

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2012.

Motivaciones y cuerpos de saberes. Sobre los itinerarios terapéuticos de familias migrantes del Mercosur.

Burga Montoya, Bárbara.

Cita:

Burga Montoya, Bárbara (2012). *Motivaciones y cuerpos de saberes. Sobre los itinerarios terapéuticos de familias migrantes del Mercosur. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/279>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/N3n>

MOTIVACIONES Y CUERPOS DE SABERES. SOBRE LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE FAMILIAS MIGRANTES DEL MERCOSUR

Burga Montoya, Bárbara

Comisión Nacional Salud Investiga

Resumen

INTRODUCCIÓN: La vivencia de enfermedad constituye un fenómeno universal y eje principal en la construcción de significados colectivos. El Itinerario Terapéutico (IT) que se activa es lo que particulariza a cada grupo. **OBJETIVOS:** Conocer los IT que son desplegados para resolver los disturbios a la salud, por las familias migrantes de países del Mercosur, cuyos hijos asistían a escuelas primarias públicas del barrio de Constitución, CABA en el año 2011. **MÉTODOS:** Mediante un estudio cualitativo de tipo exploratorio descriptivo, por medio de entrevistas en profundidad, observaciones y reastreo documental, se indagaron los IT Terapéuticos de familias migrantes de países del Mercosur. Para el análisis de datos se realizó una selección de fragmentos discursivos (Atlas Ti). **RESULTADOS:** Si bien las prácticas desplegadas a partir de la experiencia de enfermedad suelen estar enmarcadas, principalmente, en los cuerpos de saberes de la biomedicina y el tradicional o popular, son las transacciones y articulaciones que efectivamente acontecen las que dan cuenta de la importancia de dar lugar a la perspectiva de los sujetos sociales, en este caso, las familias migrantes. **CONCLUSIONES:** La identificación de los tipos de atención que efectivamente se ponen en juego permitieron reflexionar acerca de la integración social de esta población y, especialmente, considerar el ejercicio del Derecho a la Salud.

Palabras Clave

Salud, Migración, Familia, Autocuidado

Abstract

MOTIVATIONS AND BODYS OF KNOWLEDGE. ABOUT THERAPEUTIC ITINERARIES OF MIGRANT FAMILIES OF MERCOSUR

INTRODUCTION: The experience of illness is a universal phenomenon and a focal point in the construction of shared meanings. The choice of therapeutic itinerary is what ends up particularizing each group. **OBJECTIVES:** To understand about the therapeutic itineraries put in place to solve a problematic of healthcare, by migrant families of Mercosur, which's children attended to public primary schools in Buenos Aires City's "Constitution" neighborhood, in 2011. **METHODS:** It is a qualitative explorative and descriptive study. The chosen methodology consisted on in-depth interviews, observations and documentary documentary research, in order to understand the therapeutic itineraries of migrant families of Mercosur. The data analysis have been done by selecting speech passages (Atlas Ti). **RESULTS:** While deployed practices from the experience of illness are often framed primarily in the bodies of knowledge of biomedicine and

traditional or popular, are transactions and joints that actually occur which realize the importance of social subjects perspective, in this case, of the migrant families. **CONCLUSIONS:** The identification of the types of care that this population actually put in place to solve a problematic of healthcare allowed to reflect on the social integration of this population and, especially, considering the real exercise of the Right to Health.

Key Words

Health, Migration, Family, Self-Care

Introducción

Enmarcado en una investigación realizada mediante una Beca de Iniciación en Salud Pública otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, el presente estudio tuvo como meta indagar acerca de Migraciones y Salud desde una perspectiva que rescate la dimensión subjetiva de los procesos de salud – enfermedad – atención. Se eligió para eso, la categoría Itinerarios Terapéuticos (IT) la cual permitió explorar las prácticas que las familias migrantes ponen en juego a partir de la experiencia de enfermedad11.

