

Reflexividad en torno a la metodología de la investigación etnográfica, en el campo problemático de los procesos migratorios y la salud-enfermedad-atención.

Alejandro Goldberg, Cássio Silveira, Denise Martin y Mara Helena de Andre Gomes.

Cita:

Alejandro Goldberg, Cássio Silveira, Denise Martin y Mara Helena de Andre Gomes (2015). *Reflexividad en torno a la metodología de la investigación etnográfica, en el campo problemático de los procesos migratorios y la salud-enfermedad-atención. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/293>

Reflexividad en torno a la metodología de la investigación etnográfica, en el campo problemático de los procesos migratorios y la salud-enfermedad-atención

Dr. Alejandro Goldberg

Instituto de Ciencias Antropológicas, sección de Antropología Social

CONICET-UBA

alejandro.goldberg@gmail.com

Dr. Cássio Silveira

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

cassio.silveira@fcmssp.edu.br

Dra. Denise Martín

Universidade Católica de Santos

demartin@unisantos.br

Dra. Mara Helena De Andrea Gomes

Universidade Federal de São Paulo

maradeandrea@gmail.com

Resumen

La siguiente presentación tiene como base una investigación en curso, desarrollada en el marco de un acuerdo de cooperación internacional entre equipos interdisciplinarios de Brasil y Argentina, cuyo objetivo principal es analizar, en clave regional comparativa, los procesos de salud-enfermedad-atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo; con énfasis en la tuberculosis, como padecimiento ligado a sus modos de vida/vivienda/trabajo en destino, marcados, con frecuencia, por contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para su salud.

Concretamente, nos proponemos realizar una reflexión crítica y autocrítica, a partir de nuestras experiencias en el campo, sobre las dificultades y obstáculos de índole metodológico (y, por tanto, de orden epistemológico) existentes al momento de abordar las dimensiones sociosanitarias del problema de estudio, en el ámbito de indagación etnográfica de los servicios sanitarios públicos de ambas ciudades.

Vinculado con lo anterior, expondremos de manera comparativa una serie de interrogantes

para debatir alrededor del problema de la fiabilidad del dato cualitativo-etnográfico primario que se obtiene en este tipo de investigaciones, en las que el/la investigador/a interactúa con los sujetos/usuarios/pacientes inmigrantes, en muchos casos “mediatizado” o “custodiado” por los profesionales integrantes de los equipos de salud de los servicios sanitarios públicos.

Palabras clave

Inmigrantes bolivianos; São Paulo/Buenos Aires; proceso de salud-enfermedad-atención; tuberculosis; reflexividad.

Introducción

Esta presentación es fruto de una relación de colaboración, intercambio y producción científico-académica conjunta comenzada en forma relativamente reciente, entre los investigadores que conformamos el Grupo de Investigación e Intervención Sociocultural con Población Inmigrante (GIISPI), radicado en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA), y el grupo “Processos migratórios e saúde: perspectivas interdisciplinares”, con sede en la Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), asociado a los Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva de la Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) y la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Como parte de los esfuerzos llevados a cabo en el marco del mencionado vínculo establecido, hemos articulado dos investigaciones en curso, a saber: 1) “Estudo etnoepidemiológico sobre a tuberculose entre imigrantes sulamericanos: contribuições à análise das condições de vida, de trabalho e de saúde de imigrantes bolivianos na cidade de São Paulo” (Investigador responsable: Dr. Cássio Silveira); y 2) “Tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires: modos de sufrimiento social y procesos asistenciales” (Investigador responsable: Dr. Alejandro Goldberg). Considerando lo anterior, y conscientes del desafío teórico-metodológico que supone el intento de sintetizar en un mismo estudio perspectivas y enfoques disciplinarios tan variados (Antropología, Sociología, Epidemiología, Demografía y Medicina), nos trazamos como objetivo principal de investigación realizar una indagación comparativa sobre la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de São Paulo y de Buenos Aires, abordando su vinculación con los modos de vida, vivienda y trabajo de estos conjuntos socioculturales en cada contexto migratorio, y analizando los procesos de atención que desarrollan en cada caso.

