este último hacía las veces de la dirección del establecimiento escolar con una ventana a la calle. El lugar se comunicaba internamente con el baño y el segundo cuarto que era el aula para los niño/as.

Un salón que se extendía a lo largo y paralelamente a estos espacios era el lugar para el recreo y otras actividades.

El “patio interno del jardín” se comunicaba con un sector destinado a la “atención primaria de la salud”, donde una pequeña habitación, con el bombeador de agua incluido, servía a los efectos de enfermería y tareas administrativas, separados por una “sala de espera” pequeña, un cuarto era el asignado a ser el consultorio médico. Este espacio que pareciera tener distintas utilidades, bien representaba un consultorio. Los muebles que integraban el lugar, la camilla, el escritorio, las sillas, la vitrina de medicamentos, una balanza de adultos y otra para lactantes, los aromas que del espacio emanaba daban una clara explicación de que uno se encontraba en un consultorio médico. La escenografía debía ser realizada con elementos que dieran clara ubicación al que concurría de donde estaba. La misma escenografía con más o menos cambios se replicaba en todos los centros de atención primaria, como en el hospital.

Este espacio descrito sirvió a los fines de atención médica a la población del lugar hasta que el Jardín fue trasladado a la manzana de enfrente, a su localización definitiva en el año 2010. Luego que el Jardín desocupara el lugar que durante mucho tiempo la Sociedad de Fomento le brindó para sus actividades, esta última institución ocupó el mismo principalmente para obtener algún beneficio económico, que pudiera ser traducida en obras para la comunidad, dado que alquilaba el salón para eventos familiares, cumpleaños, etc.

A través de gestiones entre la Dirección de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Lujan en el año 2008 y la comisión a cargo de la Sociedad de fomento, se logró que el espacio de adelante fuera cedido para el Centro de salud, y las habitaciones posteriores sirvieran a los fines de la sociedad de fomento, con el acuerdo de que los fines de semana o feriados, el espacio que en los demás momentos hacía de “sala de espera” y la cocina pequeña aledaña al baño se convirtieran en un lugar para festejos u otros fines.,

El lugar donde funcionaba la Dirección del Jardín, con ventana a la calle (esa ventana que me permitía ver una parte de la cotidianidad de las personas del lugar) era el consultorio donde según los días, la médica generalista o yo como pediatra brindábamos la atención médica, repitiendo la escenografía clásica ya descrita. Completaba la decoración carteles con algún mensaje dirigido a la prevención o promoción de la salud.

No solo la escenografía era común en los centros de atención primaria, claves para transmitir el significado de lo que es una consulta médica; también lo era la organización para acceder o no a la misma.

### **La casa de Rosalía**

En contraste con el espacio descrito anteriormente, la casa de Rosalía donde nos encontramos para una consulta en la que la médica fue a visitar a la paciente es campo, quintas de verduras, caminos de tierra, trazados de forma caprichosa, caminos internos que llegan a las viviendas de la “comunidad boliviana”<sup>30</sup>. Espacios que confrontan con lo urbano<sup>31</sup>. No hay

---

<sup>30</sup>Comunidad boliviana: así se la conoce en el barrio Parque Esperanza entre los vecinos, también se refieren a ellos como “la comunidad”

<sup>31</sup>Urbano: lo defino como el lugar que responde a una manzana definida con veredas y calles, no en el sentido poblacional

veredas<sup>32</sup>. Las viviendas se comunican entre sí, siendo el límite un alambrado de campo de pocos hilos de alambre mal alineados.

Espacios sin portón de entrada, a lo sumo una tranquera.

No hay porteros, ni personas que atiendan dicha función, no hay timbre para tocar, solo “golpear las manos” o nombrar a quien se busca en voz alta y así, si alguien escucha, asistirá al llamado. Un espacio abierto que invita a ingresar. Tierra, cielo sol, plantas, animales, algunos hombres descansando cerca de un tractor, niños jugando.

Describo el lugar donde me encontré con Rosalía, y no puedo evitar pensar en “la Pachamama”, la tierra con todos sus elementos abierta para el que quiera encontrarse con ella. Quizás atravesada por mis lecturas sobre la misma en esta investigación, haya un dejo de romanticismo en esta descripción, que no era la misma cuando recorría el lugar. En aquel momento me agobiaba el calor y me incomodaban los terrones de tierra suelta, ese camino desperejo tanto al tránsito de personas como de vehículos.

Ir a lo de Rosalía, como al ir a lo de Margarita, Benancia o Alicia, uno se encuentra con lugares similares. Con algunas diferencias de años, todas habían llegado a Lujan y se habían instalado en quintas o campos alquilados. Con algunas excepciones, las viviendas eran de construcción precaria, chapas como paredes y techo, piso de tierra, pocos ambientes; y los que habían logrado comprar la quinta, o una parte de ella, tenían viviendas con paredes de ladrillos, ventanas, puertas. El suministro de agua era por bombeador manual o eléctrico.

El mobiliario escaso, mesas de madera de construcción casera, abundaban los cajones de verduras marcados con los apellidos de los productores, alguna heladera fuera de la vivienda.

---

<sup>32</sup>Vereda: parte lateral de una calle o calzada para la circulación de personas

Parecía no haber límite entre el trabajo y la vivienda. Todo era un conjunto entremezclado de ambos; muchas veces una manguera que proveía agua para la quinta también lo hacía para el hogar. Recuerdo ver el tractor o la camioneta próximos a la casa, y como describí en el primer capítulo<sup>33</sup>, en el ciclo del día de cada una de las mujeres migrantes bolivianas, quinta- hogar-mercado constituían un sinfín con escaso límite entre sí.

Aun con escasos muebles, el visitante tenía un lugar de privilegio al sentarse, el cajón de verduras era el asiento en común con los integrantes del hogar, pero a mí me pusieron un aguayo y yo pude entender así que se era bien recibida. por eso tenía ese asiento como lugar de privilegio.

### **Organización del centro de salud**

El centro de Salud Parque Lasa contaba con una enfermera, Susana, cuyas actividades consistían en la recepción de las personas que ahí concurrían, realizar curaciones, aplicar medicamentos inyectables con la previa autorización o indicación del médico, suministrar medicamentos provistos por el municipio o el Programa Remediar<sup>34</sup>. Este programa implica una participación activa de la enfermera quien no solo suministraba el medicamento, sino también debía registrar la acción y realizar el cierre del programa en forma mensual, tarea administrativa donde se debe realizar el conteo de los medicamentos que quedan en stock y registrar las entradas salidas y stock final de estos. En general, la enfermera es la responsable de esta tarea y sus nombre figura como las titular para receptor lo que se denomina “la caja de Remediar”, que contenían los 56 medicamentos esenciales para el centro de salud. También otorgaba la leche a

---

<sup>33</sup> Referido a la descripción que efectuo en un capitulo anterior de la tesis que estoy elaborando.

<sup>34</sup>Programa Remediar: forma parte de una estrategia tendiente a fortalecerla Atención Primaria de la Salud y a promover políticas saludables con gestión participativa y control social.Iniciado en el año 2002

embarazadas, puérperas y menores de dos años, con el registro correspondiente. Sus actividades se completaban con la entrega y cierre de todas las planillas de atención de los distintos componentes del equipo de salud.

Felisa era una mujer que se encargaba de las tareas de promoción de la salud. Ayudaba a Susana en las tareas administrativas del Programa Remediar, como también en ubicar a las personas que debían concurrir al centro de salud para la atención de un niño o cumplir con la dosis de alguna de vacuna.

Silvina, la trabajadora social, dividía su tiempo entre tareas asistenciales en el centro de salud, visitas domiciliarias y planificación de talleres de prevención o promoción de la salud

Sara, la obstétrica que asistía dos veces por semana, controlaba a las embarazadas, realizaba consejerías en anticoncepción y autorizaba entrega de anticonceptivos, orales e inyectables.

Marisa, médica generalista, asistía en distintos horarios o días que yo y así podía utilizar el consultorio único del lugar. Ella y yo cumplíamos nuestras horas semanales asignadas en varios centros de salud.<sup>35</sup>

Las medicas realizábamos la atención de las personas, Marisa se abocaba a los adultos y yo a los niño/as y adolescentes. Si bien el día de atención éramos quienes manejábamos la agenda de turnos, la mayoría de los días era Susana la encargada de asignar los turnos

---

<sup>35</sup>Los pocos recursos humanos asignados en los centros de salud, hacen que se requiera que se distribuyan en dos o mas centros sus horas de trabajo, resultando en una atención médica limitada, con poco trabajo extramuros en general y con escaso conocimiento de la comunidad.

El centro de salud estaba abierto de 7a 16hs de lunes a viernes y los sábados durante 3hs. Este horario era el que se relacionaba con las horas asignadas a la enfermera, si las horas eran de 35 hs semanales, la concurrencia se limitaba de lunes a viernes y de 7 a 14 hs.

Los centros de salud del primer nivel de Lujan, dependen de la Dirección de Atención primaria de la Salud, bajo la administración municipal.

### **Turnos**

No hay una única manera de acceder al centro de salud. Habitualmente, dos son las maneras de resolver un problema de salud: las personas solicitan un turno con anticipación para una *consulta programada*, elemento destacado si se quiere brindar una atención adecuada y accesible, la misma depende de quién presta esa atención y de la organización interna del centro de salud. Llevar una agenda anticipada con turnos para las consultas sobre los controles de crecimiento,<sup>36</sup> desarrollo, en pediatría, constituye una forma.

Además de los “turnos programados”, hay una cantidad reservada a la “demanda “que acude el día de atención. En otros centros de atención primaria, se designa un día para la entrega de turnos para la semana y para los distintos profesionales, “los lunes a las 7hs se entregan los turnos” rezan algunos carteles observados. Quien no atiende a esta recomendación, debe concurrir al próximo día lunes para ser registrado para la atención. Esta última manera de atender también programa turnos, pero a un plazo cercano, y es la diferencia con la modalidad descrita anteriormente, es decir, el otorgamiento de un turno a corto tiempo, en la misma semana o el

---

<sup>36</sup>Las normas de atención médica a niñ@s, adolescentes indican que se debe evaluar el crecimiento, desarrollo, detectar patologías, con un cronograma regular que implica realizar las consultas con una periodicidad determinada, en los recién nacidos se los evalúa a los 10 días y al mes de vida, luego mensualmente hasta los seis meses, alargando las valoraciones cada dos meses hasta el año y cada tres meses entre el año y los dos años, siendo el requerimiento mínimo de un control anual en los años posteriores. (Sociedad Argentina de Pediatría, Ministerio de salud de Nación)

mismo el día, lo que ocasiona que rápidamente se agoten los cupos destinados a la atención, o programado a distancia.

Otra forma es citar a las personas a la misma hora, que constituyen una población “cautiva” que debe esperar en la sala de espera durante horas para efectuar la consulta.

Las formas anteriormente descritas constituyen dispositivos que, de alguna manera, al mejor estilo foucaultiano, mantienen el control social. El poder genera subjetividad y disciplinamiento, (Foucault ,1996). Muchas veces se escucha decir “no tengo turno, vengo el lunes para sacarlo” demostrando que conoce las reglas que el sistema imparte y quiere ser un buen paciente “cumpliéndolas”. Ser buen paciente en un centro de salud significa no contradecir lo que la enfermera o el médico digan, saber que se debe llegar temprano a la consulta, ser “paciente” y no reclamar por la demora del médico al llegar al consultorio, reconocer el saber médico, acatar lo que se determine en cuanto diagnóstico, tratamiento etc.

Los turnos a solicitar, además de guardar relación con el tiempo –días, horarios, etc,- se vinculan con el “estado de salud” . Las personas pueden pedir un turno” *para el control*”, “*por salud*” o “*por enfermedad*”. “Por control” o “por salud” expresa que el turno es programado y se concurre por un control de crecimiento, de salud, que cumple con las normativas para acceder a la asignación por hijo, que cumple con los prescripto por los programas materno infantiles, o de enfermedades prevalentes, no infecciosas, como diabetes, hipertensión Se correspondería con lo que Lupton (2003) explica como un proceso en el que se clasifica a la persona bajo el rótulo “buen paciente”. Es decir, que cumple con “los controles” “lo trae a vacunar” y esto le permite contar con lo que podríamos denominar el pasaporte para la obtención de algún beneficio como, por ejemplo, la leche para los menores de dos años o las embarazadas.

Y la segunda expresión instalada para solicitar turnos -“*vengo por enfermedad*”-es una frase simple de tres palabras inscripta primero por el equipo de salud para diferenciar al abrir la puerta de los consultorios. Este detalle no es menor- más adelante profundizaremos este análisis-, porque la referencia es a la enfermedad, no a los sujetos que ingresan. No se dice “quienes están enfermos” lo que hablaría de sujetos con problemas, sino que se atiende a problemas de salud, sin sujetos. Esta misma expresión fue apropiada por la comunidad para acceder al sistema de salud, porque supera los obstáculos que imponen las barreras que cotidianamente dificultan la llegada de lo/as sujetos a los consultorios para ser atendido/as cuando en la ventanilla el o la empleado/a a cargo le informa luego de una larga espera : “se terminaron los turnos , vuelva mañana temprano “solo 10 números para la atención”, “no está habilitada la agenda hasta la próxima semana”, “no está la administrativa” etc.

### **Acceso a la consulta, barreras**

El acceso a la atención no es fácil de franquear. Se debe acreditar con una serie de requisitos: *llegar temprano*. “Vos no estuviste a las siete cuando se entregaron los turnos”, dice la empleada administrativa, objetando a quien considera que ha llegado tarde

*Concurrir a la cita y saber esperar* es una de las reglas prácticas necesarias para que un/a persona sea asistida por alguien del equipo de salud. La mayoría de los CAPS otorgan turnos en forma sucesiva y citando a la misma hora. Los menos programan las consultas cada veinte o treinta minutos. Por lo tanto, el citar a todos *a las ocho* resultará que algunas personas deberán aguardar varias horas para su atención.