Habitualmente las investigaciones que indagan la problemática vinculada a Migración y Salud en Argentina1-16, centran su análisis en las zonas de frontera y flujos migratorios cuyo destino es el trabajo rural3 siendo que en la actualidad la oferta laboral para dicha población, además de feminizarse, se ha urbanizado1-2-3-16. Frecuentemente las investigaciones que toman como objeto de estudio el acceso a la atención en salud de poblaciones vulnerables, se centran en las barreras de acceso4-5 poniendo la mirada en el vínculo entre los Servicios de Salud y la población. La categoría de IT ha sido utilizada mayoritariamente en estudios de otros países y en relación a los procesos migratorios particulares que acontece en cada uno de estos territorios6-7, poniendo de manifiesto que frente a una disrupción de la salud, gran parte de las prácticas concretas que se activan para solucionar el malestar se ponen en juego por fuera del Sistema de Salud. Escasos son los estudios sobre IT que toman a la familia como unidad de análisis8-9.

El conocer las prácticas que lleva a cabo para resolver las problemáticas vinculadas a la salud la población migrante, que no tiene necesariamente un vínculo armado con los servicios de salud, permitió identificar los tipos de atención que se ponen en juego para estas familias hoy en el área de estudio. Se considera que existen por parte de las familias migrantes diversas formas de utilización de los recursos, las cuales no resultan necesariamente excluyentes entre

sí sino que muchas veces se encuentran de forma articulada.

A lo largo de toda la historia han existido las migraciones humanas y ha sido tarea de los gobiernos el actuar sobre los flujos migratorios en función de diversos objetivos¹⁷. Según datos del INDEC³ las tendencias migratorias de los países limítrofes hacia la Argentina, muestran un aumento cuantitativo significativo a partir de la década del 90, alcanzándose un 4,15% de migrantes al interior de la población total, lo que nos ubica en el 10º lugar entre los países receptores de migración a nivel mundial¹.

En relación a la migración intra-Mercosur, la Argentina durante las tres últimas décadas devino en foco de atracción presentando el 68% de los movimientos registrados durante dicho período. Exceptuando Argentina que continúa ganando población gracias a la migración intrarregional, los países limítrofes se encuentran con un saldo negativo poblacional producto de la emigración en dicho período. El 60% del total de la población migrante reconocida censalmente, reside en el Área Metropolitana de Buenos Aires¹, donde esta investigación se llevó a cabo. Así mismo, se reconoce que el origen de la migración regional tiene asidero en fenómenos sociales más generales como los de la pobreza y la exclusión - el 61,2% de los migrantes de países del Mercosur refirió temáticas relacionadas con el empleo como principal motivador de la migración¹⁸ - y se parte de considerar que en muchos casos dichas migraciones resultan forzadas. En este sentido, resulta válido pensar -dado el contexto macro-socio-histórico actual- que el derecho a no migrar también debiera de considerarse esencial e inalienable¹⁷. Se considera que al cruzar fronteras internacionales las personas migrantes se vuelven socialmente vulnerables.

En esta investigación, las familias migrantes del barrio de Constitución constituyen el agente que utiliza los diversos modos de atención disponibles, sintetizándolos, articulándolos, mezclándolos o yuxtaponiéndolos, como así también el que reconstituye y organiza una parte de estos modos de atención en actividades de autoatención, debido a que la autoatención es el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención¹¹. De este modo, interesa conocer los IT de estas familias migrantes, socialmente vulnerables, los cuales son relevantes al momento de pensar en la integración social de esta población y, en especial, en favorecer su pleno ejercicio del Derecho a la Salud.

Metodología

Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, de corte transversal que utiliza el abordaje

cuantitativo y herramientas de la etnografía en el abordaje de las prácticas en salud de la población de estudio. El universo de estudio se formó con Familias Migrantes que provengan del Mercosur, países asociados y en proceso de incorporación al mismo. La unidad de análisis fueron estas Familias Migrantes que: tuvieran al menos un hijo que asista a escuelas primarias públicas del barrio de Constitución, CABA durante el año 2011; que tengan al menos uno de los miembros adultos a cargo de los niños/as que sea migrante de estos países del Mercosur y que dichos adultos migrantes a cargo tengan un tiempo de permanencia de Argentina de hasta 10 años al 2011; que comprendan y hablen español fluido.

Se considera Familia Migrante a aquellas que tengan al menos un

adulto a cargo del cuidado de los demás miembros de la familia, o bien comparta el cuidado con otro adulto, que haya migrado de alguno de los países detallados anteriormente.