En líneas generales, los resultados obtenidos en esta investigación se inscriben dentro de una perspectiva interdisciplinaria y como parte de un enfoque regional-comparativo de la Salud Pública y la Salud Colectiva, en una contribución al campo problemático de las relaciones entre procesos migratorios y salud, de alcance regional/internacional.

Particularmente en este trabajo, además de exponer los elementos centrales de la investigación en curso, discutiremos aspectos ligados a la incursión al campo en el ámbito de los servicios públicos sanitarios de ambas ciudades, poniendo de relieve dificultades y obstáculos metodológico-cualitativos de distinto tipo al momento de interrelacionar con los sujetos de estudio y obtener información primaria de calidad. En tal sentido, formularemos interrogantes y reflexiones surgidas como parte del proceso de reflexividad desarrollado a partir de la situación descrita.

Problematización

La tuberculosis (de ahora en adelante TB) sigue siendo con el transcurrir de los años la segunda causa de mortalidad en todo el planeta. Argentina tenía en 2011 una incidencia de 23,6 casos por 100.000 habitantes y 703 muertes por TB, que supusieron casi dos fallecimientos por día en el país. Países limítrofes como Uruguay o Chile contaban con tasas menores, de alrededor de 20 a 22. Lo contrario a Perú y Bolivia, que poseían tasas mucho más altas, de 130 a 140 por 100.000 habitantes (MINSAL, 2012; WHO, 2012).

La forma predominante de TB que se manifiesta en Argentina es la pulmonar, afectando a la población joven, en su mayoría hombres (58%), en edad laboral y más pobre, según el indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI). Respecto a esto último, tenemos que el 20% más pobre de la población argentina concentra el 30% del total de casos de esta enfermedad en el país. Al circunscribir la unidad de medida, los datos -como parte de las realidades diversas- se presentan diferentes. Así, provincias pobres del norte de Argentina, como Salta o Jujuy, en la frontera con Bolivia, tuvieron ese mismo año tasas de 51 y 58,4 por 100.000 habitantes, respectivamente; dos departamentos de la provincia de Formosa (noreste del país), Ramón Lista y Mataros, 250,1 y 241,7 por 100.000 habitantes, respectivamente (comparables a las tasas de Bangladesh: 225; Etiopía: 261 y Pakistán: 231); mientras que la ciudad de Buenos Aires y su área metropolitana concentraban juntas el 50% del total de casos del país. Del mismo modo, cuando focalizamos al interior de esta ciudad encontramos porcentajes de incidencia distintos entre la zona norte rica y la zona suroeste más pobre y desatendida en cuanto a políticas públicas. Respecto de esta última, el área programática del Hospital Piñero, donde se localizan la mayor parte de los talleres textiles clandestinos que

existen en la ciudad, alcanzó en 2011 los 198 casos por 100.000 habitantes, tasa que se ubica muy por encima de la global de la ciudad (39,5%), superando con creces la media nacional argentina. Vale señalar que si bien la mayor parte de los casos notificados hasta 2011 inclusive, tanto a nivel nacional como de la ciudad de Buenos Aires, correspondían a argentinos, en el último decenio ha sido posible constatar en esta ciudad un incremento en los casos referidos a inmigrantes, principalmente bolivianos. Tal como se ha señalado en trabajos anteriores (Goldberg, 2010; 2013; 2014; Goldberg y Silveira, 2013), dicho aumento se vincula fundamentalmente con los modos de vida/trabajo/vivienda precarios en estos talleres que una parte de los inmigrantes bolivianos experimentan en sus procesos migratorios a la Argentina, en un marco en el que su derecho a la atención sanitaria, como el resto de sus derechos, se encuentra totalmente vulnerado (Goldberg, 2014).