Concurrir y *traer la libreta sanitaria*, es otra de las reglas prácticas que deben cumplirse para acceder a la atención en consultorio. Esto implica mostrar el documento que da cuenta de

las consultas anteriores y del registro documentado de las vacunaciones recibidas (esto asociado a que concurra con su DNI<sup>37</sup> como credencial). Aun cuando las legislaciones actuales promueven la atención de las personas privilegiando el derecho a la salud, en la práctica se observa que si no presentan el “documento” no se habilita para la atención médica, o la apertura de una historia clínica o la obtención de un turno para una práctica determinada,

Las barreras al acceso también van asociadas a género, clase social, edad, simpatía con el equipo de salud, problema de salud, lo que los convierte en “merecedores o no” de acceder (Lupton, 2003).

Desde el enfoque funcionalista, se puede explicar cómo los roles asignados a los profesionales de la salud, con el fin de preservar el orden social, evitando la desviación que la enfermedad produce, se complementan con el rol asignado al paciente, saber esperar, *ser paciente*, acatar las indicaciones, reconocer la benevolencia y el saber del médico, no cuestionar, ser sumiso, son complementarios de los roles del paciente.

Las mujeres bolivianas asistían a la consulta con sus hijos, asintiendo a lo que se les decía, sin preguntar demasiado, o quizás cumpliendo ese rol asignado y construido por el médico/a.

...”*Esa doctorita es rémala*” comentaba una mujer anciana de origen boliviano sobre la atención recibida en el hospital, donde la médica la derivó de mala forma a realizar otra consulta.

La mujer anciana representaba un colectivo que indicaba a la médica que no entendía, que no era merecedora de la atención y cumplía con el rol asignado por una sociedad que margina a migrantes de países limítrofes, que considera a las mujeres como vulnerables y establece que la clase social a la que pertenece no le corresponde el poder del control, ni siquiera de su cuerpo.

---

<sup>37</sup>DNI: Documento Nacional de Identidad.

Pero la descripción anterior se corresponde con una perspectiva económica política, más que funcionalista, entendiendo que se trata de grupos que no contribuyen a la producción y consumo de productos básicos (Lupton, 2003). Diariamente se escucha decir que los problemas que los sistemas de salud pública presentan se deben al uso que de ellos hacen las poblaciones de migrantes de países limítrofes<sup>38</sup>.

### **Mi formación médica**

La casa de Rosalía donde se desarrolló la entrevista/consulta estaba mucho de las entrevistas y consultas habituales en salud, al menos desde la perspectiva de una médica como yo. El escenario no era el consultorio del centro de salud con la disposición, el tamaño y los muebles típicos que lo conforman. Yo, la médica no tenía condiciones para moverme con un caminar casi automático conformado por pasos seguros que reconocen las distancias entre el consultorio y la enfermería o la sala de espera. La extraña/extranjera no era la persona que se acercaba al CAPS a consultar o retirar un medicamento o a vacunar a su niño/a,. Era yo, la médica, en un terreno polvoriento no sabiendo bien cómo establecer un dialogo.

La vivencia de este contraste me llevó a recordar mi formación como médica y a mirar mi propia trayectoria desde una perspectiva que me resultó sorprendente

Los espacios donde transcurrió mi formación y que condicionaron mi práctica eran espacios cerrados, no solo por la arquitectura sino por los limitantes que imponían tipos de

---

<sup>38</sup>Sin política migratoria”, tituló La Nación su editorial del sábado 12 de marzo, en la que exige “sustraer del control de la política clientelista” el control de las migraciones y vincula a los ciudadanos de países limítrofes directamente con el delito. Asimismo, el diario destaca “el impacto que sufre el sistema de salud” por la atención de los inmigrantes ya que, según datos que el propio medio brinda, el 10% del presupuesto de los hospitales públicos se destina para atender a extranjeros.

relaciones y modos de vincularse, así como aspectos relativos a mobiliario, aseo, vestimenta, entre otros.

En la facultad, durante la carrera de Medicina <sup>39</sup>, los espacios en los que desarrollábamos nuestras actividades eran aulas, laboratorios, salones de conferencias. Mirábamos y manipulábamos preparados con músculos, nervios, órganos del cuerpo humano, etc. donde no teníamos condiciones de reconocer sujetos en relación. En los últimos años, hicimos las prácticas en hospitales con el objetivo fundamental de aprender a reconocer enfermedades y a curarlas siguiendo protocolos de diagnóstico, tratamiento, etc.

El lugar para asimilar experiencia, aprender y aprender-hacer era al lado de la cama de un paciente. De este paciente no se sabía el nombre, generalmente la que aparecía cuando enfermaba, porque aun con la mejor anamnesis solo estábamos viendo una parte de la historia, nada sabía de esa persona en relación a lo que hacía o como vivía, y digo generalmente “cuando la persona se enfermaba” porque a excepción del seguimiento que le realizábamos a los recién nacidos, junto a sus madres luego del parto o en el consultorio denominado “consultorio del recién nacido sano” la salud no tenía espacio en estos lugares ni el aprendizaje pareciera ocuparse demasiado. (Milstein ,2014)

La concurrencia posterior en la especialidad de pediatría no estuvo alejada de lo anterior. Fue exclusivamente hospitalaria, y aunque las historias clínicas<sup>40</sup> eran extensas y recababan información social económica, la misma quedaba subyugada al punto de interés que era la semiología, el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

---

<sup>39</sup> En la Universidad Nacional de Buenos Aires en el periodo 1973-1978.

<sup>40</sup> Historia del paciente que reúne información sobre antecedentes, enfermedad actual, signos y síntomas, examen físico, exámenes complementarios y tratamientos realizados

Aun trabajando luego de los años 90 en lo que llamábamos Atención Primaria de la Salud, más precisamente en el primer nivel de atención en Lujan, los cuidados brindados y comprendidos en la atención, de los niño/as se limitaban al espacio de los consultorios.

Las madres asistían con sus niños, a la atención en el centro de salud,<sup>41</sup> Las actividades consistían entonces en realizar una entrevista a quien concurría con el niño/a, sobre el problema de salud que tenía, en realidad, sobre *la enfermedad*. Poco se sabía dónde vivía, de qué trabajaba. Solo en historias clínicas elaboradas en internación se detallaban algunos aspectos educacionales, socioeconómicos, que pretendían registrar factores de riesgo o categorías de las familias, en *madre analfabeta* o *caso social*, lo que significaba la consulta e intervención de un trabajador social, en un análisis no integral o integrado.

Se registraban signos, síntomas, diagnósticos presuntivos o definitivos, tratamientos. En la internación era habitual que se identificara por números al paciente, es decir “el de la 15, el de la 16” o la “cama 15 o la cama 16”, con una despersonalización naturalizada por el tiempo y otras cuestiones que sigue persistiendo hasta la actualidad.

Recuerdo un niño pequeño de alrededor de 1 año, hijo de padres bolivianos, que ingresó al servicio de pediatría del Hospital de Lujan para su atención por una crisis convulsiva, La internación se prolongó varias semanas, y mientras los medico/as tratábamos de encontrar repuesta a su enfermedad, la familia dejaba al pequeño a veces solo, como despreocupados. No recuerdo que nos hayamos sentado a hablar sobre el niño en conjunto con la familia y entender/comprender sus percepciones del problema. Solo que nuestra postura como médicos era analizar una enfermedad, aislada de un contexto cultural, social, económico y político.

---

<sup>41</sup> Durante la década de los años 90 trabajé en distintos centros de salud y en el servicio de pediatría HtalNtraSra de Luján

En los años siguientes, mi interés por las condiciones sociales y económicas aumentó. En muchas oportunidades la forma de relatar un “caso” significaba para el otro que me escuchaba que estaba frente a un trabajador social, “*Sos trabajadora social*” me decían. No, *médica replicaba*”.

### **La residencia de medicina general**

Iniciado el siglo XXI, siendo Directora de Atención Primaria de la salud y Medicina Preventiva<sup>42</sup>, se gestionó la residencia de Medicina General en Lujan. Y fue en esta función que consideraría el abordaje de: problemas de salud, sujetos, familias, situaciones socioeconómicas y no de enfermedades

En el año 2001, tenía a cargo residentes de primer año de Medicina General en un centro de atención primaria. La concurrencia al CAPS, al mediodía, luego de haber realizado sus prácticas en el Hospital por la mañana, les resultaba insoportable a los residentes. Protestaban por las actividades de trabajo en terreno: salir del centro de salud, acudir a los hogares de las personas, reconocer el barrio, realizar un diagnóstico situacional. “*No somos trabajadores sociales*”, decían para enfatizar que lo que se hacía nada tenía que ver con la carrera realizada. En esos términos, “lo social” era práctica de otros, “como tantas veces escuché. El residente no podía comprender lo que no había aprendido, lo que no había sido parte de su formación y sólo reproducía lo recibido de forma impecable.

El planteo era entonces si había un diálogo que se podía dar en un determinado escenario: la casa de Rosalía, por ejemplo, con solo trasladarme a su casa. Lugares como el hospital, el consultorio se asocian fuertemente a un modelo de médico, el que predominaba y cuya

---

<sup>42</sup> Fui Directora de atención Primaria de la Salud y medicina Preventiva del Municipio de Lujan en el periodo 1997-2007-

“arquitectura de hábitat” se había ido desarrollando con la historia de la medicina occidental (Foucault ,1977). De hecho, los escenarios reconocidos también por los médicos eran los correspondientes al hospital, los centros de salud de atención primaria, denominadas “salitas” en relación a su primera denominación de “salas de primeros auxilios”, que funcionaron muchas veces en casa de familias o en sociedades de fomento, como la del caso que nos ocupa. Atender en la “salita” o aprender en la “salita” fue y sigue siendo visto como un lugar no privilegiado para el accionar del médico para reconocer “la enfermedad” y, en consecuencia, también donde no se puede transmitir el conocimiento ni establecer saberes.

Pude concurrir, entrevistar, compartir su espacio con Rosalía porque la conocía del centro de salud, al que concurría desde hacía varios años. Pero este compartir no era en el centro de salud, era en su casa, experimentando así un encuentro con el otro (Krotz ,1994). Esta “*alteridad nacida del contacto cultural*” intentaba comprender al otro.

Un encuentro donde había similitudes entre dos mujeres de diferentes nacionalidades, formaciones, Rosalía dedicada a la horticultura, la otra médica, una nativa de Luján, la otra con muchos años de residencia. En este ir y venir de dos mujeres que se encuentran y dialogan sobre la vida, sobre la salud, cada una representa a una clase social distinta, una sociedad con costumbres diversas, tradiciones no similares, pero comparten una organización social particular, la de Lujan, quizás en este punto encuentren lo “común” dentro de las diferencias.

### **Acciones para un encuentro/desencuentro**

Las experiencias de mi formación como médica y luego como pediatra eran aspectos que se debían tener en cuenta en un encuentro con el otro.

También otras dimensiones podían explicar el encuentro/desencuentro, esta forma de construir otro paciente. En este apartado, exploraré el modelo médico hegemónico, el lenguaje, los gestos, con la intención de revisarlos en mi accionar como médica, en el marco del encuentro con Rosalía.

Belmartino (2011) es clara en su análisis del modelo médico hegemónico, expuesto en las II Jornadas de Atención Primaria de la Salud<sup>43</sup>. Define el modelo como aquello que toma los rasgos dominantes, que no aparecen aislados sino se reiteran, se interrelacionan y refuerzan. Una serie de rasgos lo caracterizan. En primer lugar, responde a una concepción de la medicina biologizante e individual, “*Esto es social, no tiene que estar internado*”, podría ejemplificar la manera de ver a la persona como un cuerpo, aislado de su entorno, de su ambiente, sin comprender las relaciones que afectan los procesos de salud enfermedad, y que no se reducen a un órgano, a una afección. Es individual en tanto no contempla a los procesos de salud enfermedad dentro de una sociedad en un momento determinado, que tienen historia y son atravesados, por la pertenencia a determinada clase social, etnia, género, edad.

*...“esta doctorita es mala, expresaba, una mujer boliviana, en el centro de atención primaria haciendo referencia a la situación vivida en el hospital el día anterior, donde se la rechazó en la atención, sin mediar casi ninguna explicación”*

Este relato quedó en los registros durante mucho tiempo. La mujer, una anciana boliviana que residía en Lujan desde hace muchos años, refería el hecho con dolor y angustia. “Maltrato” por parte de la médica podemos decir, y no puedo decir “atención”, dado que estaría significando otra cosa. Esto refleja un modo de hacer que impone una autoridad de alguien que expresa un

---

<sup>43</sup>II Jornadas de APS organizadas por la CONAMER (Comisión Nacional Argentina de Médicos Residentes.

modelo individualista sobre la mujer boliviana, parte de un colectivo estigmatizado como mujer, migrante, anciana, clase social baja.

La mujer boliviana representaba en su dolencia todo un conjunto de condiciones determinantes, de historias que atravesaban su corporalidad. Todo lo cual fue desconocido y reducido mediante la indicación de que “se fuera”, sin dar respuesta al problema de salud que la mujer presentaba, invisible a la mirada de la médica, Alguien entrenado en ver enfermedades, desconociendo procesos historias, difícilmente pueda establecer una relación intercultural que permita el acceso del otro a la salud.

Un modelo tecnocrático, donde lo técnico y científico se establece como lo determinante del bienestar del ser humano, siendo un elemento a destacar un lenguaje científico, que indica un saber superior, desde donde el saber médico invalida el del otro.

