

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Pablo Andrés Buzzi

buzzipablo@yahoo.com.ar

El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Anahí Sy

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.172285>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Buzzi, P. (2016). *El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús. Recuperada de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Buzzi_P_Hilo_2015.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso

www.unla.edu.ar

www.repositoriojmr.unla.edu.ar

repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD
13^a COHORTE (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud.
Itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano en dos
barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015).

MAESTRANDO
Lic. Pablo Andrés Buzzi

DIRECTORA
Dra. Anahí Sy

FECHA DE ENTREGA
Julio, 2015

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD

13ª COHORTE (2010-2012)

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER

TÍTULO

El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud.
Itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano en dos
barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015).

MAESTRANDO

Lic. Pablo Andrés Buzzi

DIRECTORA

Dra. Anahí Sy

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Damián Herkovits

Dra. Laura Gottero

Esp. María Cristina Salva

FECHA DE APROBACIÓN

07/03/2016

CALIFICACION

9 puntos, distinguido.

A Sandra, Ignacio y Tomás, por hacer
la vista gorda a todo el tiempo que les robé
y la paciencia con que me acompañaron.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres de la Villa 31 y el Bajo Flores que participaron en esta investigación poniendo en juego sus historias y experiencias, muchas de ellas profundamente dolorosas, y que despertaron mi admiración por haber salido adelante en circunstancias extremadamente adversas.

A Norita, quien no sólo compartió su casa para muchas de las reuniones en la Villa 31, sino también su calidez y buen humor, sin cuya colaboración este trabajo no hubiera sido posible.

A Sandra, nuestro enlace con las mujeres de Bajo Flores, por su ayuda indispensable en el trabajo de campo.

A mi directora, Anahí Sy, por su guía serena y rigurosa hasta el final de esta empresa.

A mis compañeros del equipo de Migración y Salud Colectiva de Médicos del Mundo, los que están y los que pasaron, por sus reflexiones, su pasión, su afecto y por todas las experiencias a lo largo de tanto tiempo compartido.

Un extraño es, por definición, un agente movido por intenciones que en el mejor de los casos pueden adivinarse, pero de las cuales nunca podemos estar seguros. En todas las ecuaciones que componemos cuando deliberamos sobre qué hacer y cómo comportarnos, el extraño es la variable desconocida. Un extraño, a fin de cuentas, es “extraño”: un ser bizarro y enigmático cuyas intenciones y reacciones podrían ser completamente distintas de las que tienen las personas que vemos todos los días (las personas comunes, familiares). En consecuencia, incluso cuando los extraños no se muestran agresivos ni demuestran o explicitan hostilidad, producen malestar en un nivel “subconsciente”: su sola presencia dificulta con creces la ya desalentadora tarea de predecir los efectos que tendrán nuestras acciones y sus posibilidades de éxito.

(Bauman, 2011: 86)

RESUMEN

La población migrante asentada en diferentes barrios de la ciudad de Buenos Aires presenta un gran desafío no sólo relacionado con las cuestiones sociodemográficas sino también con lo referido a la salud colectiva. Pese a ello, existen escasos datos sobre su situación de salud y nula información epidemiológica específica. Además, dadas las penosas condiciones de vida y trabajo de estos colectivos, sólo un muy bajo porcentaje posee cobertura de salud, por lo que la mayoría acude en busca de atención a los servicios públicos. Esa búsqueda encuentra obstáculos de diversa índole, muchos de ellos estructurales y también sufridos por la población nativa. Sin embargo, existen otros que afectan específicamente a la población migrante que se encuentra, muchas veces, sin la posibilidad de resolver su problema de salud en ese ámbito. Nuestra investigación intentó registrar las estrategias de la población migrante ante la presencia de un problema de salud a partir de la reconstrucción de los itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano afectadas por algún padecimiento que les haya impedido trabajar o realizar sus tareas habituales (en el caso de que sean amas de casa). Para ello realizamos entrevistas a nueve mujeres en Villa 31 y Bajo Flores, dos barrios de la ciudad con características peculiares y alta densidad de población migrante de origen boliviano. También realizamos un grupo focal en cada uno de esos barrios intentando registrar, a través de la mirada colectiva, las impresiones de las participantes, los consensos emergentes entre ellas así como el contraste de experiencias, que permitan construir un marco de intereses y preocupaciones en común. La investigación sobre los itinerarios hizo foco en los distintos factores que influyeron en cada una de las decisiones (formas de atención utilizadas en Bolivia, alternativas de atención disponibles en la Argentina, experiencia con las alternativas utilizadas, evaluación de los resultados obtenidos), en la representaciones sobre la salud, la enfermedad y su atención y los obstáculos encontrados en el acceso al sistema público de salud. Nuestro propósito es profundizar en el conocimiento de las prácticas y de la situación de salud de este grupo poblacional, para estimular su estudio y propiciar el desarrollo de acciones específicas desde el sistema de salud, interculturalmente apropiadas y territorialmente situadas, que favorezcan una mejora en la situación sanitaria de este colectivo.