Por el lado de Brasil, la mejoría general en el cuadro epidemiológico de la TB permite ver que las acciones en el ámbito de la salud pública y en el conjunto de servicios asistenciales, resultaron eficientes en términos de la reducción en el cuadro de morbimortalidad por esta enfermedad. De acuerdo con los datos oficiales del Ministério da Saúde do Brasil, el país retrocedió en el *ranking* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de notificación de casos de TB, pasando del puesto 16º al 18º en 2009 como consecuencia de los esfuerzos realizados en las acciones de prevención y tratamiento. Las estadísticas demuestran una disminución en la incidencia de la misma (38,1 por cada 100.000 habitantes en 2007; 37,4 en 2008; 36,0 en 2011) y en la tasa de mortalidad (2,4 cada 100.000 habitantes en 2010, representando una reducción del 22,6% en los últimos 10 años) (MS do Brasil, 2014; 2010; 2011).

En la ciudad de São Paulo hemos observado, de manera similar a lo que ocurre en Buenos Aires, la concentración de un gran número de habitaciones precarias donde se establecen familias o núcleos de trabajadores inmigrantes sudamericanos, en alta proporción bolivianos. Las condiciones de vivienda y de alimentación, la falta de saneamiento básico y las pésimas condiciones de higiene, el uso abusivo de alcohol, tabaco y otras drogas, además de la explotación laboral a la que están sometidos hombres y mujeres inmigrantes, constituyen factores determinantes en el desenvolvimiento del proceso de enfermedad por TB (MS do Brasil, 2012). Las experiencias recogidas en los servicios de atención primaria de la salud de barrios como Belém, Bom Retiro, Brás y Pari, que componen el área más antigua y degradada del centro de São Paulo, mostró datos alarmantes en relación a esta enfermedad: la incidencia de la TB es mayor entre esos inmigrantes, que representaron el 58% del total de

pacientes en tratamiento. Por otro lado, la tasa de curación alcanzó el 94% de los casos tratados, superando la meta establecida por el Ministério da Saúde (80%) (REDETB, 2005).

Vale mencionar un estudio efectuado recientemente en barrios del distrito central de São Paulo, que destacó la relevancia de la comunidad boliviana en lo relativo al aumento de la incidencia de la TB en el área urbana estudiada. En ese sentido, el estudio constató una inversión en el número de casos de esta patología: mientras que entre los “nativos” brasileños la TB disminuyó en un 45%, entre los bolivianos aumentó en un 250% durante los últimos 10 años. En cuanto a la tasa de curación en ese grupo, al igual que lo observado en el caso de Buenos Aires, fue mayor que la de los “nativos” (70,9% contra 62,1%). De acuerdo con la autora del trabajo, el acceso a los servicios de salud y la continuidad del tratamiento farmacológico fueron los motivos para alcanzar ese éxito en el tratamiento (Martínez, 2010).

De modo general, es posible afirmar que la creciente evolución de la incidencia de la TB entre inmigrantes bolivianos de São Paulo y Buenos Aires emerge, principalmente, en un contexto de desarrollo de flujos migratorios internacionales ligados estrechamente a la producción textil-indumentaria capitalista globalizada (Goldberg, 2012; Souchaud, 2010). En ese marco, una parte importante de estos inmigrantes experimenta un determinado sufrimiento social (Das et al., 2000) como consecuencia de la violencia estructural (Farmer, 2004) que impregna sus procesos migratorios (en muchos casos, determinados por mecanismos de trata y tráfico de personas), así como sus condiciones precarias de inserción laboral-habitacional en talleres textiles clandestinos y sus modos de vida en las sociedades de destino. En el marco del contexto de vulnerabilidad social (Goldberg, 2014) descrito, las situaciones de riesgo para la salud de estos trabajadores inmigrantes, hombres y mujeres que con frecuencia migran también con sus hijos, se traducen en enfermedades, padecimientos y dolencias de distinto tipo que afectan su salud, sobresaliendo la infección, el contagio y el desarrollo de la TB (Martínez, 2010; Goldberg, 2010; 2013; 2014; Carneiro Junior et al., 2011; Goldberg & Silveira, 2013; Goldberg, Martin y Silveira, 2015; Silveira et al., 2013).