Elizabeth padecía tuberculosis; la contrajo estando embarazada y al nacer su niño, fue aislada. *Me quedé una semana internada, nació a las cinco de la mañana, todo bien. ...No venían a verme, estaba aislada... por precaución me dijeron, A él (se refiere al bebe) no lo venían a ver... yo pensé que le iban a hacer el análisis”*

Elizabeth sabía de su problema de salud, pero no obtuvo respuesta sobre la salud de su niño. Se la aisló no solo como medida de cautela o “aislamiento respiratorio” definido para ciertos problemas respiratorios. Por el tiempo transcurrido, seguramente Elizabeth ya no expulsaba bacilos,<sup>44</sup> dado el tiempo de su tratamiento, pero había que aislarla, sola con su niño, sin comunicación, como si fuera peligrosa para la sociedad; de alguna forma, era su castigo por ser mujer, migrante, boliviana, tener tuberculosis, Esta última característica parecía justificar

---

<sup>44</sup>Los pacientes con tuberculosis pulmonar, transmiten la enfermedad a través de la tos, con alto contenido de bacilos de KOCH, luego de las primeras semanas de tratamiento, el análisis del esputo es negativo para los bacilos.

todo, ante la mirada del médico que responde a un modelo medicalizante, individualista y biologicista.<sup>45</sup>

La comunicación entre médicos y pacientes, tiene un lenguaje que no siempre los pacientes comprenden, con términos desconocidos para la población, que no siempre se “traducen” o explicitan. También los gestos hacen en esta *incomunicación*. “*Me aislaron, y al bebe no lo venían a ver*”. Elizabeth supo del tratamiento de su hijo cuando fue dada de alta en el Hospital de Lujan y concurre al Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. “La palabra enunciada o el silencio en una conversación nunca son neutros o indiferentes, manifiestan una actitud moral frente al mundo.” (Le Breton, 1999, p.37). El autor explicita en su artículo que los gestos y las palabras están socialmente construidos. En el ejemplo anterior, el silencio de la médica, el lenguaje que no se comprende, el gesto de desprecio hacia alguien son construcciones socioculturales. Muchas veces el equipo de salud se disculpa ante una situación de maltrato o de discriminación, diciendo “no era mi intención” “yo no soy racista, yo no maltrato” cuando inconscientemente ha replicado una gestualidad aprendida y que da cuenta de un colectivo formado y modelado, donde se aprendió a no dar respuestas, “*lo que pasa que ellos no entienden y no saben expresarse*”.

En el otro extremo, el lenguaje de Rosalía me parecía claro. Quizás no fueran los nombres que le ponía a los procesos o a las cosas tan conocidas para mí. De hecho, “susto” fue un término que tenía otro significado para mí y si bien Rosalía intentó explicarlo, me costó comprenderlo.

---

<sup>45</sup>En este año la guardia del hospital de Lujan cerró sus puertas a la atención con un cartel que expresaba. “La Guardia se encuentra suspendida temporalmente por un caso de infectocontagioso” . argumentaron que debían aislar el paciente mientras se realizaba el diagnóstico con test determinados de esta manera la tecnología no parecía muy amigable del paciente y de los demás y era utilizada con un supuesto saber que discriminaba y dominaba [www.elcivismo.com.ar/notas/27624/](http://www.elcivismo.com.ar/notas/27624/)

También yo estaba influenciada por el modelo médico hegemónico, había sido educada en el mismo y en los criterios de reconocimiento de enfermedades, no de procesos de salud-enfermedad. Buscaban como era “el susto” desde la medicina. Así, recuerdo haber realizado una búsqueda extensa sobre el término, los síntomas, las posibles formas de tratamiento médico. El rasgo de la medicalización estaba presente; yo quería ver el susto a la manera médica, pretendía “medicalizar” la cultura.

Sin embargo, había una claridad en el lenguaje de Rosalía que no estaba en lo que decía la médica que atendió a Elizabeth y su hijo. En la comunicación entre unos y otros estuvieron presentes gestos, silencios, palabras que tuvieron un sentido para el que lo recibía. La comunicación entre la médica que atendía a Elizabeth y su hijo, aplicaba un protocolo de atención y un lenguaje técnico que seguramente consideró adecuado a la circunstancia. Tanto la médica como Elizabeth tienen sus mundos culturales (Kleinman y Benson, 2006).

Desde los equipos de salud se construyen y sostienen estereotipos del otro, en este caso “*los bolivianos son lentos, no hablan o hablan poco, son sumisos, no entienden*” que unifican un colectivo, con el cual se comportan según esa construcción del otro. Como si fuese algo estático, el pensamiento biomédico interpreta la cultura como las estructuras biológicas que conoce, ordenándolas como si fuera el manual de la cultura, en paralelo al manual de anatomía. Y también la aísla de las condiciones socioeconómicas, quizás buscando una razón unicausal de los problemas de salud. “*Es el microbio*” “*Es la cultura*”. Ni lo uno ni lo otro. De esta manera, no se puede visualizar el entramado que se teje entre lo cultural, social, económico y biológico en ese sujeto, a quien la mirada biomédica reduce a “lo biológico” solo su cuerpo, o “lo cultural” por ser boliviano.

Comelles (2003), describe como el modelo clásico de la medicina fue subalternizado por la biomedicina:

En la tekhné el peso de la experiencia -en el sentido aristotélico del término- era el valor fundamental, más allá del propio conocimiento libresco, y exigía una estrategia de incorporación de la misma que por definición era intersubjetiva, por muy cínica y venal que pudiera resultar desde el punto de vista de la ubicación profesional del médico. Más aún, la tekhné combinaba una mirada clínica sobre el paciente con una mirada etnográfica sobre el contexto del paciente que le permite manejar esa producción de conocimiento intersubjetivo -mediante técnicas etnográficas- y favorecía el despliegue de saberes en el espacio (locus) del paciente. En cambio, en el modelo hospitalario, en la biomedicina, la estrategia de conocimiento pasa por eliminar lo ahora accesorio, dejando al cuerpo libre de los accidentes sociales y culturales, eliminando la etnografía y apostando por la sola clínica. (p6)

Kleinman y Benson (2006) destacan la importancia de la etnografía, argumentando la importancia de la cultura en la clínica, y siendo la misma, una forma adecuada para comprender los procesos de salud enfermedad atención desde el punto de vista del nativo.

### **De construyendo prácticas**

Las dimensiones observadas hasta acá, el escenario, el lenguaje, los gestos indicaban que no era el consultorio el mejor lugar para reconocer y evaluar el “cómo vivir” de las personas, cómo se enferman, cómo se curan, y tampoco parecía ser el mejor escenario para un encuentro intercultural.

En mi formación, ese no era el objetivo como médica. No se me enseñaba cómo debía aprender a ver cómo vivían los pacientes, cómo establecer una comunicación adecuada. Se me enseñaba a reconocer enfermedades, y no a personas. Entonces, los espacios de aprendizaje y de ejercicio de la práctica eran coherentes, y no necesitaba ir a la casa de nadie para entender lo que le pasaba.

Voy a detenerme en esto. ¿Cómo es que llegamos a no poder reconocer al otro en su entorno, en su modo de vivir, comprender a ese todo que lo hace, lo ocupa y afecta en su salud? (Breihl, 1991).

Allué, Mascarella, Bernal, y Comelles (2006), aportan mucho de la historia de quienes ejercían la medicina hasta el siglo XIX. Los médicos, juristas, siquiátras, sacerdotes, realizaban una metodología de naturaleza etnográfica para indagar la realidad, se basaban en la lectura de textos hipocráticos y galénicos:

..., la observación y la escucha del caso – esta no necesariamente en boca del paciente sino de su entorno -, la exploración física del paciente mediante los sentidos del observador, y el conocimiento local del mismo basado en observaciones del entorno, y que permitían comprender y explicar las causas de la enfermedad y el contexto de su curso. (p. 15)

Porta, (como se citó en Allue et al, 2006) en 1845 en el discurso inaugural de la Academia de Medicina y cirugía de Barcelona, establece el “tino práctico”:

un hombre de tino [práctico], echa una ojeada sobre todo lo que le rodea, al instante lo reúne bajo un solo punto de vista, nada le escapa, y comprendiendo luego el encadenamiento de las partes que componen el todo, deduce de ello incontestables verdades y consecuencias. (p. 16)

Estas formas de conocimiento médico fueron derribadas con el informe Flexner, al señalar que se quitó el poder narrativo de la anamnesis, reduciéndola a una estructura que registra signos y síntomas perdiendo “su condición de instrumento dialéctico para construir la relación mutua entre el enfermo, el paciente y su red social” (Allue et al, 2006, p.17).

Esto podía explicar la diferencia percibida en el encuentro, la formación recibida tenía que ver y mucho en cómo se establecía, y como observaba la realidad, como escuchaba y de qué manera. Reconozco que no pensé en esto hasta reflexionar sobre el encuentro.

Mi formación no era solo aprender conocimientos, yo he tenido “una comunidad de práctica”, y “el aprendizaje es una dimensión integral e inseparable de una práctica” (Lave y Wenger, 1991, p. 2) a su vez una forma de analizar este aprendizaje es considerar la participación periférica legítima.

La que no es una estrategia ni una forma pedagógica sino “una manera de entender el aprendizaje.

Un aprendizaje que se comprende no desde la “internalización” como transmisión de un conocimiento, sino desde la participación. Donde la persona, el pensamiento, el conocimiento, la acción, está vinculada e inmersa en una estructura sociocultural. La participación periférica legítima significa que “el aprendizaje no es una condición para la membresía, sino que es en sí mismo una forma de desarrollo de membresía” (Lave y Wenger, 1991, p.13).

Y la comunidad de práctica donde el aprendizaje se desarrolla, no es un conjunto de estudiantes de medicina aprendiendo medicina o aprendiendo a diagnosticar. Se conforma con las relaciones entre las personas, actividades y otras comunidades. Como lo afirman Lave y Wenger (1991)

.... Una comunidad de práctica es un juego de relaciones entre personas, actividad, mundo, en un tiempo y en relación con otras comunidades de práctica tangencial y superpuesta. Una comunidad de práctica es una condición intrínseca para la existencia del conocimiento, ya que provee el soporte interpretativo necesario para darle sentido a su herencia. De este modo la participación en la práctica cultural en la cual existe todo conocimiento es un principio epistemológico del aprendizaje. La estructura social de esta práctica, sus relaciones de poder y sus condiciones para la legitimidad definen las posibilidades del aprendizaje (es decir, para la participación legítima periférica). (p.35)

El escenario de la consulta médica reproducía esta comunidad de práctica y traducía el aprendizaje recibido, donde se legitimaba “hacer médico” dentro de la misma estructura social que lo había generado.

Era un “aprendizaje situado” con una participación periférica legítima, como necesaria combinación, que explica que hay una participación con características de periferialidad, lo que implica las múltiples formas de “estar ubicados en los campos de la participación definidos por una comunidad”.(Lave y Wenger, 1991, p.5)

Ahora bien, esta participación periférica legítima, se definía por la comunidad donde se estudiaba medicina, decano, docentes, estudiantes, con distintos grados y relaciones de poder que seguramente conformaban un modelo. Un modelo médico cuyos actores reproducen este aprendizaje situado, aprendido en la participación periférica legítima.

Entonces esta periferialidad legítima, según Lave y Wegner (1991) entendida como una noción compleja, que puede empoderar o no según las relaciones que se ponen en juego en las distintas estructuras y servir de articulador o no entre las comunidades de práctica.

Con comunidades de práctica quiero referirme a lo que sucede en el “escenario consultorio” donde se congregan, dicho en sentido religioso (de congregar, reunirse en un espacio sagrado) médicos y pacientes, pertenecientes a comunidades de práctica distintas.

Estas comunidades de práctica tienen un inter-juego, condicionado por las relaciones de poder y el modelo médico hegemónico (Belmartino, 2011), que se materializa en el accionar de los profesionales de la salud, donde hay un experto, un empoderado de su participación periférica legítima, que solo reconoce su saber.

Un saber caracterizado como “científico”, “veraz”, que establece un portador del único conocimiento” desde la perspectiva médica, subordinando o negando el saber del otro que se acerca con un problema -sentido, pensado, compartido con la familia con amigos con otros en la comunidad de donde proviene. Lo ideal sería un reconocimiento, para ser planteado en un determinado plano, quisiera decir de igualdad, pero reconozco la utopía que subyace, dado que las personas que son asistidas han incorporado las normas y condiciones que se establecen en la relación médico- paciente.

Una relación asimétrica, con sujetos desiguales en derechos, percepciones, sentimientos, clase social, donde el conocimiento se reduce al saber de uno solo de los sujetos de esta relación.

Una relación que aumenta su desbalance en tanto clase, género, etnia.”*Esa mujer boliviana*”. Una relación de dominación-sumisión donde el conocimiento se monopoliza y restringe, no se permite contextualizar ni considerar la percepción el sentimiento, el saber de ese otro presente pero invisible. El experto médico reproduce una vez más ese “aprendizaje situado”: está evaluando, diagnosticando una enfermedad, no viendo ni escuchando a un sujeto.

La persona que asiste a la consulta, es un “experto” que sabe de su historia, que reconoce en su cuerpo los efectos de esta historia, que tiene un modo de vivir producto de una clase social que representa y conforma un colectivo que asiste, y percibe la discriminación.

Si no hay un reconocimiento del sujeto asistido como experto no se puede establecer un diálogo intercultural, que signifique ver al otro en la plenitud de su ser, pensar, sentir con su experticia. Que establezca la posibilidad de plantear las diferencias y los acuerdos en un escenario que no sea único, y que produzca el encuentro.

## Capítulo 5

### Conocimientos y saberes

En el capítulo anterior, el planteo fue el escenario de la consulta médica como espacio para la interculturalidad en la atención primaria de la salud, en contraste con el hogar de Rosalía, analizando lo que permitía o no un encuentro, un lugar para el desarrollo de situaciones en común o las diferencias, dando espacio al conflicto. Ese conflicto que significa distintos saberes y que deben ser puestos en juego ante un problema de salud. En este capítulo desarrollaré la tensión que se establece entre los “conocimientos científicos” de la medicina occidental y las “creencias” de la medicina tradicional.