Se utilizó un muestreo no probabilístico, del tipo teórico o intencional y la cantidad de sujetos se decidió por saturación¹⁰. Se realizaron un total de 11 entrevistas. El acceso a los primeros entrevistados se realizó a través de los contactos que la becaria tenía en el barrio dada su inserción territorial previa y se utilizó la técnica de bola de nieve¹⁰. La elección de esta estrategia se fundamentaba en el hecho de que, si bien según la Encuesta a Inmigrantes en Argentina 2008-2009 la mayoría de la población encuestada no participa en su gran mayoría de organizaciones de la sociedad civil, resulta relevante que el 77,2% de las personas encuestadas con empleo, han obtenido el mismo por medio de un compatriota, amigo o familiar, lo que da cuenta de que a la hora de resolver determinadas problemáticas, acuden a una red social.

La categoría que este estudio toma para el análisis es la de Itinerario Terapéutico (IT), la cual se define como el proceso que se pone en marcha en una familia a partir la experiencia de enfermedad de alguno de sus miembros¹¹.

Así, para la operacionalización de dicha categoría, se considera que estos procesos se componen de diferentes dimensiones las cuales serán indagadas a con el fin de describir y analizar los mismos.

Cabe aclarar que al tratarse de un estudio exploratorio descriptivo que adopta una metodología cualitativa, se señalarán a continuación las dimensiones preliminares propuestas por la teoría, sumadas a las dimensiones que se desprendieron del trabajo de campo a partir de las significaciones que los grupos sociales le dieron al proceso s/e/a:

Recursos; Motivaciones de la elección de recursos y prácticas (Material, Simbólica, Geográfica, organizacional); Modelos etiológicos de explicación de la enfermedad⁸ (Que explican la enfermedad desde las condiciones de vida; Que explican la enfermedad desde la unicausalidad externa: Explicaciones de corte biológico, Explicaciones religiosas, Explicaciones que parten de los efectos secundarios del accionar médico); Cuerpos de saberes¹¹ (Biomedicina, Popular y tradicional, Provenientes de otras tradiciones médicas también académicas, Centrados en la autoayuda)¹¹.

Así mismo, se considera a la Autoatención como la categoría que agrupa a aquellas prácticas que son puestas en juego por los sujetos sociales en base a experiencias previas y saberes socialmente adquiridos, orientando no sólo dichas prácticas sino también el tipo de consultas que pueden llevarse a cabo¹¹. La misma forma parte de un cuerpo de saber y está íntimamente ligada a los modelos etiológicos en tanto orientan las elecciones en función de explicaciones coherentes con las propias conceptualizaciones del proceso de s/e/a.

El Autodiagnóstico será la categoría que permita dar cuenta de este primer momento de la puesta en marcha de las estrategias para resolver determinado padecimiento. Consiste en el diagnóstico presuntivo establecido por el propio sujeto y su grupo, como parte de la autoatención¹².

Estas categorías se indagaron a través de fuentes de información primaria y secundaria¹⁰⁻¹³. El análisis de las experiencias de enfermedad, los modelos etiológicos, las prácticas puestas en marcha

a partir de la vivencia de enfermedad, los patrones de utilización de recursos y la presencia de redes formales e informales en las prácticas que se enmarcan en los IT, se realizó a partir de entrevistas abiertas en profundidad a adultos responsables de las familias que forman parte del universo de estudio, la observación participante y las entrevistas a informantes clave.

En el análisis, las entrevistas se procesaron por generación de categorías que agrupan fragmentos discursivos significativos y fragmentos narrativos por medio de la utilización del software Atlas Ti.

Las estrategias

Los IT resultan una categoría apropiada para indagar acerca de los recorridos que realizan las familias para encontrar soluciones a sus padecimientos, dando cuenta de la diversidad de instancias terapéuticas, institucionales o no, así como también del abanico de diversos saberes que entran en juego, que incluyen la dimensión médica, la del autocuidado, de otras terapias alternativas, así como de las posibles articulaciones que realizan los sujetos y sus grupos entre dichos saberes¹¹.