A través de la ejecución de una metodología etnográfica, con el auxilio de técnicas cuantitativas de recolección de datos, se llevó a cabo la estrategia de trabajo con "informantes clave", tanto en Buenos Aires como en São Paulo. El trabajo de campo siguió un principio de “inmersión progresiva”, el cual supuso la interacción constante con los sujetos basada en encuentros sistemáticos, siendo el principal ámbito de indagación -en ambas ciudades- el de los servicios sanitarios públicos donde acuden a atender sus problemas de salud las personas pertenecientes a este colectivo de inmigrantes. Allí se efectuaron buena parte de las

observaciones y entrevistas en profundidad, tanto con inmigrantes bolivianos de ambos sexos como con integrantes de los equipos de salud (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).

Nos propusimos conocer y describir, por un lado, determinadas problemáticas de salud ligadas a las situaciones de riesgo específico que conllevan los modos de vida/trabajo de estos inmigrantes en sus contextos de inserción a cada una de las sociedades (São Paulo y Buenos Aires), las cuales, en algunos casos, las técnicas epidemiológicas biomédicas convencionales –por el mismo método de recolección de datos que utilizan- no registran; y, por otro lado, comprender por qué se producen, el contexto en el cual surgen, y los procesos de atención que desarrollan los sujetos para resolver sus padecimientos, priorizando el ámbito de la salud pública y focalizando en la TB.

Las dificultades aparecidas en la primera fase de ejecución del trabajo de campo etnográfico, tuvieron que ver con la propia dinámica del mismo, así como con las características del fenómeno abordado y la realidad de los conjuntos sociales con los cuales se interactuó, marcada por un alto grado de vulnerabilidad social, marginación e invisibilidad frente a la sociedad. En tal sentido, un obstáculo a remarcar para ambos casos de estudio resultó la situación de irregularidad administrativa-migratoria en la que se encuentran la mayoría de los sujetos con los que se trabajó, con frecuencia reducidos a la servidumbre en los talleres textiles clandestinos (“oficinas de costura” en São Paulo) tras un proceso migratorio signado por la violencia de la trata y el tráfico de personas.

No obstante lo anterior, cada caso presentó sus particularidades. Por ejemplo, mientras que en el caso de Buenos Aires resultó imposible acceder directamente al recinto del taller textil clandestino, en el caso de São Paulo esto fue posible a través del acompañamiento de los agentes de salud comunitarios de los centros sanitarios del área central de la ciudad. Asimismo, en el primer caso se entrevistó a pacientes-usuarios bolivianos de ambos sexos internados por TB en el Hospital Muñiz de la ciudad de Buenos Aires, mientras que en el caso paulista ello no resultó viable debido a barreras institucionales.

Más allá de los factores apuntados, a partir del proceso de reflexividad realizado luego de la primera fase conjunta de trabajo, y sobre la base de las especificidades de cada caso de estudio, hemos formulado una serie de ejes problemáticos en torno a las dificultades y obstáculos experimentados al momento de recoger información primaria de calidad. A continuación, exponemos una discusión de los mismos.

Discusión metodológica

“No cabe duda que el trabajo con la propia sociedad reduce la posibilidad de que lo obvio surja como evidencia inmediata, pero para nosotros esta pérdida es compensada por la posibilidad de describir los procesos desde dentro de dicha sociedad. No obstante, si reconocemos la necesidad de acceder a lo obvio, debemos desarrollar una metodología que simultáneamente posibilite dicho acceso desde un investigador caracterizado por compartir por lo menos una parte de las significaciones de los grupos que estudia”. (Menéndez, 2002: 122)