*“Esto que voy a contar, es tan real como lo que sentí en ese momento y me gustaría que usted también lo sienta al terminar de leer. En Santiago, el frío dura poco, pero era quizás la mañana más fría de ese invierno. Empezamos la actividad como siempre, con el pase de sala. Cuando llegamos a la cama donde estaba ella, se paró en seco. Tenía a su niño en brazos y no paraba de besarlo, de acariciar su pelo, y de jugar con él. Nos miró, apenas sonrió y bajó la vista. Una niña-madre, como hay muchas por aquí. Vestida sin moda, ojos santiagueños, grandes, rasgados, y de pocas palabras. La residente, con historia clínica en mano, nos contó de Ramona y su Gabriel. Desde muy lejos habían venido, y aunque doscientos kilómetros no parecen tanto, en realidad, sí lo son, si uno piensa en que después de la ruta, se viene otro tramo a recorrer todo de tierra, pero no es ése el caso ahora. Ramona, la última nieta, la que un día apareció embarazada y Gabriel que nació en el hospital más cercano, estaban ahora, al frente nuestro. Interpelando nuestro conocimiento, nuestros sentidos. Derivada por la abuela al*

*Servicio de Cardiología, así decía el motivo de consulta. Hubo sonrisas, miradas de reojo, y un murmullo poco claro... Sí, mi abuela, me mandó, me dijo que venga a Santiago, y trate de que a Gabriel lo revise el médico del corazón. Pregunté por qué, qué le hizo pensar a la abuela que necesitaba una consulta con un especialista. Los residentes, miraban; aun no lo habíamos examinado. Mi abuela le puso las manos en el pecho y me mandó para que venga urgente. Alcanzó a decirme, que su abuela, le había advertido que Gabriel “tenía algo”, que tantos nietos y niños que había alzado y sentido sus latidos, le avisaban que “algo” no estaba bien. En ese momento, vino la secretaria de Cardiología a llevarse a Gabriel. La interconsulta había salido antes, y no pudimos frenarla. Apurada se lo llevó. Cuando regresó: el informe decía “varón de siete meses, portador de Cardiopatía congénita CIA/ Ductus / Retorno venoso parcial anómalo/ HTP... tramitar derivación Hospital Garrahan...” ... Respiré hondo... no sé qué dije... Ahora, puedo pensar que... Las manos de las abuelas son especiales, son diferentes, cocinan rico, se mueven más lento; las arrugas las hacen fuertes, los años las hacen firmes. Una caricia de abuela vale el doble... que ser pediatra es hermoso... es un don precioso, y que todo lo que pueda pensar, o sentir, queda chico, para el amor y la sabiduría de esta abuela... una especialista en corazón, pero del otro... del corazón que siente más allá”*

*Las manos. Dra. Ana María Soria. Boletín informativo Año XXXVIII, Nro. 3. Diciembre 2011. Sociedad Argentina de Pediatría*

El relato que antecede, lo leí hace varios años. La primera impresión fue advertir que los médicos residentes se burlaban de la razón por la que Gabriel estaba en el hospital, el niño no había llegado por la derivación desde otro centro de salud y por medio de otro médico, como era

la lógica que establecía las consultas, o de manera espontánea. Había accedido por solicitud de la abuela a su nieta. La abuela que lo acunó en sus brazos escuchó al nieto nuevo de la familia, y con su sabiduría de abuela dijo que algo *no andaba bien*.

Reflexionaba desde un lugar conocido para mí, del cual pretendo ahora distanciarme para poder analizar esos modos de estar, comportarse, gesticular entre los que nos reconocemos muchas veces los médicos y las médicas. Yo reconocía la lógica, el hacer, la actitud de los residentes, esa “soberbia” de los primeros años. Yo no hice Residencia en Pediatría, fui concurrente de pediatría en el Hospital Gral. de Agudos Ignacio Pirovano.<sup>46</sup> En mi formación, al igual que los residentes, formábamos parte de los “elegido/as”. Había terminado la carrera y concursado para ingresar a la residencia. En ese momento, el cupo se limitaba a los hospitales pediátricos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Hospital Elizalde, ex Casa Cuna, y algunos otros hospitales que contaban con la residencia; de hecho, el Hospital Pirovano comenzó a tener residencia de pediatría en el año 1982. Si no se podía acceder a la residencia, la segunda opción era ser concurrente, así se podía dar por hecha la formación posgrado en una especialidad y, en mi caso, cumplir con lo que más deseaba: “ser

---

<sup>46</sup> Al finalizar la Carrera de Medicina en la República Argentina, para acceder al título de especialista en, este caso pediatría, se requería de una capacitación posgrado llamada residencia, de tres años de duración en aquel momento (años 1980-1990) actualmente de cuatro años, que implicaba la asistencia diaria a un servicio hospitalario, con guardias semanales, accediendo a través de un examen de selección múltiple, dado el cupo limitado para la misma, en el año que planteo 1978, en general se concursaba en hospitales pertenecientes a la municipalidad de Buenos Aires, siendo más difícil acceder en simultáneo a hospitales de la provincia de Buenos Aires, (en la actualidad se concursaba en varios lugares, municipalidad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Nación, hospitales o clínicas privadas, ejemplo Hospital Austral. O cumplimentando una concurrencia durante cinco años a algún servicio hospitalario para la especialidad, que requería de asistir diariamente, cumplir con una guardia de 24 hs, El primer sistema descrito es rentado durante toda la formación, la concurrencia no. Por ello destaco lo de elegidos, en el caso de la residencia un cupo pequeño, al que se accede de la forma descrita, a través de un ranking, y en el caso de la concurrencia, aun con un acceso sin cupo, se requería de poder sostenerse económicamente a través de

otros trabajos relacionados con la medicina, por ejemplo, guardias en otras instituciones de salud.

pediatra”. Al final de la capacitación de posgrado, se acreditaba ante la Municipalidad de Buenos Aires y se accedía al título de Especialista en pediatría.

La etapa de capacitación respondía a un programa establecido y supervisado de prácticas de complejidad creciente. Cada acto descrito en el relato anterior me era conocido. Reconocía muy bien los pases de sala, que se efectuaban junto a la cama del paciente: un médico/a presentaba el “*caso*”, lo que exigía conocer la historia clínica y “*presentarla*” ante los demás residentes, concurrentes, médicos pediatras de planta, jefe de unidad, jefe de servicio -cada uno ellos era alguien que examinaba “*el saber*” de quien presentaba el “*caso*”. Poder hacer una buena presentación sumaba *créditos* para la formación. Significaba haber aprendido a realizar una historia clínica, siguiendo todos las etapas de la misma, anamnesis, registro de antecedentes evaluación clínica, diagnósticos presuntivos y diagnósticos diferenciales de otras enfermedades, exámenes complementarios solicitados y su justificación. Luego, alguno de los médicos presentes de mayor jerarquía revisaba la historia y efectuaba comentarios relacionados al problema de salud presentado, acordando o difiriendo con lo presentado. Durante la semana, lo/as médicos registrábamos la evolución de los niño/as internados en las historias clínicas. Luego de examinarlos junto a los encargados del sector, médicos de planta, efectuábamos extracciones de sangre y llevábamos cultivos de distintos fluidos al laboratorio; recogidos los resultados los ordenábamos y comunicábamos a los superiores para su análisis. Las acciones se planificaban en la sala de internación, y en el consultorio externo de atención pediátrica. En esa época preferíamos estar en la sala de internación. Esa preferencia se debía al interés por el seguimiento de “*los casos*”, era la enfermedad la que atraía nuestra atención; el consultorio externo significaba realizar los controles de salud de los niños menores de un año, indicar vacunas, realizar recomendaciones de crianza, la llamada puericultura, y atenderlos cuando se

presentaban enfermos, pero no era lo mismo que durante la internación. Los días de guardia las actividades comprendían la atención por consultorio de guardia y la internación (en el Hospital Pirovano por muchos años el consultorio de guardia funcionó dentro de la sala de Internación), además de la atención de lxs recién nacidxs, cuando se producía un parto. La sala de maternidad distaba a 100mts de distancia de la de pediatría, y escalera mediante llegábamos a otro sector del hospital. Esas tareas se debían a la falta de neonatologxs de guardia en los primeros años de mi concurrencia. Disfrutaba ese trabajo, y aún recuerdo en sueños las practicas que realizaba, así como a quienes me enseñaron.

Estas actividades sumadas a las evaluaciones teóricas que se llevaban a cabo cada tres meses, calificaban al médico residente/concurrente, estableciendo un orden de mejor calificados para poder acceder a suplir una guardia<sup>47</sup>, o ser seleccionado como “Jefe” o instructor de residente. Y ese saber que se examinaba pertenecía a “la medicina”, un saber propio que se había legitimado a lo largo del tiempo, que reconocía enfermedades, examinaba cuerpos y reproducía un sistema médico (Good, 1994).

Tanto en el relato al inicio de este capítulo, como en los espacios de formación que realicé, había similitudes que no solo tenían que ver con “*los pases de sala*”, o la narración desde lo médico. Tenía que ver con la manera en que lxs residentes miraban a la mama de Gabriel. Las burlas de integrantes del equipo de salud hacia quien era distinto, que no pertenecía al cuerpo médico, ese otro que se presentaba tan diferente en clase social, cultura, nivel socioeconómico, educación e interpelaba desde un lugar que no era reconocido por los médicos.

---

<sup>47</sup> Siendo concurrente, y luego de dos o tres años de formación, validaba para poder inscribirse en un listado de médico/as a suplir Guardias. En el escalafón hospitalario, acceder a las suplencias de guardia permitía luego titularizar, concurso mediante, pasar con los años a medico de planta. Ese trayecto realizado me permitió no solo ser suplente de guardia sino ayudante de la cátedra de pediatría e instructora de residentes de la primera residencia de pediatría que se inició en el Hospital Pirovano.

La escena descrita hace referencia a una mujer pequeña en tamaño y en edad, que provenía de un pueblo de Santiago del Estero, alejado de las grandes ciudades, que se comportaba como una niña, que tenía un hijo, como tantas otras niñas que son madres (si se es una niña no se puede ser madre, no desde un punto de vista biológico), pero esa expresión indicaba que Ramona era como tantas otras mujeres, y ya no niña, que no obedecía las “leyes” que reiteran la no conveniencia de embarazarse en la adolescencia. Múltiples investigaciones científicas problematizan el embarazo adolescente, considerándolo como un problema de salud biomédico, por el riesgo que conlleva la salud de la madre y del hijo y también un problema sociocultural y psicológico. (León, Minassian, Borgoño, y Bustamante, 2008). (Ulanowicz, Parra, Wendler, y Monzón, 2006).

### **La medicina como cultura**

Frente a la “niña madre”, los médicos escuchaban el relato de la residente sobre porqué Gabriel estaba allí, sonriendo al oír el comentario de la abuela. ¿De qué se reían? ¿De ver a Ramona acariciar a su bebe? No lo creo, esa acción era una acción de amor, de ternura y nosotros los médicos no nos burlamos de las caricias, del amor, del llanto de una madre, de un padre por su hijo/a, del dolor del otro, de la alegría manifiesta. Más bien esas risas tenían que ver con el descreimiento del saber de la abuela, desde una mirada biomédica, hegemónica, que solo reconocía el saber de la medicina occidental. O quizás se estaban interrogando ¿cómo sabía la abuela de eso? ¿acaso contaba con elementos para tal afirmación, como un estetoscopio? ¿o había estudiado en una facultad de medicina. O quizás no se reconocía “*el caso*”, no parecía un caso interesante al ser *el motivo de consulta* “*derivada por la abuela*”.

Cuantas veces, durante mi formación pre y posgrado, presté atención y escuché cuál era el motivo, el padecimiento que la familia o la misma persona quería comunicar. Los motivos de consulta eran y son en la actualidad interpretaciones que los médicos hacemos de aquellos signos o síntomas que nos presentan, aprendidos, reconocidos por la literatura médica de determinada forma de comprender y constituirnos como médica/os, según esta cultura de la medicina (Lupton ,2003).

Good (1994) aporta como es la “construcción del padecimiento” (illness) como objeto de la actividad diagnóstica y terapéutica dentro de la medicina clínica norteamericana, a través del análisis efectuado de la investigación que llevara a cabo junto a Mary Jo Good en la escuela de Medicina de Harvard, siguiendo durante cuatro años a 50 estudiantes de la clase que se graduarían en 1990. Realizaron entrevistas y observaciones de campo, en relación a las experiencias personales y educacionales de los alumnos, y también a profesores y administradores de la nueva Metodología de Educación Médica General de Harvard. Comparando tres modalidades de enseñanza: una clásica, la nueva metodología y la tecnología de ciencia de la salud, que funcionaban en simultáneo para los estudiantes que ingresaron en 1985, 1986. El autor pretende contrarrestar el supuesto del “paradigma empirista” en el que las enfermedades o procesos fisiológicos son “categorías externas”. Y argumenta: “la biología no es externa a la cultura, sino que está dentro de ella”, demostrando “cómo la medicina construye a las personas, los pacientes, los cuerpos, las enfermedades y la fisiología humana” (p2).

Debo decir que cuando leía este capítulo de Byron Good, recorría mi formación y percibía una gran similitud, aun cuando la Universidad no era la misma, los currículos fueron un calco de un lugar a otro del planeta. Pasada esta sensación de sorpresa, donde yo me veía a través de los relatos analizados por el autor reflejada como en un espejo, pude detenerme y ver cómo mientras

unos ven el padecimiento y hablan de él, los médicos hablamos de enfermedad y transitamos por distintos niveles que nos habilitan a reunir una información parcial de lo que sucede. Los primeros años de formación nos instruyen en visualizar órganos, separados en estructuras que poco muestran de quién era ese pedazo de cuerpo, o a través de un microscopio adentrando nuestra mirada en las profundidades de una célula o un músculo. Pero las personas a las que asistiremos después, son seres portadores de cultura, viven en un lugar, tienen sentimientos, emociones, sienten el dolor, padecen.