Entre los saberes puestos en juego a partir de las estrategias terapéuticas que se activan para solucionar un padecimiento, cobra especial importancia la autoatención en tanto que, a partir de la experiencia de enfermedad, funciona como base de las prácticas que los sujetos y sus grupos ponen en juego a partir de experiencias previas y saberes socialmente adquiridos, orientando las prácticas y los tipos de consulta¹¹ que se lleva a cabo a partir del diagnóstico presuntivo que realizan y de los modelos etiológicos de explicación de la enfermedad de los que se sirven. Se entiende por autodiagnóstico, entonces, a este primer momento de la autoatención en el que los sujetos sociales presumen un posible diagnóstico a partir del cual se orientarán las prácticas concretas para encontrar solución al malestar incluyendo -en ocasiones- consultas, a modo de transacciones con otras formas de atención¹².

Es intención del presente trabajo poder dar cuenta, especialmente, de las prácticas puestas en marcha como consecuencia de la vivencia de enfermedad por parte de la población de estudio.

A partir del momento en el que las familias entrevistadas experimentaron la vivencia de enfermedad de alguno de sus miembros, activaron una serie de prácticas para intentar solucionarlo.

La autoatención es la forma de atención de la enfermedad más frecuentemente utilizada por los grupos sociales, y es a partir de ella que se realizan las transacciones con otros modos de atención de la enfermedad¹². Refiere a las concepciones y prácticas que utilizan los sujetos sociales tanto para diagnosticar, explicar, atender, controlar, prevenir, soportar, curar o solucionar los procesos que afectan su salud real o imaginariamente, sin la intervención directa o intencional de curadores especializados, profesionales, aún cuando se los tome como referencia de las prácticas que se activan en la autoatención¹².

A partir de las entrevistas realizadas, se seleccionaron las siguientes categorías para poder abordar los IT:

Motivaciones, cuerpos de saberes

Si bien en los IT estas categorías -y sus diversas dimensiones- se dan de manera articulada, con el propósito de facilitar y posibilitar el análisis, en este apartado se presentan desagregadas. Así, dado que ya hemos comentado más arriba acerca de los efectores de salud a los que acuden, desagregaremos los IT en las motivaciones que orientan la elección de recursos y prácticas -y que pueden ser de orden material, simbólico o geográfico-, y en los cuerpos de saberes a los cuales apelan las familias a partir de la disrupción de la salud -distinguimos al saber biomédico, el tradicional y popular, aquellos provenientes de otras tradiciones médicas también académicas, y aquellos centrados en la autoayuda¹¹.

Motivaciones que orientan la elección de recursos y prácticas

La motivación geográfica hace referencia al lugar que ocupan las categorías de tiempo y distancia, así como el tipo de transporte a utilizar, a la hora de elegir determinadas prácticas que se enmarcan en los IT. Partiendo desde el análisis de las entrevistas realizadas, la mayor parte de los IT desplegados que se relataron tenían como sujeto enfermo a los niños de los grupos familiares. Retomando lo antedicho sobre los efectores de salud y los patrones de uso de los mismos, sobretodo (aunque no solamente) cuando el padecimiento es experimentado por los niños, se pone en evidencia que las estrategias empleadas priorizan la inmediatez de la atención que aparece íntimamente ligada a la cercanía de las instituciones. Asimismo, en el caso de las enfermedades crónicas -en adultos y niños-, en un primer momento dejan de tener peso las distancias para activar prácticas que permitan resolver el padecimiento, y en un segundo momento, lo cotidianas que resultan ser las consultas o los tratamientos en los efectores hacen aparecer nuevamente a la distancia como un factor que motiva, o no, el uso de tal o cual efecto.

Otro caso en el que la urgencia cobra importancia son las experiencias agudas de enfermedad o de aumento del dolor, en las que la motivación de otro orden entra en escena: la motivación organizacional. Ésta refiere a la organización administrativa de los servicios: distribución de horarios, turnos y recorridos (referencia y contrarreferencia) dentro del sistema. Más allá de que los patrones de utilización de los servicios indiquen a las instituciones estatales como los efectores a los que más acude la población entrevistada, la principal desventaja que encontraba la población respecto a los servicios recibidos en dichos establecimientos, era ubicada en relación a las cuestiones administrativas y organizacionales que eran consideradas trabas, barreras, para dar continuidad a los IT que se pretendían recorrer.