En ciertos momentos del trabajo de campo desarrollado nos encontramos frente a un problema de índole epistemológico-metodológico en términos de la fiabilidad del dato etnográfico-cualitativo, desde el momento en que los profesionales integrantes de los equipos de salud de los centros públicos sanitarios operarían, en la práctica, como mediadores o filtros de la perspectiva de los actores. Sobre el supuesto de que todo dato es un hecho socialmente construido (Menéndez, 2002; Ramírez Hita, 2009), en tal sentido cabría interrogarse si la fuente “primaria” de datos recogida, entonces, pasaría a ser, en este caso, la “interpretación” *etic* de representantes de la biomedicina pública sobre el punto de vista *emic* de los propios sujetos. Es decir, anterior a la propia interpretación del investigador, habría que adicionarle el conjunto de prejuicios, supuestos y categorías con las que los profesionales de los equipos biomédicos de la salud pública interpretan no sólo el problema de estudio y a los propios sujetos de estudio, sino también sus pre conceptos.

Este tipo de análisis puede realizarse a través de la categoría de representaciones sociales (Grimberg, 1997) de médicos y demás miembros del personal sanitario. Algunas de estas representaciones refieren a la construcción biomédica social del padecimiento y del sujeto como paciente, que conciben a éste como ignorante, como responsable de su enfermedad y de la eficacia del tratamiento que se le prescribe para su curación. Construcción que asume a la enfermedad como desviación de una norma biológica; que adopta el axioma de que existe una etiología específica de las enfermedades (y que éstas son universales); que se apoya en la idea de que la medicina es neutral, para enumerar algunos elementos de ella. En consecuencia, dicha construcción no toma en cuenta las concepciones y prácticas del sujeto-paciente sobre la salud/enfermedad/atención, ni el marco del sistema social, político y cultural y de relaciones de poder que condiciona las conductas cotidianas de salud, incluyendo como parte del mismo el papel hegemónico de la biomedicina (Goldberg, 2010). Por lo tanto, resulta clave reconocer que los significados también esconden formas de dominación, que en el caso de las categorías biomédicas subyacen en formas de mistificación de desigualdades sociales y de relaciones de hegemonía y subalternidad (Taussig, 1980; Frankenberg, 1988). Respecto a lo anterior,

debemos tener en cuenta que las relaciones económico/políticas marcan las relaciones entre las diversas culturas y ello se evidencia a nivel microsocia l en las relaciones que se establecen entre el personal sanitario/paciente. En este sentido es que se afirma que las relaciones entre la población y el personal sanitario se encuentran establecidas por la subalternidad, la situación socio-económica y el aspecto étnico (Ramírez Hita, 2009: 56-58).

En relación a lo planteado, vale rescatar el punto de vista de una agente comunitaria de salud de São Paulo (trabajadora de la red de atención primaria de la salud en el área central de esa ciudad), quien afirmó en el marco de una conversación informal realizada con uno de los investigadores en un centro de salud de esa ciudad: *“A gente empresta nosso olhar sobre a população para vocês”* (“Nosotros les prestamos a ustedes nuestra mirada sobre la población”).

¿Aquel que “presta” lo hace porque el objeto de empréstito, de alguna manera, le pertenece como algo que puede ser ofrecido a un investigador que “siempre” aprehenderá desde la distancia?

La frase arriba transcrita constituye un reflejo de las complejas relaciones existentes entre profesionales del ámbito de la salud pública e investigadores sociales, entre sujetos institucionalizados en espacios organizacionales configurados por modelos establecidos a partir de conocimientos técnico-científicos y códigos de procedimiento dirigidos a la orientación profesional, en el ámbito de la salud pública (Bruyne et al., 1982: 221). En palabras de Menéndez (2002: 312): “una racionalidad que no es exclusivamente técnica y científica, sino sociocultural e ideológica”. En el caso paulista, a diferencia del porteño, la dependencia mediatizada se encuentra, además, relativamente condicionada por el idioma.