Good (1994) se basa en las teorías de las formas simbólicas del filósofo Ernst Cassirer, y argumenta que la cultura o las formas simbólicas median y organizan formas distintas de realidad, entre ellas, la medicina, de modo que en las prácticas de la medicina hay una forma determinada de percibir y construir el objeto de estudio, una forma “médica”.

En el proceso de educación médica hay formas especializadas de ver, escribir, hablar. No aprendemos a ver personas, sino objetos que se construyen a través de una forma particular de ver, como también de escribir y hablar. Aprendemos esa “forma simbólica” al ver un cuerpo humano médico, en las prácticas de anatomía, en la visualización a través del microscopio, las imágenes dadas por la radiología, las ecografías, tomografías resonancias, etc. (Good, 1994). Esta “forma” es muy diferente de cómo los demás construyen su realidad. Por ejemplo, cómo Ramona veía a su niño, su pequeño cuerpo acunado, donde su amor se traducía en una forma de sostener, de dialogar, y cuya respuesta por parte de Gabriel era acorde a esa interacción, Ramona percibía un padecimiento en su niño, pero lo miraba como un niño. Su construcción de la realidad era distinta a la de los médicos que asistían a Gabriel, ellos veían una cardiopatía y rápidamente se concentraron en el pequeño corazón que presentaba la categoría de “cardiopatía severa”. La misma realidad se veía y entendía de otra manera.

No pretendo hacer un cuadro comparativo de estas formas de ver, pero la escena planteada de Ramona y Gabriel ayudan a reflexionar qué se entiende por la construcción de un objeto. Y me lleva a pensar cómo se puede tener una atención intercultural cuando la construcción sobre la realidad difiere tanto, dónde se encuentra el punto en común para poder dialogar. Hay un aprendizaje al mirar anatómicamente, una forma de interpretar la realidad, que no logra visualizar a la persona, aun cuando justifica diciendo que existen factores culturales, sociales o psicológicos del problema de salud, porque no se está diciendo que la persona tiene problemas de salud, sino que “el problema de salud” se conforma por distintos factores.

Ese aprendizaje, de la misma forma que instruía sobre la forma de ver, lo hacía en la forma de hablar y de escribir. Se aprende a sacar “lo importante “del “caso”, a relatar los antecedentes de la enfermedad, sus síntomas sus signos, describir la semiología<sup>48</sup> en forma precisa, definir un diagnóstico y los exámenes complementarios. Se lee un paciente, se lo analiza con una manera de mirar ya aprendida, se habla en lenguaje médico, el que no solo implica términos técnicos, sino que tendrá una lógica propia, que se manifestará en el habla cuando se presente una persona enferma, con un padecimiento que desde la practica medica significara reconstruir la “historia natural de la enfermedad”<sup>49</sup>.

La enfermedad (disease) reside en el cuerpo individual y el objetivo del tratamiento es el de comprender los fenómenos superficiales con referencia a un orden ontológico más profundo, para relacionar síntomas y signos a la estructura fisiológica o funcional e intervenir a ese nivel. La enfermedad tiene un curso natural; la historia de la enfermedad no posee un agente personalizado. La estructura narrativa y de la experiencia de la enfermedad (illness) y la persona,

---

<sup>48</sup>Semiología: Parte de la medicina que estudia los signos y síntomas, interpretándolos para un diagnóstico.

<sup>49</sup> Se refiere a los procesos biológicos que se dan sin la intervención médica

que es el agente del sufrimiento, son relevantes para las prácticas clínicas de rutina, sólo hasta el punto en que revelan el orden fisiopatológico<sup>50</sup>, permitiendo al médico formular y documentar el caso como un proyecto médico (Good, 1994).

Cuando realizaba mi trabajo de campo (2012), visite a Alicia, vecina de Rosalía. Quería reunir datos para la investigación e iba con mi librito sobre cómo hacerlo. Me encontré con ella y le dije que quería saber cómo atendían sus problemas de salud, donde iban, sus recorridos. Alicia comenzó a hablarme de su vida, cómo había llegado a Lujan, de su matrimonio y la enfermedad de su esposo, de las dificultades económicas, de la estafa sufrida por la venta de un caballo. Me era difícil entenderla. Hablaba despacio, con un tono bajo, entremezclando el idioma. Muchas veces escuche la grabación de ese encuentro. Y recién ahora comprendo que Alicia me hablaba de su padecimiento, que se había presentado y contado su vida, que era una persona con una historia, cuyo relato me pareció poco “interesante” como el estudiante de medicina que presenta un caso, una historia clínica, elegida y presentada como “no hay otra” Tan profunda estaba en mí la cultura de la medicina, esa forma de ver, de escribir, de hablar, que yo había aprendido a construir un objeto con la medicina cuyas características muy poco se parecían a la historia de Alicia.

Good (1994) hace referencia al drama moral que se da en el hospital, donde no solo se construye y trata el cuerpo, sino que se recuerda la naturaleza del sufrimiento humano y el temor de confrontar el padecimiento tanto por parte de las personas enfermas como de los que los cuidan, pero se mantiene “*la definición medica del evento*”, que controla a través de rutinas instrumentales, aunque no pueda haber una contención total de lo moral y espiritual.

---

<sup>50</sup>Fisiopatológico: lo relacionado con lo natural y lo patológico de una enfermedad

## **Necesita un médico del corazón, distintos saberes**

La abuela reconocía que Gabriel tenía un problema grave, al decir “reconocer” estoy suponiendo que había un conocimiento que la habilitaba para tomar la decisión de que el niño fuera evaluado por un “médico especialista del corazón”. Y su nieta “creyó” en su abuela, ya que tenía suficiente experiencia, había criado, tenido en brazos y escuchado a sus hijos y sus nietos, y ninguno de ellos “latía” o “se escuchaba” como el corazón de Gabriel. Si comparo como se efectúa un examen cardiológico desde el punto de vista biomédico, aquel que aprendí en la concurrencia y luego como pediatra seguí y continúo utilizando, encontraré muchas similitudes.

Cuando se comienza a examinar a un niño/a para detectar un problema cardiológico, se observará su color, si permanece rosado, si tiene cianosis (coloración azulada, de mucosas o que puede aparecer en la porción distal de las extremidades o a nivel peribucal), se palpará su pecho tratando de encontrar si tiene frémitos (vibraciones distales a los soplos significativos), dónde late más el corazón o se encuentra el choque de punta<sup>51</sup>. Se auscultará para reconocer la intensidad de los tonos cardiacos, la presencia o no de soplos su localización según los tiempos del ciclo cardiaco, su intensidad y hacia donde se irradian. Sin pretender dar una lección de semiología cardiológica<sup>52</sup>, intento mostrar que la abuela observó, palpó y sus manos tocaron, sintieron y reconocieron que algo “no andaba bien; seguramente también escuchó a Gabriel, aunque el relato no lo mencione.

El relato no lo menciona, porque valida un discurso. Foucault (1987) plantea que no se puede hablar de todo; hay tres tipos de prohibiciones: el tabú, por ejemplo, de la sexualidad, el

---

<sup>51</sup> El latido o choque de punta se palpa a nivel del cuarto espacio intercostal izquierdo en la línea hemiclavicular como una sensación táctil suave. Se debe a la presión que ejerce contra la pared torácica la punta del corazón (Kreutzer 1984).

<sup>52</sup> Signos y síntomas de las enfermedades cardiacas (Diccionario Médico 1983)

“ritual de la circunstancia que lo impide” (lo dice el médico en el consultorio en el hospital, en el centro de salud, ahí hay un lugar de prohibición para el otro ejercido por un sujeto) y la autoridad, el médico quien representa a un actor social cuyo discurso invalida otros. “el médico lo dice”. Estos tipos de prohibiciones se cruzan y refuerzan en los distintos actos médicos.

El discurso se vincula al deseo y al poder, pone de relieve no solo la predominancia de una parte de la sociedad, sino las luchas que subyacen con procedimientos y prácticas que sostienen los mecanismos regulatorios de exclusión de otro discurso; la prohibición, la separación y el rechazo, lo verdadero y lo falso, si pensamos sobre la separación y el rechazo, también el saber de otro que se silencia.

Recuerdo, la escena en el Centro de Integración Comunitaria (CIC),<sup>53</sup> que transcribo a continuación.

*Estábamos en el consultorio de pediatría, en el CIC, ella con su bebe, llamado Saul. Lo sostiene con ternura, lo acaricia. Me cuenta que su embarazo fue controlado en este centro de salud, que anteriormente había perdido un embarazo y que tiene otro niño con síndrome de Down. Su vivencia de este embarazo fue de mucho temor, percibía que algo no estaba bien, pero la respuesta de quien controlaba el mismo, ante reclamos de realizar estudios, era que todo estaba bien. “No me hicieron caso, ni estudios para ver”. Claramente Sory transmitía lo que su cuerpo había percibido en esos momentos y alguien desde afuera pretendía entender lo que pasaba, haciendo uso de un saber o un poder concedido que le habilitaba a expresar que lo “percibido” por Sory no era así. (Registro de campo 2013)*

---

<sup>53</sup> CIC: Centro de integración comunitaria, uno de los centros de salud de atención primaria del Municipio de Lujan.

Es una forma de silenciar o rechazar el discurso del otro, en este caso de una mujer, migrante boliviana. Quien la asistió durante el embarazo, era el actor de un discurso médico verdadero que no escuchaba al otro (Foucault, 1992). Lo verdadero y lo falso, discursos y prácticas frente a una voluntad de verdad, sostenida a nivel institucional con distintos dispositivos: datos de laboratorios, artículos científicos, opiniones de expertos.

Hay otras formas de delimitar un discurso, el comentario, quien lo dice (el autor), en relación no a un autor en particular, sino a la pertenencia de un colectivo que circula en las conversaciones y juega a la veracidad o falsedad de algo. Volviendo a Ramona y su hijo, la disciplina delimita su discurso.

Aun así había una experiencia de la abuela, que por haber sido madre, abuela, criado y cuidado de niño/as, también tenía otro conocimiento. Sabía cuál era el lugar donde su nieta debía acudir, para atender una enfermedad del corazón, que de alguna manera traspasaba el límite que la disciplina imponía.

### **Adónde vamos – Itinerarios- trayectos- recorridos terapéuticos**

La abuela de Gabriel indicó un recorrido asistencial a Ramona. De igual forma, se podría hacer un paralelo con la respuesta del servicio de cardiología del Hospital, donde Gabriel estaba internado, y ver que allí también se determinó a dónde referir al niño por su problema de salud.

Ramona y su hijo Gabriel pertenecían a una familia donde los vínculos entramaban jerarquías, construidas en base a la experiencia, los saberes, las historias de vida. Seguramente la abuela era la persona referente que definía ciertas situaciones, y es por ello que la frase “*algo no anda bien*” accionó a manera de un dispositivo en el discurso que la familia validada. “Mi

*abuela me dijo que buscara un médico del corazón*”. Podemos, entonces, con estos datos establecer los circuitos de cómo la gente llega a los centros de salud para resolver sus problemas.

Ramona y Gabriel → Abuela → Hospital Zonal

Podríamos llamar nivel cero (Rovere, 2006)) a la comunidad donde esta red se pone en marcha. Con esto me refiero al sistema de salud organizado por niveles de atención<sup>54</sup>, articulando lo necesario para cumplir el objetivo de llegar a un hospital, donde Gabriel sea evaluado por su problema en el corazón.

En el sistema de salud, encontramos un hospital alejado de la ciudad, que parece fuera del sistema provincial, aun estando dentro del mismo, que debiera ser el segundo lugar donde Ramona debiera consultar, y de ahí ser referida al hospital Central de Santiago del Estero y luego a un centro Nacional de referencia en cardiopatías congénitas a nivel Nacional

Hospital 1 → Hospital Santiago del Estero → Hospital Nacional Garrahan

Vemos similitud en lo que a proceso salud-enfermedad-atención-cuidado se refiere, con niveles de resolución que actúan dentro de las organizaciones que los sostienen: comunidad – familia.

Esos recorridos en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado me remiten al relato de Rosalía, quien sostenía que había problemas que solucionaban los médicos y otros que no, y que en esos casos debían concurrir al curandero.

---

<sup>54</sup> Primer nivel: los centros de atención primaria de la salud, segundo nivel hospital de referencia, tercer nivel hospitales zonales o Inter zonales, así determinados por su complejidad tecnológica.

*-¿No les avisan de estos problemas a los médicos?, pregunto. “Es que los médicos no saben de esto de la pata de cabra, La pata de cabra, viste que son dos bichitos que entran por ahí ( y me señala la parte baja de la espalda) que entra y va comiendo, por eso los chiquitos se arquean ,uno sabe que es pata de cabra, se arquean. Los doctores no saben de esto. Así que obligadamente son los curanderos, en nueve o diez días lo curan y ya está... (Registro de campo 2012)*

Rosalía y la abuela de Gabriel hablaban de saberes, de saberes de unos y de otros, de los propios y de los ajenos. Rosalía establecía los límites de su conocimiento, reconocía y diagnosticaba “un susto”, pero el mismo requería de la intervención de otros actores para resolverlo. Seguramente, hubo una transmisión de cómo reconocer el “susto” y como solucionarlo. Quienes podían hacerlo y quienes no, a quienes referírsele y a quienes no. “De eso, ellos no saben” sintetizaba. Ubicar esos recorridos de atención, una médica como yo, aun con la mejor intención de resolver el problema, no podría hacerlo, no tendría elementos, conocimiento ni experiencia para ello.