Así, este orden de la motivación que orienta la elección de recursos y prácticas, el organizacional, sí se vislumbra en aquellos casos en los que los sujetos se enfrentan al hecho de que les dan plazos de meses para concretar alguno de los pasos del IT puesto en marcha. Deciden, entonces, orientar momentáneamente sus prácticas hacia el subsector privado para resolver la dificultad de los plazos que encuentran en los efectores los que acudieron en primera instancia. Luego con ese paso del IT resuelto, volver al subsector estatal, habiendo logrado resolver en días, aquello que, en un primer momento, se les planteaba en meses.

En el subsector estatal del Sistema de Salud los sujetos y sus grupos también realizan diferenciaciones entre efectores hacia el interior del

subsector. Jerarquizan las instituciones en función de su organización y administración. Una práctica derivada de esta motivación es acudir a un efector por más de que éste se encuentre a una distancia mayor que el otro efector que le quedaría más cerca, dado que en el primero los tiempos que se demoran en atender a los usuarios son menores que en el segundo.

Por motivación material se entiende al lugar que ocupan los recursos materiales con los que una familia cuenta -o no- a la hora de elegir y llevar a cabo determinada práctica en el marco del itinerario terapéutico. La situación socioeconómica de las familias entrevistadas enmarca las posibilidades que se despliegan en este orden de motivación de prácticas. Llama la atención, en este sentido, los IT desplegados en países de origen en los que la atención en salud es siempre paga. En las entrevistas abundaron las anécdotas en las que por la falta de recursos económicos para poder atender a las demandas de la biomedicina, se modificaba el rumbo de las estrategias: hacia la autoatención – dentro de la que se incluye apelar a que el tiempo lo mejore como una estrategia-, hacia otro tipo de saberes – en donde los curadores que forman parte del cuerpo de saberes tradicional o popular resultaban una alternativa posible, económicamente hablando, en tanto que pedían una contribución a cambio a juicio del quien lo consultó-, y en ocasiones incluso hacia el comienzo de un proceso migratorio. Al contrario, al no tener que pagar a atención biomédica en el subsector estatal, varias familias hacían que sus hijos se atendieran mucho más que lo que solían hacer en el país de origen.

Por último, en la motivación simbólica se comprenden los significados negociados socialmente, la cultura sanitaria, los saberes que se portan en relación al proceso salud/enfermedad/atención, las creencias y valores (tales como aquellos vinculadas al género, a la institución familiar, etc.). Partiendo del análisis de las entrevistas, el tipo de zona de procedencia de la familia migrante resulta relevante a la hora de negociar significados a partir de los saberes que portan en relación al proceso salud / enfermedad / atención. En aquellos casos en los que la zona de procedencia era de tipo urbana, los saberes y la cultura sanitaria estaban más alineados con las prácticas biomédicas de atención de la salud y, generalmente, muy alejados de los saberes tradicionales o populares a los que directamente no acudían. Las familias cuya zona de procedencia era de tipo rural, eran portadoras de otros significados y saberes más de tipo tradicional o popular, lo que favorecía que apelen a curadores portadores del mismo saber o poniéndolos en práctica ellos mismos en el proceso de autoatención de la enfermedad.

Así mismo, este último grupo tendrá momentos dentro de algunos IT en los que, haciendo uso de los remedios caseros, decidan apelar a curadores de la biomedicina: cuando ya no creen estar teniendo buenos resultados con el propio tratamiento, cuando la fiebre es demasiado alta, el dolor se percibe como inaguantable, cuando se trata de accidentes o se dificulta el autodiagnóstico. No obstante, en todos los casos, más allá de acudir a curadores de la biomedicina, se continúa con el tratamiento de la autoatención.

La relación médico / paciente -con curador de la biomedicina- que se construye durante el itinerario real o imaginariamente, también es relevante a la hora de analizar la motivación simbólica para la población entrevistada. No acudir porque se realizó alguna otra práctica de autoatención y que de informárselo al curador suponen que los renegarían, no preguntar las dudas porque se lo percibe poco

receptivo, así como al contrario: acudir a estos curadores porque son “buenos”, “amables”, o afeitarse para el parto con el propósito de hacerlos sentir bien, son todas éstas cuestiones relacionadas con la relación médico / paciente en la que se negocian significados y la cultura sanitaria.