Si bien en los centros sanitarios públicos de ambas ciudades donde hemos concentrado nuestra indagaciones, en general los integrantes de los equipos de salud reconocen la situación de vulnerabilidad de este conjunto social específico en relación a la TB, las situaciones de riesgo en los talleres y los problemas de los contagios y del seguimiento del tratamiento para curar la enfermedad, es asimismo identificable que, como parte de la orientación biologicista que impera en su formación y tiñe su práctica, usualmente -sobre todo los médicos- no incorporan los factores sociales y culturales en el abordaje del proceso de atención. En muchos casos, se identifica con las causas del estado de salud de los sujetos inmigrantes a las prácticas culturales de origen, a las condiciones en que viven y a las “barreras culturales”, culpabilizando al mismo tiempo a la “cultura” o al “sujeto cultural” de la mayoría de los fracasos en el proceso de atención por TB. Esta tendencia a la estigmatización descansa en un conjunto de determinantes políticos, económicos y sociales, mediante la cual el modelo

hegemónico médico se expresa con fuerza en la diferencia cultural. Existen problemas de comunicación y del lenguaje entre el personal sanitario y los usuarios de los servicios públicos de salud de origen boliviano, detectándose dificultades para transmitir dolencias, malestares y síntomas de parte de éstos últimos y que sean interpretadas de forma correcta por los médicos, por una parte; y, del otro lado, al momento de diagnosticar el problema de salud y prescribir la medicación, los médicos encuentran obstáculos en la receptividad de los pacientes.

En opinión de una trabajadora social entrevistada: *“(...) Para mi ellos {los médicos}, lo social que ven es que son extranjeros, que no entienden nada, y ahí les cierra, con eso se quedan... “¿no entienden? Vayan a preguntar al servicio social...” Eso es todo lo social que ellos pueden ver. Ellos ven pulmones, o lo que sea, pero no pueden ver lo general, no tienen la capacidad. Me parece que es en general, aunque hay médicos que son un poco más humanos; desde lo humano, desde el compadecerse, pero no desde un criterio profesional de incluir la salud como algo más amplio, más complejo... Que no es solo lo biológico. Precisamente por eso, porque creo que este es el lugar por excelencia de la formación médica, donde el médico tiene que ser absolutamente biologicista. Me parece que la línea que se baja acá es precisamente esa. Hasta ahora es eso lo que pude ver, excepto médicos como N., ahora con la única que me topé que tiene otra idea de la salud es ella, o sea, como idea, como teoría. El resto, sí son humanos, son macanudos pero no se cuestionan nada de eso...”* (Entrevista a **Pa**, trabajadora sociales del servicio social del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz)

Paralelamente, sería reduccionista pensar que los inmigrantes, para atender sus padecimientos, dolencias, malestares u otro tipo de aflicciones sufridas en el contexto sociosanitario de la sociedad a la cual migraron, acuden solamente al “modelo biomédico” o de la medicina científica para atenderlos; y no, de forma contraria a lo que arrojan distintos estudios realizados sobre el tema, optan por, o experimentan de manera complementaria, distintos modelos de atención en el marco del pluralismo asistencial existente y de acuerdo a la eficacia otorgada a estos por los sujetos para cada caso (Goldberg, 2007; 2014).

Comentarios finales

Con frecuencia, desde las Ciencias Exactas o incluso desde disciplinas enroladas en las Ciencias Sociales como la Economía o la Sociología, se confunde –o sencillamente, se desconoce- lo sustancial de la metodología etnográfica como estrategia de investigación cualitativa propia de la Antropología. Esta no consiste únicamente en realizar entrevistas y volcar la información sin más, como si se tratara solamente de una transcripción literal del

punto de vista del entrevistado o el relleno de una ficha. El método etnográfico, contrariamente, implica una manera específica de acercarse a la realidad con el fin de obtener información en profundidad sobre la temática a abordar; supone, por tanto, una investigación rigurosa y de larga duración, y un análisis cualitativo de los datos en toda su complejidad.