En la descripción del “susto” que hacía Rosalía hay distintas maneras de comprender los procesos de salud- enfermedad. Y hay también distintas formas de resolverlos, lo que me habla de los distintos itinerarios terapéuticos, del pluralismo asistencial (Perdiguero 2006). Opacados por una única forma occidentalizada de medicina que se presentaba de manera hegemónica en las atenciones de salud que se brindaban y brindan en APS.

Campos Navarro (2007) reflexiona del porqué los pobladores de algunas regiones concurren al médico occidental, luego que reconocen que sus problemas de salud rebasan la auto

atención y la consulta con curanderos. Su aporte intenta dar cuenta de los recorridos en salud de una parte de la población de México, con múltiples etnias, culturas y organizaciones sociales.

Con relación a los itinerarios terapéuticos, a los recorridos de salud que las personas realizan, Perdiguero (2006) muestra los modos diversos de entender la salud, la enfermedad, de diagnosticar y tratar los padecimientos. Lo que se reconoce como pluralismo médico, aun siendo “un fenómeno estructural”, se ve como novedoso en América Latina y en el mundo. El autor destaca que los modelos de las ciencias de la salud y sociales que han pretendido conocer los comportamientos de las personas ante la enfermedad, han establecido como “*la norma*” seguir a la medicina científica occidental como modelo prescriptivo de lo que debe y no ser en diagnóstico, atención, cuidado en los procesos de salud enfermedad.

Si se sigue una norma prescriptiva se desconocerá el concepto de que el cuerpo habla a través de “filtros bioculturales” (Perdiguero ,2006) construido socialmente en un determinado momento histórico y en un contexto cultural.

La antropología francesa ha aportado el concepto de “itinerario terapéutico”<sup>55</sup>, que reconoce todos los procesos que se llevan a cabo desde que aparece un problema para encontrar una terapia adecuada, “utilizando diversas instancias terapéuticas institucionales o no.”

Los itinerarios terapéuticos se adentran entre lo biológico, lo social y lo cultural, en el entretejido de los mismos, y superan los límites que los enfoques normativos <sup>56</sup>pretendían dar a los procesos de salud enfermedad, atención y cuidado.

---

<sup>55</sup> Enrique Perdiguero utiliza la definición de Sindzingre , Alice Nicole

<sup>56</sup> Aun cuando se considera que los modos de entender la salud y la enfermedad y buscar tratamiento son socialmente construidos los modelos que pretenden estudiar los comportamientos frente a la enfermedad han sido limitados. Modelos micro sociológico: describe porque etapa se desplaza una persona que percibe un problema de

Las mujeres bolivianas migrantes que residían en Parque Lasa llevaban a cabo distintos itinerarios terapéuticos, desde la resolución en la familia del problema, curar el susto o el empacho, o acceder a curanderas en otros lugares. Es muy común que mencionen Escobar como una ciudad donde ellas encontraban la solución a sus problemas o de su familia. Estos itinerarios tenían relación con su organización como familia y como comunidad, los aspectos de la economía que sustentaba sus vidas, el trabajo en quintas, sembrando, produciendo, llevando al mercado y constituyendo esta actividad como la principal.

Esta base organizacional económica era la que les condicionaba sus itinerarios terapéuticos, según los criterios que se podían establecer como acceso, confianza, resolución de problemas en otros integrantes de la familia.

Con el sistema de salud de Lujan, el itinerario podía significar ir a “la salita” o al hospital, pero solo en determinadas ocasiones, una de ellas era cuando los niños eran bebés “*si tiene bebe camina mucho a la salita, cuando es grande no*” o cuando “*se está grave-grave*”. Los otros problemas se resolvían con curas a través de tés de distintas hierbas que reconocían en sus lugares, o con ritos que habían sido transmitidos a través de la familia.

Es oportuno rever el trabajo etnográfico de Chamorro y Tocornal (2005) realizado en el Salar de Atacama en el periodo 2002-2003 para visualizar las relaciones entre la biomedicina y la medicina tradicional, donde se observaron los “itinerarios terapéuticos” de los habitantes de dicha región. En ese sentido, la estructura social- económica repercute en los itinerarios terapéuticos. Existe una agricultura en suelos aterradas, efectiva para el autoconsumo y el forraje, pero la dinámica de esta sociedad con relación a ordenamientos sociales, políticos y económicos,

---

salud, modelo de determinantes; privilegiaron el factor económico como explicación del comportamiento frente a la enfermedad; Modelos macro sociológicos: utilizan variables como la edad, sexo nivel de instrucción clase social, etnia religión estado civil, pero dejan de lado los significados sociales culturales de poder

ha modificado su economía. Ha crecido una mano de obra asalariada incorporada a la gran minería. Esta determinación de vida condiciona el sistema de valores, hay menor transmisión de conocimientos y prácticas médicas autónomas y se depende de protocolos propios del sistema biomédico. Citarella (1995) (como se cita en Chamorro y Tocornal, 2005) define itinerario o recorrido terapéutico, como las formas de conducirse de las personas en los procesos de salud enfermedad, condicionadas por cuestiones económicas, geográficas, y las relaciones con los equipos de salud.

El trabajo de Chamorro-Tocornal (2005) identifica en el seguimiento de los itinerarios terapéuticos de los atacameños, una estrategia médica múltiple, alternando distintos sistemas, los propios de la medicina tradicional, por ejemplo, el yerbatero con el biomédico.

Una conclusión de este trabajo es la direccionalidad entre los distintos sistemas, observando la unidireccionalidad, por ejemplo, entre el “yerbatero” y el sistema de salud oficial, sin que haya una referencia del sistema de salud biomédico a la medicina tradicional.

Al igual que en el relato de Rosalía, era habitual que la direccionalidad fuera del curandero al sistema biomédico y no a la inversa.

*“De eso, ellos no saben”* decía Rosalía al referirse a situaciones de susto, ojeaduras. Los que no saben son los médicos; estos problemas de salud solo podían ser curados por personas preparadas para ello. Tal como me sentí yo cuando Rosalía me habló del susto, no tenía la menor idea a que se estaba refiriendo. Yo usaba la palabra susto para identificar un conjunto de emociones y sentimientos, pero no para nombrar una enfermedad. Para mí era espantarse por algo, una conmoción ante una noticia mala o a la sorpresa causada al sorprender a alguien. Pero ella se refería a lo que los médicos llamamos habitualmente enfermedad. Aun cuando comprendí que se trataba de una enfermedad, ella me mencionaba términos como animo, *“para que se le*

*pase llamo a su ánimo*” que yo no podía hacer ingresar dentro de lo que clasificaba como enfermedad. ¿Dónde podía ubicar yo el ánimo? Mi esquema de pensar el cuerpo aprendido en anatomía, histología, no tenía ningún órgano que así se llamara.

Sin embargo algo me permitió dialogar con Rosalía y familiarizarme con su noción de enfermedad.

Mi primera aproximación a curas que no tenían que ver con la medicina occidental fue cuando yo era niña de 7 u 8 años. Mi abuela recurría a una vecina que curaba el empacho, parásitos, etc. Mi abuela me llevaba a “curarme”. Varias veces fui testigo de una ceremonia para detectar y eliminar parásitos. Aun cuando en mi memoria se desdibujan algunas partes de la misma, siempre persiste la imagen de un plato hondo con agua sobre el que se cortaban hilos para observar luego lo que sucedía, si se agrupaban o dispersaban. Mi abuela era quien sabía a dónde recurrir si la sospecha era sobre “parásitos”, si el problema era que tenía fiebre o dolor de garganta, mi mamá era la encargada de llevarme al médico.

Igual que Rosalía, mi abuela sabía donde recurrir por un problema de salud. Esa similitud tiene que ver con recorridos asistenciales o con la experiencia de algunas personas para atender o entender los problemas de salud enfermedad.

En el recuerdo anterior, había una suerte de misterio que sobrevolaba en el encuentro con la curandera, y una cierta complicidad con mi abuela, ya que estos hechos no se comentaban con otras personas. Había una condena social, impulsada desde los estratos médicos para con estas prácticas; por lo tanto, estas actividades se daban en secreto, sin demasiado comentarios.

## **Legalidad ilegalidad**

Con el tiempo descreí de estas prácticas. Ya en la universidad, los curanderos se encuadraban en “prácticas ilegales de la medicina”, aun cuando no prescribieran. Así, entre lo recibido en la formación como médica y lo incorporado a lo largo de mi carrera, no consideraba adecuado la consulta con un curandero. Quienes asisten a los centros de salud conocen bien esto y se cuidan de mencionar que han efectuado consulta con un curandero/a.

Había finalizado la universidad y transcurrido varios años, cuando percibí que había otras formas de comprender los procesos de salud enfermedad. Otros saberes. Ese transitar con mi abuela, que recupero en este trabajo, estaba estableciendo no solo distintas formas de atención, sino también lo que se define como nivel cero<sup>57</sup> dentro de la Atención Primaria de la Salud. Me refiero a toda la red que se establece en la comunidad como lugar de inicio por donde circula el conocimiento, orientando a la resolución de una situación

Rosalía, la abuela de Gabriel, mi abuela, formaron parte de distintos colectivos que interpretaban, percibían y resolvían problemas de salud. Pertenecían a distintas sociedades, culturas; los contextos de cada una también eran diversos, con una particular concepción de los procesos de salud enfermedad-atención cuidado.

Reflexionando sobre lo que me resultaba familiar de la concepción de enfermedad de Rosalía, recordé un trabajo de investigación de profesionales y estudiantes de la Universidad de Luján, cuyo “objetivo principal fue establecer la presencia de mujeres curanderas y sus

---

<sup>57</sup> En la estrategia de atención primaria de la salud se reconocen niveles de atención, así el primer nivel los conforman los centros de atención primaria de la salud (CAPS) en el país o Cesac en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y como segundo nivel al hospital inmediato de referencia, continuando con un tercer nivel, representado por un lugar con mayor complejidad en la resolución del problema. Pero estos niveles se construyen teniendo un nivel de base, conformado por las personas y su entretrejo social comunitario para resolver problemas de salud

relaciones con integrantes de sistemas conectados con el tema. Asimismo, procurar conocer las concepciones que sobre salud y enfermedad están instaladas en la comunidad y en esos agentes curanderos” (Becerra, R. M., Deschutter, M. T., y Almeida, S. M.,2002)). También se trato de determinar el itinerario terapéutico que las familias de Lujan realizaban para resolver sus problemas de salud.

Se entrevistaron a 19 mujeres curanderas del casco urbano de Lujan, también a 29 profesionales de la salud clínicos, pediatras, cirujanos, oftalmólogos, dermatólogos, ginecólogos, traumatólogos y a otros profesionales conectados: kinesiólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas. De modo similar al trabajo de Chamorro- Tocornal (2005),se intentaba conocer las relaciones entre los actores que ejercían distintas terapéuticas, de la medicina occidental o de las “mujeres que curan” .Fui una de las entrevistadas , me desempeñaba como Directora de Medicina Preventiva y Atención Primaria de la salud del Municipio de Luján,. En esa oportunidad, yo declaré mi interés en la investigación y manifesté que *“que el accionar de estas mujeres se constituye en un factor relevante para la atención primaria de la salud”*, con referencia a las mujeres curanderas que fueron entrevistadas en la ciudad de Lujan. El trabajo mencionado aportaba al conocimiento no solo quiénes eran y cómo eran sus prácticas, sino cómo se daba la relación con el sistema de salud, y viceversa. De hecho, la mitad de los entrevistados del sistema de salud desmerecían o rechazaban la intervención de las “mujeres curanderas”. Su saber era desvalorizado y hasta si había alguna derivación a las mismas, se las mencionaba *“anda a ver la mujer de la escoba”*. Lo mágico, la brujería, eran las características con las que las asociaban en contraposición a lo “científico” de la medicina. De “eso no se habla” podría ser el título de este párrafo, que intenta ver como los itinerarios terapéuticos existen y quedan invisibilizados por “la norma” de la medicina occidental, impidiendo que los procesos de salud

enfermedad se resuelvan desde una perspectiva intercultural. Aun cuando parte de los profesionales entrevistados reconocían a las curanderas, otros las rechazaban, instalando el conocimiento, la experticia de “las mujeres que curan, en el plano de lo mágico, o desmereciéndolo: si existen centros de salud en la ciudad, no hay necesidad de recurrir a ellas.

La medicina occidental se muestra como objetiva, con una verdad tangible y demostrable, avalada por un contralor académico y / o universitario, que restringe lo social, cultural y espiritual.

Lo anterior intenta comprender dónde se establece la legalidad de esta medicina, viendo cómo las mujeres curanderas quedan en el plano de la clandestinidad, quizás por ser mujeres, por asociarse a prácticas de brujerías o porque atendían los problemas de salud en forma integral, desafiando o no a las prácticas médicas cuyo encuadre legal es lo biológico.

### **Las otras medicinas, los otros saberes**

Bouché (2001) destaca que a partir de la segunda década del siglo XX bajo la denominación de Antropología médica se intentará una “amigable convivencia” entre las ciencias sociales y las ciencias biomédicas. Este mismo autor definirá Medicina Tradicional o popular como la que utiliza remedios naturales (hierbas, minerales, materia orgánica). Sostendrá que tiene un trasfondo empírico natural, pero también un componente mágico y religioso.

Kroeger y Luna (1992) agrupan en “medicina indígena”, medicina folklórica”, “medicina tradicional o “medicina popular” el saber de la población mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante el contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos

y sociales”, y sostienen que bajo este saber se conforma una “doctrina” sobre las causas de las enfermedades, su clasificación y tratamiento.