Cuando se acude a un curador de la biomedicina para solicitar su atención, se espera -especialmente en las familias provenientes de Perú- que se les otorgue una medicación. Según relatan, en sus IT en el país de origen, los médicos les daban enseguida medicación, incluso para los niños. Acá, encuentran que los médicos piensan demasiado el tratamiento, se quejan de la angustia que eso les genera y algunas veces terminan solicitando medicación a sus parientes que residen en el país de origen. En estos IT en concreto, los curadores les habían propuesto prácticas curativas alternativas a los medicamentos. Sin embargo, la cultura sanitaria de dichas familias suponía que de la consulta con el médico se salía con medicación.

Por último, la motivación simbólica aborda las concepciones sobre los derechos o la beneficencia. En este sentido, si en algunos casos se agradecía a los curadores con cosas materiales o no, en otros –los menos- la noción de derecho se hacía presente, permitiéndoles exigir la atención que merecen.

Cuerpos de saberes

En este estudio se ha tomado a la categoría de autoatención como eje articulador de prácticas y saberes que se ponen en juego en los IT desplegados ante la experiencia de enfermedad. En su devenir, la autoatención apela a diversos saberes sin la intervención directa o intencional de curadores profesionales, aún cuando se los esté tomando como referencia de las prácticas que se activan en la autoatención³⁵. En este sentido, el análisis recogerá los saberes puestos en juego como parte de las estrategias curativas por parte de las familias migrantes entrevistadas.

El cuerpo de saber biomédico hace referencia a aquellos saberes que portan los profesionales de la medicina del primer nivel de atención, del nivel de especialidades y que responden a las experiencias de enfermedad que la biomedicina reconoce como enfermedades. Incluye tanto las formas antiguas, y generalmente marginales en la biomedicina (naturismo, homeopatía), aquellas devenidas de otras concepciones (quiropráxica), y los diversos tipos de psicoterapia (individual, grupal y comunitaria), dado que, al menos parcialmente, han sido gestadas desde la biomedicina. Se expresan a través e instituciones oficiales y/o privadas.

En los IT de las familias entrevistadas, éste saber es al que más han hecho referencia. Tanto en las prácticas de autoatención como en las consultas realizadas a diversos trabajadores de la salud que portan este mismo saber. La autoatención estaba -en muchos momentos de los IT- enmarcada en saberes de la biomedicina, llevando a cabo prácticas que le son comunes, así como explicando el origen de la enfermedad y diagnosticándola presuntivamente.

Sin embargo, en los casos en los que desde la escuela o partiendo de los profesionales provenientes de este cuerpo de saber, se solicitaba una consulta o interconsulta, la misma sólo se llevó a cabo una vez que los sujetos encontraron un sentido propio a tal necesidad. Así, si en la escuela solicitaban que se consulte en psicopedagogía sobre uno de los niños por motivos expuestos desde la institución

escolar como problemáticos, la familia accederá si este diagnóstico presuntivo propio, si esos significados, se logran aproximar. Esta aproximación puede suceder en diversos momentos de los IT o no suceder.

Por último, la automedicación también resultó una práctica significativamente presente en las estrategias desplegadas por las familias entrevistadas. Nuevamente, esta automedicación se articula con la consulta médica o no, pero en todos los casos parten de saberes de la biomedicina apropiados por los sujetos y sus grupos.

En relación al cuerpo de saber proveniente de otras medicinas académicas (acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.) ninguna de las familias entrevistadas acudió a él a la hora e poner en marcha las estrategias del itinerario terapéutico.

El cuerpo de saber tradicional / popular se define como aquél que se desarrolla mediante acciones de curadores especializados (hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc.) e incluye el papel curativo de santos o figuras religiosas de diversas creencias religiosas. De la misma manera que el saber de la biomedicina, es un cuerpo de saberes a los que las familias entrevistadas significativamente apelaron como parte de las estrategias puestas en marcha a partir de las experiencias de enfermedad relatadas.

Como se explicó anteriormente, indagar desde la perspectiva de los sujetos y sus grupos las estrategias que concretamente ponen en marcha para solucionar un padecimiento, permite dar cuenta de las relaciones y articulaciones que establecen entre diversos saberes que se pretenden excluyentes entre sí -sobretodo en el caso de la biomedicina-. Así, el análisis se piensa desde una perspectiva relacional.

Existe entre la biomedicina y otros saberes alternativos una relación de hegemonía subalternidad¹ que merece ser rescatada como parte de este análisis.