Una primera reflexión crítica-autocrítica de parte de aquellos que estudiamos el complejo campo problemático de la salud-enfermedad-atención, radica en el hecho de que no podemos depender exclusivamente de los servicios sanitarios públicos como ámbitos de indagación etnográfica, circunscribiendo nuestras observaciones, entrevistas en profundidad y demás estrategias cualitativas de investigación únicamente a ese ámbito. De manera tal que, partiendo de la consideración de los múltiples obstáculos que existen al momento de abordar poblaciones vulnerables y vulneradas, cuyos modos de vida/trabajo/vivienda se encuentran, en muchos casos, marcados por contextos de vulnerabilidad social que suponen situaciones de riesgo concretos para su salud y las de sus familias, debemos perseguir una inmersión a nivel de indagaciones en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de los sujetos, en este caso, inmigrantes: el laboral, el doméstico, el asociativo, el de tiempo libre y esparcimiento, entre otros. Lo anterior permitirá, por un lado, generar un nivel de empatía mayor entre el investigador y los sujetos de estudio, lo cual posibilitará conocer en profundidad sus puntos de vista, valoraciones y representaciones acerca de sus realidades como inmigrantes en el contexto de la sociedad de destino. Aplicado esto al campo problemático de la salud-enfermedad-atención de estos conjuntos socioculturales específicos de la sociedad, por ejemplo, al momento de abordar los problemas de salud relacionados con sus modos de vida/trabajo/vivienda o sus narrativas sobre el padecer de determinadas enfermedades y los itinerarios terapéuticos seguidos para hacerles frente.

En segunda instancia, podríamos formularnos la siguiente pregunta: ¿son los hallazgos cualitativos una interpretación del investigador?

Para responderla, primeramente vale el reconocimiento de que toda investigación es, de por sí, interpretativa; siendo la investigación cualitativa, de alguna manera, “más consciente de su autorreferencialidad”. Del mismo modo, se parte del supuesto de que los datos constituyen hechos socialmente contruidos. Al respecto, existen distintos procedimientos para validar los hallazgos de un estudio cualitativo, entre los cuales podemos mencionar: la revisión de informantes (*member-checking*), la explicitación del rigor en las fases del estudio, el diseño estratégico de estudio, la reflexividad, la transparencia en cuanto a la documentación del proceso de la investigación, etc.

Los investigadores sociales que basan sus estudios en metodologías cualitativas, deberían

aplicar estrategias que les permitan registrar sus propias observaciones en terreno de una manera adecuada y eficaz (en tanto observaciones contextualizadas socialmente en los mundos del observador y el observado), dando cuenta en ese proceso de los significados que los sujetos otorgan a sus propias prácticas y experiencias: en nuestro caso, para mencionar algunas dimensiones de estas, sobre sus trayectorias migratorias, sus itinerarios de salud y sus vivencias de la enfermedad. Lo mismo respecto a las representaciones sociales del personal sanitario: es necesario no caer en cierta tendencia a homogeneizar este conjunto, como si el hecho de formar parte de la biomedicina implicase una cultura en sí misma. Por el contrario, se trata de rescatar la variabilidad interna existente en este grupo, tanto en términos de concepciones como de prácticas. Tal como sostiene Ramírez Hita (2009: 16-17), partiendo del nivel teórico podemos referirnos a un sistema biomédico, a un modelo biomédico o a un modelo médico hegemónico; sin embargo, en su interior aparecen heterogeneidades que se remiten a las diversas identidades que confluyen en el sujeto social que ejercita la práctica médica y que, en consecuencia, influyen en la atención, el trato y el significado que se otorga a las causas de las enfermedades y los padecimientos.

Referencias bibliográficas

- Bruyne, P. et al. (1982) *Dinâmica de pesquisa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 2ª edição.
- Carneiro Junior, N. et al. (2011) “Migração, exclusão social e serviços de saúde: o caso da população boliviana no centro da cidade de São Paulo”, *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, 13 (2): 177-181.
- Das, V. et al. (2000), *Violence and Subjectivity*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, P. (2004), “An Anthropology of Structural Violence”, *Current Anthropology*, 45 (3): 305-325.
- Frankenberg, R. (1988) “Gramsci, Culture, and Medical Anthropology: Kundry and Parsifal? Or Rat’s tail to Sea Serpent?”, *Medical Anthropology Quarterly*, 2: 454-459.
- Goldberg, A. (2007) *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona*. Tarragona: Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social Facultad de Letras, Universidad Rovira y Virgili.
- Goldberg, A (2010) “Análisis de la relevancia de los factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis, usuarios del Instituto Vaccarezza-Hospital Muñiz.