### **¿Reconocimiento de la medicina tradicional?**

En el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la primera Estrategia Global de medicina tradicional 2002-2005, reconociendo a la misma por la amplitud de su uso, desde un 40% en países como Australia hasta el 75% en Francia, y con mayoría de personas que la utilizan en África o en América. Definida por la OMS (2002)<sup>58</sup>

Como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades .(p.7)

También refiere que la medicina tradicional puede enseñarse, y transmitir sus prácticas, o se puede ocultar y solo transmitir oralmente.

En la segunda versión planteada a pedido de una resolución del año 2009 de la OMS, conocida como **Estrategia de la OMS de medicina tradicional 2014-2023**, redefine la misma

La medicina tradicional tiene una larga historia. Es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales. (p.15)

---

<sup>58</sup> OMS Organización mundial de la salud

Reconociendo su larga experiencia en la población mundial, incluyendo conocimientos capacidades, creencia y experiencias de diferentes culturas.

Ahora bien, al definir medicina tradicional, la OMS destaca las que trabajan con hierbas, la acupuntura, la medicina china, ayurveda, homeopatía etc. Pero no aparece, más allá del enunciado, aquellas que reconozcan el trabajo de curanderos, chamanes etc. Según Perdiguero (2006), la forma de definir y conceptualizar la medicina tradicional parece reglada y “prescripta” por la medicina y experiencia occidental.

La Organización Mundial de la salud, establece estas Estrategias de Medicina Tradicional, la primera en el 2002 y la última en el 2014, reconociendo la extensión en la población de lo que se reconoce como medicina tradicional, destacando la accesibilidad a la misma para la resolución de los problemas de salud, mostrándose ejemplos del trabajo de médicos tradicionales en distintos países.

Desde la estrategia de Atención Primaria de la Salud, se reconocen las prácticas de la medicina tradicional, como parte integrante de los distintos sistemas de salud que tienen en sus formas organizacionales para resolver los problemas de salud- enfermedad. Un sistema de salud, desde la perspectiva de la biomedicina organiza los saberes de la medicina tradicional y los estructura en “curanderos”, “yerbateros”, “hueseros”.

Un trabajo que permite visualizar la interacción de ambas medicina es el de Chamorro y Tocornal (2005) en el Salar de Atacama. Bajo el enfoque de la antropología médica crítica<sup>59</sup> se

---

<sup>59</sup>La antropología médica crítica, basa sus análisis en que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio. Sus tres características son; 1, ver el proceso de salud enfermedad como relaciones de adaptación social, medio ambiental y cultural, 2 considera a la enfermedad como modelo explicativo siendo una construcción social a partir de la negociación de significados compartidos

realizó una etnografía que permite develar la interacción entre la biomedicina y la medicina tradicional atacameña, dentro de un escenario étnico en transformación respecto de las relaciones sociales económicas y culturales establecidas con la sociedad dominante.

Como en otros lugares, en América Latina las alternativas terapéuticas tienen un contexto distinto al de años anteriores y son demandadas con mayor frecuencia. Algunos investigadores han abordado cómo se regulan estas prácticas en algunos países de América latina y El Caribe (Nigenda, Mora-Flores , Aldama-López, Orozco-Núñez ,2001) y encontraron que Bolivia, Ecuador, Chile, México, República Dominicana, Nicaragua, Costa Rica y Perú se encuentran en distintos estados de marcos regulatorios, si bien en algunos casos se han reconocido y legalizado las prácticas tradicionales, en otros se encuentran en vías de regularizar, y en otros países son ilegales o no reconocidas.

En Argentina, no he encontrado un marco legal para las medicinas tradicionales, a excepción de un proyecto de ley presentado en Junio 2007 sobre la regulación de terapias alternativas que incluían, naturoterapia, homeopatía, terapias florales, acupuntura, quiropraxia, acupuntura, herbostería, etc. Este proyecto no fue tratado y caducó en febrero 2009.

Solo existen algunas referencias en Facebook sobre La ley de medicina natural, donde se solicitan firmas para avalar la misma, o en una noticia de Telam (2015), donde se advierte sobre la necesidad de regular las medicinas consideradas alternativas y /o complementarias, dando cuenta del uso de determinadas prácticas como la reflexología en servicios de reumatología del

---

3) y, por último, analiza los servicios de salud biomédica en función de las relaciones de poder

Hospital de Clónicas u otras medicinas alternativas (que la OMS incluye como tradicionales) en el Hospital Garrahan o en Hospital Italiano

La falta de una legislación hacia las mismas en nuestro país habla también del no reconocimiento del derecho a la salud que las poblaciones tienen en cuanto a realizar su “itinerario terapéutico” de acuerdo a las necesidades que presentan. Solo la tibieza de incorporar a los servicios algunas prácticas, bajo la tutela de la biomedicina como sistema y modelo de salud.

Aun cuando desde la estrategia de atención primaria se promueva el reconocimiento de aquellos efectores que conforman el sistema de salud local de una comunidad de un barrio, en el contexto de interculturalidad en que pretendo instalar el tema se trata de reconocer los saberes de los otros, que merecen ser entendidos como resultados de su conocimiento, con una cosmovisión propia, sobre los procesos de salud-enfermedad.

Así como el escenario del encuentro con Rosalía habilitaba a un intercambio distinto por las limitaciones que el centro de salud establece, el no reconocer otros saberes entorpece un diálogo intercultural en términos de reconocimiento, negociación, intercambio de saberes, y no de sumisión de prácticas a un modelo hegemónico.

En este capítulo he querido plantear los distintos aspectos que reconozco en este componente de interculturalidad en la atención primaria de la salud. Los casos de Ramona y Gabriel, Rosalía, Alicia han sido los interlocutores que me permitieron comprender el discurso y la práctica médica, los recursos de las población para establecer interculturalidad como los itinerarios terapéuticos, la legalidad de un saber, el reconocimiento de otros saberes, la situación actual de la atención primaria de la salud en la Argentina, como contexto que habilite el

intercambio intercultural, no solo como poblaciones que intervienen en un mismo territorio, como el caso que me ocupa de las mujeres migrantes bolivianas y su relación con el sistema de salud local, sino comprendiendo su concepción de salud-enfermedad, para que sea viable la interculturalidad en salud, contemplando las distintas maneras de resolver sus necesidades y no limitando o subyugando a un modelo biomédico.

## . Conclusiones

Desde Enero del 2008 a Diciembre del 2011, fui parte de un equipo de salud, en el Centro de Atención Primaria de la Salud Parque Lasa, en Lujan, desempeñándome como pediatra. En ese espacio y tiempos, los procesos de salud enfermedad atención cuidado, de los niñxs hijxs de mujeres migrantes, me interrogaban en mis prácticas y en las de mis compañerxs del Centro de Salud de Parque Lasa. Esos interrogantes me llevaron a investigar la cotidianidad de las mujeres migrantes bolivianas, sus modos de hacer, de estar y también los discursos y las prácticas de lxs trabajadorxs de salud.

En esta tesis se describieron y analizaron las prácticas de salud de mujeres madres bolivianas en la atención de sus niñxs en el primer nivel de atención en el barrio Parque Lasa, Luján, para contribuir al desarrollo de una práctica y una política de salud con enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud.

He descripto el contexto donde viven las mujeres migrantes bolivianas: el barrio Parque Lasa. El reconocimiento del espacio, tanto en lo temporal, histórico, como geográfico, permitió la reconstrucción de los distintos lugares; el barrio, la escuela, el centro de salud, que en lo particular, muestran cómo *la comunidad de migrantes bolivianxs* se sitúa en una parte del territorio distinta a otrxs migrantes y a otrxs habitantes de Luján. Esta situación que refleja los movimientos migratorios desde Bolivia a la Argentina, con algunas similitudes, pero con características que fueron distintas por el contexto social, económico, histórico y geográfico donde residen.

Este contexto de Parque Lasa, también registra los modos de hacer de los distintos actores sociales, las maestras, las mujeres madres migrantes bolivianas, lxs trabajadorxs de salud, las relaciones que se entretienen, las percepciones y los prejuicios, que se estructuran de alguna manera en el territorio elegido.

Registré que las mujeres migrantes bolivianas, tenían mucho que ver con la reproducción familiar y la producción de la economía. Esta forma de economía doméstica posibilitaba ya sea el regreso a Bolivia, ya sea las mejoras en las viviendas que habitaban. Puedo decir que además de lo descrito por otros autores en relación a migración y género, las mujeres bolivianas entrevistadas, tenían poder de agencia, adquirido en estos últimos años, resolviendo los problemas de salud de su familia, principalmente de sus hijos o gestionando la atención médica de los familiares recién llegados al país. Me fue difícil entablar un diálogo con los varones bolivianos, tan solo pude observarlos apartados en las quintas, descansando o trabajando; a excepción de un breve encuentro de atención médica en el centro de salud luego de haber recibido agresiones durante un asalto.

La descripción del barrio y sus instituciones dio un marco para comprender en qué condiciones las distintas culturas, por nacionalidad, por trabajo, son el sustrato imprescindible para entender los procesos de salud enfermedad atención cuidado, tal como lo plantea Breilh (1990), en particular ante una cultura de dominación, que estereotipa, estigmatiza, que no construye un otro desde su representación.

También, se observó cómo cambian las estructuras edilicias y se mantienen las estructuras de los recursos humanos, en cuanto a cantidad y en cuanto a formación en Atención Primaria de la Salud. La misma lleva más de dos décadas de prácticas que reproducen en su mayoría un

modelo biomédico, y que dista de incluir la interculturalidad, lo que significa, no tener en cuenta los conflictos tensiones entre las distintas culturas , reconociendo las diferencias y buscando la solución a los problemas de salud de las poblaciones.

Siguiendo este recorrido, la escena del cambio de pañales en la sala de espera del Centro de Salud, me guió al *aquí/allá*. Modos de hacer de las mujeres migrantes bolivianas, en una tierra distinta, en un lugar desconocido para ellas y con un hacer desconocido para los trabajadores de salud. Esta situación fue analizada utilizando el concepto de frontera de Michel Agier (2007), ese límite, o ese paso que se relaciona con la identidad de las personas, las mujeres migrantes bolivianas, atravesadas por las circunstancias de la migración, las condiciones actuales de vida y las relaciones con esos otrxs con los que interactúan. Este capítulo configuró un contexto, podría decir un micro-contexto dentro del macro- contexto descrito en el capítulo anterior, que llevó a conocer a las mujeres migrantes, en este traspaso de la frontera, con sus costumbres y con las de este país, con las de ser mujeres migrantes bolivianas y encontrarse con trabajadorxs de la salud argentinos. Esa identidad respetada, como fue en el hecho del cambio de los pañales. Esa identidad reconstruida con cada nuevo intercambio con otros, que se rehace y se afirma ante la mirada de un extraño, condicionando el encuentro. El simbolismo representado por la escena descrita, dio cuenta de las interacciones que se establecieron entre las mujeres migrantes bolivianas y quienes participaban también de la misma: las otras madres que esperaban a que fueran asistidos sus hijos y lxs trabajadorxs de salud. Ese simbolismo extiende a un plano de análisis el contexto descrito en el primer capítulo, profundizando las estructuras que contextualizan la interculturalidad en Atención Primaria de la Salud.

El trabajo, la escuela y el centro de salud se veían atravesados por cuestiones similares. En particular lo que era denominado como “*esa cultura del trabajo*”, lo observé como un elogio y

un estigma a la vez, que permitía considerar a las mujeres bolivianas, solo en esas tareas bajo mecanismos regulatorios sociales de discriminación, modalidades de fundamentalismo cultural expresadas en los discursos de los medios de comunicación, los gobiernos locales, las maestras o los trabajadores de la salud. Para los gobiernos la tierra debe ser solo merecida por los nativos, para las maestras los calificativos con los que se refieren a los alumnos hijos de las mujeres migrantes como *obedientes*, *calladitos*, que *hasta pueden ser abanderados*, o los trabajadores de salud manifestando, que el derecho a la salud es solo para los habitantes argentinos, y si los migrantes bolivianos acceden, utilizan los recursos humanos y materiales a los que no tendrían derecho.

Esta investigación intentó mostrar que los modos de hacer de las mujeres migrantes, en la casa, en el trabajo, en la crianza de sus hijxs, en la escuela, daban cuenta de una identidad que permanentemente estaba subordinada a una cultura dominante local, resultando en expresiones identitarias de su cultura original, muchas veces restringidas a determinados lugares o como producto de un intercambio. Un ejemplo de esto es el haber prestado las “polleras típicas” a las maestras, y luego mostrar el telar artesanal y su uso en la escuela.

Describí y analicé el Centro de Atención Primaria de la Salud y la casa de Rosalía, para conocer los espacios donde despliegan prácticas de salud y modos de hacer con sus hijxs, las mujeres migrantes bolivianas. El contraste entre ambos lugares - la organización del centro de salud y la atención médica *por salud o por enfermedad* y el encuentro con Rosalia en su casa-me condujo a reflexionar sobre mi formación y describir las prácticas y discursos de los trabajadores de la salud.

La serie de dispositivos existentes en el centro de salud, la organización de la atención médica, el acceso a la atención de manera limitada restringen en tiempo y espacio los encuentros produciendo más disciplinamiento e impidiendo ver y escuchar las necesidades de otrxs.

Los aspectos que hacen a la forma de construir a ese otro en el caso analizado, se pueden encuadrar en lo que considero estructural del hacer de los trabajadores de salud: la formación recibida, el modelo médico hegemónico, el lenguaje y los gestos. Estos aspectos permiten sumar más y nuevos elementos a las barreras conocidas para la accesibilidad en salud.

Como si fuese algo estático, el pensamiento biomédico interpreta la cultura como las estructuras biológicas que conoce, ordenándolas como si fuera el manual de la cultura, en paralelo al manual de anatomía. Y también la aísla de las condiciones socioeconómicas, quizás buscando una razón unicausal de los problemas de salud. “*Es el microbio*” “*Es la cultura*”. Ni lo uno ni lo otro. De esta manera, no se puede visualizar el entramado que se teje entre lo cultural, social, económico y biológico en ese sujeto, a quien la mirada biomédica reduce a “lo biológico” -solo su cuerpo-, o “lo cultural” - la *bolivianidad*. Alguien entrenado en ver enfermedades, desconociendo procesos e historias, difícilmente pueda establecer una relación intercultural que permita el acceso del otro a la salud.