Consultando a curadores alineados con este cuerpo de saberes tradicionales, o tomándolos como referencia, las familias relataron numerosas prácticas activadas como parte de la autoatención que no se orientaban hacia la biomedicina y que sin embargo coexistían con prácticas biomédicas.

Se activaron prácticas procedentes de saberes tradicionales y populares para solucionar un cuadro de enfermedad que incluía fiebre que implicaban el uso de paños fríos -entre otras estrategias-. Pero una vez que se llegaba a los 39° de fiebre se corría a una guardia. No obstante, al regresar al hogar se continuaría con los paños fríos sumados a lo que sea que haya sido el tratamiento propuesto por el curador.

Por otro lado, estas estrategias desplegadas a partir de saberes populares, en diversas ocasiones fueron ocultadas a los curadores de la biomedicina. En algunas situaciones debido a que temían ser reprendidos por eso. En otras porque sin imaginar que eso pudiera suceder se vivió esa experiencia decidiendo para la vez subsiguiente, o bien no decir o bien no consultarlos más -al menos para ese itinerario-.

Es de destacar que, para las familias que han apelado al saber

tradicional o popular, la incorporación de prácticas que incluyen remedios caseros en la autoatención no siempre fue atribuida a saberes tradicionales y/o populares, sino a saberes provenientes de sus familias. Se atribuye a la tradición familiar sin poder situar otro origen.

Ahora bien, sólo una de las familias entrevistadas acudió al cuerpo de saber de autoayuda. Este saber se refiere a aquellos agrupamientos organizados y orientados por las mismas personas que padecen o co-padecen algún tipo de experiencia de enfermedad (Alcohólicos anónimos, padres de niños con Síndrome de Down, etc.). En el caso de esta familia, acudieron a APELRA (Asociación de Pacientes de Enfermedades Lisosomales de la República Argentina) a partir de la necesidad de encontrar atención para su hija en el país de origen, Paraguay, dado que necesitaban viajar y la niña no puede estar sin tratamiento permanente. Apelar a este saber ayudó a la familia por medio del contacto que tenían en Paraguay con una organización similar, sobre la misma problemática de salud.

La reconstrucción de los IT fue enmarcada en los procesos de autoatención que despliega la familia ante la disrupción de la salud, entendiendo que es el modo de atención de los padecimientos más frecuentemente activado. Desde allí la familia hace un diagnóstico presuntivo que orientará las prácticas así como los saberes puestos en juego, consultando o no a curadores profesionales. Es desde la autoatención -desde la perspectiva de los sujetos sociales que enferman y padecen- que pudimos dar cuenta de las transacciones entre diversos saberes y prácticas que establece la familia atentando contra la pretención de exclusividad que -sobretodo en el caso del saber biomédico- suelen sostener los diversos curadores.

En relación a los cuerpos de saberes propuestos por E. Menéndez¹¹, el de la biomedicina es el que utilizan todas las familias entrevistadas en mayor o menor medida de articulación con otros saberes. Las familias provenientes de zonas rurales hacen uso de prácticas propias del saber tradicional y popular en gran medida, pero no consultarán a curadores profesionales portadores de dicho saber acá, en la CABA, por no conocer a nadie que los consulte como para pedir el contacto. Así mismo, en diversas ocasiones, las familias entrevistadas refirieron haber adquirido conocimientos propios de lo que desde la teoría ubicábamos como propios del cuerpo de saberes tradicional o popular, como provenientes de saberes familiares, no ubicando ningún origen que trascienda al familiar.

En relación al saber proveniente de otras tradiciones médicas también académicas, ninguna de las familias señaló haber apelado a dicho cuerpo de saber en sus IT. Y el cuerpo de saberes centrado en la autoayuda sólo fue utilizado por una sola familia.

Para la población entrevistada, los cuerpos de saberes significativamente consultados serían, entonces, el de la biomedicina y el tradicional o popular. Cabe preguntarse acerca del por qué en esta población los otros dos cuerpos de saberes propuestos por la teoría no resultan significativos. En el caso del cuerpo de saber proveniente de otras tradiciones médicas también académicas, en Argentina no se encuentran accesibles desde el subsector estatal del Sistema de Salud, sólo apareciendo disponibles de forma privada. Tampoco se relató que hayan hecho uso de esos saberes en sus países de origen. La apelación al cuerpo de saberes centrados en la autoayuda tampoco resultó significativa.