Un abordaje etnográfico desde la Antropología Médica”, *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (5): 13-21.

Goldberg, A. (2012) “Servitude and slave trade: the case of Bolivian immigrants who work in clandestine textile workshops of the Buenos Aires Metropolitan Area”, *Miradas en Movimiento*, Vol. Especial “Naturally Immigrants”, enero 2012: 188-202.

Goldberg, A. (2013) “Tuberculosis en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires: narrativas y procesos asistenciales”. En: Á. Martínez Hernáez, L. Masana y S. Di Giacomo (eds.) *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*, pp. 113-136. Tarragona/Porto Alegre: Publicaciones Universidad Rovira y Virgili, Colección de Antropología Médica/Rede Unida.

Goldberg, Alejandro (2014) “Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires”, *Cuadernos de Antropología Social*, 39: 91-114

Goldberg, A. & Silveira, C. (2013) “Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry”, *Saude e Sociedade*, 22 (2): 283-297.

Goldberg, A., Martin, D., Silveira, C. (2015) “Editorial: Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva”, *Interface: comunicação, saúde, educação*, 19 (53): 229-232.

Grimberg, M. (1997). *Demanda, Negociación y Salud. Antropología social de las representaciones y prácticas de trabajadores gráficos 1984-1990*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras-CBC. UBA Ed.

Martinez, V. (2010) *Equidade em saúde: o caso da tuberculose na comunidade de bolivianos na cidade de São Paulo*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Menéndez, E. (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL) (2012). *La salud en Argentina en 2011*. Buenos Aires: MINSAL.

Ministério da Saúde do Brasil (MS) (2014). *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*. Brasília: MS.

Ministério da Saúde do Brasil (MS) (2010). *Vigilância em saúde: panoramas, conjunturas e cartografias – Gestão 2009-2010*. Brasília: MS.

Ministério da Saúde do Brasil (MS) (2011). *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil*. Brasília: MS.

Ministério da Saúde do Brasil (MS) (2012). *Secretaria de Vigilância Epidemiológica – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Especial Tuberculose, Volume 43*. Brasília: MS.

Ramirez Hita, S. (2009) *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS.

REDETUB (2005) *Bolivianos são os mais atingidos pela Tuberculose em São Paulo*. Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose.

Silveira, C. et al. (2013) “Living conditions and access to health services by Bolivian immigrants in the city of São Paulo, Brazil”, *Cad. Saúde Pública*, 29 (10): 2017-2027.

Silveira, C. et al. (2014) “Processos migratórios e saúde: uma breve discussão sobre abordagens teóricas nas análises em saúde dos imigrantes no espaço urbano”. In: Mota A; Marinho MGSMD; Silveira C (Organizadores). *Saúde e história de migrantes e imigrantes: direitos, instituições e circularidades*. Coleção Medicina, Saúde e História. São Paulo: Faculdade de Medicina (Universidade de São Paulo); UNFABC (Universidade Federal do ABC); Casa de Soluções e Editora. Volume 5. pp. 93-108.

Souchaud, S. (2010) “The Bolivian immigration in Sao Paulo”. In: Ademir Pacelli Ferreira et al. (Eds.) *Displacements and reconstructions of the migrant experience*. Rio de Janeiro: Garamond, pp. 72-95.

Taussig, M. (1980) “Reification and the Consciousness of the Patient”. *Social Science and Medicine*, 14b: 3-13.

World Health Organization (WHO) (2012) *Global tuberculosis report 2012*. Ginebra: WHO