Reconocí las necesidades y formas de resolver los problemas de salud de las mujeres migrantes bolivianas, registrando los itinerarios terapéuticos, viendo lo que se resolvía en el hospital, o en el centro de salud o lo que solo podía sanar el curandero. La organización familiar y económica de las familias de las mujeres migrantes bolivianas, era la que les condicionaba sus itinerarios terapéuticos, según los criterios que se podían establecer como acceso, confianza, resolución de problemas en otros integrantes de la familia.

Analicé los saberes presentados, la experticia de ese otro, que se reflejaba como en un espejo y ponía en cuestión los saberes que la medicina imponía como únicos. Si no hay un reconocimiento del sujeto asistido como experto no se puede establecer un diálogo intercultural que signifique ver al otro en la plenitud de su ser, pensar, sentir con su experticia. Que establezca la posibilidad de plantear las diferencias y los acuerdos en un escenario que no sea único y que produzca el encuentro

El trabajo de investigación presentado aporta elementos para el mejor conocimiento de la interculturalidad en la Atención Primaria de la Salud y para la reflexión de los “modos de hacer” de lxs trabajadorxs de la salud. Para ello, describe y analiza en el caso estudiado, las características que la interculturalidad tiene en las prácticas en el primer nivel de atención, describiendo las condiciones y los límites de la misma, historizando en el tiempo y en el espacio, dando elementos a modo de diagnóstico de la situación

El caso presentado y analizado de los modos de hacer de las mujeres migrantes bolivianas y lxs trabajadorxs de salud, habla de los espacios, los tiempos, donde las relaciones se construyen y de-construyen, generando nuevas comunidades de prácticas, donde se observan otras relaciones de poder, que se deben considerar en el análisis de los procesos de salud enfermedad atención cuidado de una población, para comprender el impacto que los mismos tienen en la resolución de los problemas de salud.

Por último, haber considerado a la comunidad boliviana para esta investigación como población migrante en continuo crecimiento y desarrollo en el Partido de Luján, es relevante para modificar los índices epidemiológicos de morbimortalidad, al brindar la descripción del modo de vivir, crecer, trabajar de las mujeres bolivianas en el territorio analizado. Esto aporta a la

formulación de una política de salud, que considere la resolución de los problemas de salud de esta comunidad, en forma conjunta con los equipos de salud, generando una mirada intercultural desde el diagnóstico, percepciones de los problemas, ejecución y resolución de los mismos, con una participación activa e integrada, aplicando el componente de participación social en todo el proceso, desde una perspectiva intercultural.

## Referencias Bibliográficas

Advierten sobre la necesidad de regular sobre el uso cada vez más creciente del uso de medicinas alternativas.(15 de Enero de 2015).*Télam*, recuperado el 20 de Julio del 2018 [www.telam.com.ar/notas/201501/92395-salud-medicinas-complementarias.html](http://www.telam.com.ar/notas/201501/92395-salud-medicinas-complementarias.html)

Agier, M. (2015). *Zonas de frontera: la antropología frente a la trampa identitaria*. UNR Editora, Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.

Allué, X., Mascarella, L., Bernal, M., y Comelles, J. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, (pp.15-32). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala

Becerra, R. M., Deschutter, M. T., y Almeida, S. M. (2002). Representaciones Sociales de la " enfermedad" Y la " salud": Acción de Las Curanderas en Un Medio Urbano. Estudio de Caso: la Ciudad de Lujan. *Revista de Estudios de la Mujer. La Aljaba, Segunda Época. 7, 2002*. Red Universidad Nacional de Luján.

Belmartino, S. (1987). Modelo médico hegemónico. *Primeras jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 197-200.

Benencia, R. (2005). Migración limítrofe y mercado de trabajo rural en la Argentina Estrategias de familias bolivianas en la conformación de comunidades transnacionales. *RELET-Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 10(17), 5-30.

Bertolotto, A., Fuks, A., y Rovere, M. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36, 362-374.

Bonilla, A. (2007). Ética, mundo de la vida y migración. *Sociedad y Mundo de la Vida a la luz del pensamiento Fenomenológico-Hermenéutica actual*, Santiago de Chile, Ed. UCSH, 27-58.

Bouché, H. (2002). La salud en las culturas. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación*, (4), 60-90.

Breilh, J.(1990) La salud enfermedad como hecho social: un nuevo enfoque. En: Breilh J, Campana A, Costales P, Granda E, Paez R, Yopez J. *Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud* (pp23-30) Quito, Ecuador :Corporación Editora Nacional

Breilh, J.(1998). La sociedad, el debate de la modernidad la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1, 207-233.

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101

Buzai, G. D., Baxendale, C. A., Rodríguez, L., & Escanes, V. (2014). Distribución y segregación espacial de los extranjeros en la Ciudad de Luján. Un Análisis según la Geografía Cuantitativa. *Signos Universitarios*, 22(39)

Caggiano S.(2003) Fronteras múltiples: reconfiguración de identitarios en migraciones contemporáneas a la Argentina *Cuadernos del IDES*, 1

Caggiano, S. (2008). Racismo, fundamentalismo cultural y restricción de la ciudadanía: formas de regulación social frente a inmigrantes en Argentina. *Novick, Susana (comp.). Las*

*migraciones en América Latina. Políticas, culturas y estrategias. Buenos Aires, Catálogos-CLACSO.*

Campos Navarro, R. (2007). La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud. *Salud Reproductiva e Interculturalidad en el Yucatán de Hoy*

Castillo, J., & Gurrieri, J. (2012). El panorama de las migraciones limítrofes y del Perú en la Argentina en el inicio del siglo XXI. *OIM. El impacto de las migraciones en Argentina. Cuadernos Migratorios, (2).*

Cernadas, P. C., Fava, R., Gavazzo, N., Miglio, E. R., Tabbush, C., Toledo, L., ... & de Neuquén, P. M. Estudio sobre los derechos de niños y niñas migrantes a 5 años de la nueva ley de migraciones.

Cerrutti, M. (2009). *Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina.* Dirección Nacional de Población, Secretaría de Interior, Ministerio del Interior.

Cerrutti, M. (2011). Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina, Buenos Aires: PNUD-CENEP.

Citarella, L. (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía.* Santiago de Chile. Cooperativa Italiana en Salud. Editorial Sudamericana

Comelles, J. M. J. M. (2003). Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia, (19), 111-131.*

Chamorro, A & Tocornal C (2005) “*Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea*” Estudios Atacameños N° 30, 117-134

Diccionario de Ciencias Médicas (1983) Séptima Edición. Editorial Ateneo

Feltri, A. A., Arakaki, J., Justo, L. F., Maglio, F., Pichún, F. J., Rosenberg, M. I., y Ynoub, R. C. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3).

Fleischer S. R. (2007) Parteiras, buchudas e aperreios uma etnografia do atendimento obstétrico nao oficial na Cidade de Melgaco, Pará . Universidad Federal Do Rio Grande Do Sul.

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.

Foucault, M. (1992). El orden del discurso, traducción de Alberto González Troyano. *Buenos Aires: Tusquets*

Foucault M(1996) Del poder soberano al poder de la vida En *Genealogía del racismo* (pp196-213).La Plata: Altamira

Fuks, A. E. (2012). *Migración y bilingüismo; una zona gris en la salud escolar de la Ciudad de Buenos Aires* (Tesis de Maestría de Salud Publica Universidad Nacional de Rosario).

Giovanella. L, Fidelis de Almeida.P, Vega Romero.R, Oliveira.S, Silva.S(Abr-Jun 2015)“*Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos*”SAÚDE DEBATE Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.300-322

Good B.(1994) “How medicine constructs its object” in *Medicine rationality and experience an antropological perspective*. Lewis Henty Morgan Lectures Cambridge UniversityPress.

Guber R (2008) El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires .Editorial Paidós

.Guevara, J. P. (2004). Migraciones bolivianas en el contexto de la globalización. *Alternativas sur*, 3(1), 171-187

INDEC. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. (2010). Censo nacional de población, hogares y vivienda.

Instituto Interamericano de derechos humanos. Organización Panamericana de la Salud (2006) *Medicina indígena tradicional Y medicina convencional* San José – Costa Rica

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3). Univ of California Press

Kleinman A, Benson P (2006) Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* 3(10): e294.

Kreutzer, E. (1984). *Cardiología Infantil*. Buenos Aires. Argentina: Ergon

Krotz, E (1994) Alteridad y pregunta antropológica, en *Alteridades* 4 (8), 5-11

Lacarta, G. L., Milstein, D., Schwarcz, T., Dakessian, M. A., & Cattani, A. (2014). “Campo” en la educación médica: un escenario para poner en perspectiva prácticas de Salud y Educación. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 785-794.

Lago, L. M., Martins, J. D. J., Schneider, D. G., Barra, D. C. C., Nascimento, E. R. P. D., Albuquerque, G. L. D., & Erdmann, A. L. (2010). Itinerario terapéutico de los usuarios de una

urgencia hospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1283-1291.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466.

Laurell A.C.(1982) La salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales N°19*

Lave, J., y Wenger, E. (1991). Aprendizaje situado. Participación legítima periférica. New York: Cambridge University Press.

Le Breton (1999) Cuerpo y comunicación en *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Ediciones Nueva Visión. Cap.2. pp37-101

Linares, Santiago (2013) Las consecuencias de la segregación socioespacial: un análisis empírico sobre tres ciudades medias Bonaerenses (Olavarría, Pergamino y Tandil).*Cuad. urbano [online]*, vol.14, n.14

León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev.Ped.Elec*, 5(1), 42-51.

Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, (15-16), 111-125.

Lupton, D (2003) Perspectivas teóricas sobre la medicina y la sociedad en *La medicina como cultura .La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Editorial Universidad de Antioquia. Cap. 1 pp 1-21

Lupton D., (2003) “Las relaciones de poder y la consulta médica” en *La medicina como cultura La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en la sociedades occidentales*. Editorial Universidad de Antioquia.

Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Estudios Feministas*, 349-367.

Marshall, A., & Orlansky, D. (1983). Inmigración de países limítrofes y demanda de mano de obra en la Argentina, 1940-1980. *Desarrollo económico*, 35-58.

Menéndez Eduardo (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas *Ciênc. Saúde coletiva* [online], (8) 1

Mera, G. S. (2011) “Pensar las categorías, pensar el estado. El concepto de “segregación espacial” de los inmigrantes en los estudios migratorios” en C. Pizarro, *Migraciones Internacionales Contemporáneas: Estudios para el debate*. Ediciones CICCUS. Pág. 143-160. 2

Milstein Diana y col, (2014) “La educación médica innovada; cotidianeidad, debates y experiencias educacionales en la implementación de una nueva carrera” Universidad Nacional de la Matanza. Proyecto de investigación 2013-2014.

Milstein D, (2015) Espacios en Blanco - *Serie indagaciones* - N° 25 - (193-211)

Milstein D. (2003) *Higiene, autoridad y escuela, Madres, maestras y médicos. Un estudio acerca del deterioro del Estado*. Miño y Davila editores Madrid

Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S., & Orozco-Núñez, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud pública de México*, 43, 41-51.

*Niñez migraciones y derechos humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones*. Informe elaborado por el Centro de Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Nygren-Krug, H (2003) *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos No.4. OMS

World Health Organization. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.

OMS (2013) Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.

Perdiguero, E. (2006) Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández Juárez G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Ed. Universidad de Castilla- La Mancha

Pozzio, M.(2011) Madres, mujeres y amantes. Buenos Aires .Antropofagia

Ramírez Hita, S (2010) *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano* La Paz: OPS/OMS

Ramírez Hita, S. (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.

Rovere, M. (2006). *Redes en salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. Agora

Sassone, S (2007) Migración, territorio e identidad cultural: construcción de "lugares bolivianos" en la Ciudad de Buenos Aires *Población de Buenos Aires*, (4),9-28.

Souza Minayo, M C (2007) *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires. Lugar Editorial

Tapia ladino, M. (2010-2011) Género y migración: Trayectorias investigativas en Iberoamérica. *Revista Encrucijada Americana*. Año 4. (2)

Testa, M (2004) *Pensar en salud* Lugar Editorial

Thaddeus S, Maine D. (1994) *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc.Sci.Med . Apr;38(8):1091-110

Tocornal Montt Constanza. *Medicinas en Atacama: Salud e interculturalidad en el Salar*. [www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/tocornal\\_c/html/index-frames.html](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2006/tocornal_c/html/index-frames.html) (octubre 2006)

Javier Torres- Goitia Torres (2008) “*Desarrollo y salud, Historia de la medicina social y de la atención primaria de salud*”. Organismo Andino de salud Convenio Hipólito Unanue. Universidad Andina Simón Bolívar. Bolivia.

Torres, T. y Torres, A.(2010) *¿Por qué callan si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud*. Iruya 1978-2008. Ed. ENDEPA Formosa.

Ulanowicz, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Monzón, L. T. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de posgrado de la Via Cátedra de Medicina*, 153(4), 13-17.

Uriburu, Graciela (2006) *Mortalidad Materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?* En *Salud e interculturalidad en América Latina*. Ed. Universidad de Castilla- La Mancha

Viaña, J. (2009). La interculturalidad como herramienta de emancipación. *La Paz, Bolivia*.

Walsh, C. (2002) *(De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador* Interculturalidad y Política, Norma Fuller (ed.). Lima, Red de Apoyo de las Ciencias Sociales

Young, J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of health & illness*, 26(1), 1-31

.

”

.

.

-