Si bien en la mayoría de los casos las prácticas puestas en marcha -incluyendo las consultas- suelen estar motivadas simbólicamente y geográficamente, esto último, puede ser comprendido como una de las dificultades que encuentra la población entrevistada en el subsector estatal como trabas propias de la organización de los servicios, que -dentro de las posibilidades económicas concretas- terminan teniendo que acudir al subsector privado.

Bibliografía

- Laub, C. (Coord.) (2006): *Migraciones y Salud en el Área Metropolitana* Buenos Aires, El Ágora. Disponible en: <http://www.elagora.org.ar/site/documentos/PreSeminarioSalud.pdf> - 16/09/2010
- Oddone, C. (2008): *LA RED DE MERCOCIUDADES: INTEGRACIÓN REGIONAL Y DESARROLLO LOCAL*, Sociedad Global, Revista de relaciones internacionales y ciencias políticas. ISSN 1851-6262. Disponible en <http://www.eumed.net/rev/sg/02/cno.htm> - 12/06/2011
- INDEC. *Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*
- Engelman, Martín (2007): "Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud". *Anu. investig.* (Facultad de Psicología, UBA) vol.14, pp. 00-00. ISSN 1851-1686, en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100021&script=sci_arttext 22/09/10
- Solitario, R.; Garbus, P.; Stolkiner, A. (2008): "Derechos, Ciudadanía y Participación en Salud: su Relación con la Accesibilidad Simbólica a los Servicios" *Anuario de Investigaciones Volumen XV*. Facultad de Psicología. UBA
- Fleischer, S. (2006): "Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala", en: *Anthropologica*. [online]. dic. 2006, vol.24, no.24, p.51-75. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122006000100003&lng=es&nrm=iso - 03/06/2011
- Rico Becerra, J. I. (2009): Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: Los ecuatorianos en Murcia en *Revista de Antropología Experimental*, Nº 9, 2009, Texto 12: 169-177. Universidad de Jaén, España. ISSN: 1578-4282. Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2009/12rico09.pdf> - 18/09/2010
- Alarcón-Muñoz, A. M., Vidal-Herrera, A. (2005): Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Revista Salud Pública de México* / vol.47, no.6, ISSN 0036-3634. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600008&lng=e&nrm=iso&tlang=es - 19/10/2010
- Martínez, G. (2007): «Ilotaique nachaalataxac» o «Buscando la vida»: Escenarios, actores e itinerarios terapéuticos en el sistema etnomédico toba (Río) en Los caminos terapeúticos y los rostros de la diversidad. Tomo Iep.401-424. CEA - IUNA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (rmejito, Chaco).
- Valles, M. S. (1997): *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid: Síntesis
- Menéndez, E. (2003): Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol.8, n.1 pp. 185-207. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso - 17/03/12
- (2009): *De sujetos, saberes y estructuras*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Taylor S.J.; Bogdan R. (1984). "La observación participante en el campo". *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Torrado, S. (1985): *El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina. Orientaciones teórico metodológicas*. Cuadernos del CEUR no 2, Buenos Aires.
- Vasco Uribe, A. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Conferencia presentada en el Taller Latinoamericano de Medicina Social, Julio, Medellín.
- Dirección Nacional de Población (2011): *Encuesta sobre migración, fecundidad y familia. Serie de documentos de la Dirección Nacional de Población, Vol. 5*. Dirección Nacional de Migraciones, Ministerio del Interior, Presidencia de la Nación.
- Sala, A. (2002): *Entre el Temor y la Exclusión: acciones de salud dirigidas a migrantes bolivianos y acciones sanitarias en la frontera norte de Argentina*. Disponible en http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_MIG_P049_Sala_texto.pdf 25/10/10
- Mármora, L. (2004): *Las políticas de migraciones internacionales*. Ed. Paidós, Buenos Aires
- Dirección Nacional de Población (2010): *Encuesta a Inmigrantes en Argentina 2008-2009. Serie de documentos de la Dirección Nacional de Población, Vol. 4*. Dirección Nacional de Migraciones, Ministerio del Interior, Presidencia de la Nación.