PALABRAS CLAVE: Atención a la salud; migración; accesibilidad a los servicios de salud; derecho a la salud.

ABSTRACT

The migrant population living in several neighborhoods of the city of Buenos Aires presents a great challenge not only in relation to questions of sociodemographic nature but also in relation to public health issues. However, there exists little data on the health status of this population and no specific epidemiological information. Only a small percentage of this migrant population has health coverage given harsh living and work conditions, so most utilize public health services. This search identifies several obstacles to accessing care, many of them structural. Some of these obstacles are also faced by the native Argentine population but others are specific to the migrant population, which often does not have adequate opportunities to resolve health problems through public services. Our research attempted to register the strategies of migrants living in the presence of a health problem by rebuilding the therapeutic itineraries of Bolivian origin migrant women affected by any condition that has prevented them from working or from performing their normal daily tasks (if they are housewives). We conducted interviews with nine women in Villa 31 and Bajo Flores, two neighborhoods in Buenos Aires that have unique characteristics and high densities of migrants of Bolivian origin. In each neighborhood we also conducted a focus group to register through the collective gaze both individual participant impressions and the emergent consenses amongst the participants, as well as participants' contrasting experiences. The consenses and contrasts that arose in the focus groups allowed for the construction of frameworks of common interests and concerns. Our research on the participants' healthcare itineraries focused on the various factors that influenced participants' decisions (including health care systems used in Bolivia, those available in Argentina, participants' experience with each system used, and evaluation of results), participants' representations of health, illness and care, and obstacles encountered in accessing the public health system. Our purpose is to augment the knowledge of the health status and care practices of this migrant population, to encourage future studies, and to promote the development of specific actions, both cross-culturally appropriate and geographically located, on the part of public services in order to achieve an improvement in the health situation of this group.

KEY WORDS: delivery of healthcare; international migration; health services accesibility; human rights.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1 - Población total por lugar de nacimiento. República Argentina 2010.....	18
Figura 2 - Población nacida en el extranjero por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2010.....	19
Figura 3 - Estructura de la población por sexo y grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2009.....	50
Figura 4 - Estructura de la población por sexo y grupo de edad. Villas 31 y 31 bis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año.....	52
Figura 5 - Población residente en las villas 31 y 31 bis por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Año 2009.....	53
Figura 6 - Mapa de la Villa 31.....	54
Figura 7 - Mapa del Bajo Flores.....	57
Figura 8 Población total de la comuna 7 por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.....	58
Figura 9 - Población nacida en el extranjero por lugar de nacimiento. Comuna 7. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.....	59
Figura 10 - Población nacida en el extranjero por edad. Comuna 7. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010.....	60
Figura 11 - Itinerario terapéutico de Florencia.....	74
Figura 12 - Itinerario terapéutico de Alina.....	79
Figura 13 - Itinerario terapéutico de Elisa.....	100
Figura 14 - Itinerario terapéutico de Lucinda.....	105
Figura 15 - Itinerario terapéutico de Juliana.....	110
Figura 16 - Itinerario terapéutico de Norma.....	113
Figura 17 - Itinerario terapéutico de Clodivina.....	122
Figura 18 - Itinerario terapéutico de Moira.....	128
Figura 19 – Itinerario terapéutico de Benedicta.....	133

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1 - Porcentajes de población nacida en el extranjero, de población nacida en países limítrofes y de población nacida en países limítrofes entre los nacidos en el extranjero. República Argentina. Censos Nacionales de Población. Años 1869 – 2010.....	17
Tabla 2 - Hogares y población residente por villa. Villas 31 y 31 bis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2001-2009.....	52
Tabla 3 - Distribución porcentual de la población residente por villa y lugar de nacimiento según grupo de edad. Villas 31 y 31 bis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2009.....	55

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires.
ASIS: Análisis de Situación de Salud.
BID: Banco Interamericano de Desarrollo.
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
CAPS: Centro de Atención Primaria de la Salud.
CESAC: Centro de Salud y Acción Comunitaria.
CTA: Central de los Trabajadores de la Argentina.
DAOM: Dirección Autárquica de Obras Municipales.
DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.
DNI: Documento Nacional de Identidad.
EAH: Encuesta Anual de Hogares.
ECMI: Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales.
ECV: Encuesta de Calidad de Vida.
EDS: Encuesta sobre Desarrollo Social.
FIT: Programa de Formación e Inclusión para el Trabajo.
GCBA: Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
IPPDH: Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del Mercosur.
MDM: Médicos del Mundo.
MERCOSUR: Mercado Común del Sur.
MTL: Movimiento Territorial de Liberación.
OIM: Organización Internacional para las Migraciones.
OMS: Organización Mundial de la Salud.
PNUD: Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo.
PSEA: Proceso salud – enfermedad – atención.
SIDH: Sistema Interamericano de Derechos Humanos.
SIEMPRO: Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales.
UBA: Universidad de Buenos Aires.
UIA: Unión Industrial Argentina.

CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....	13
1.1 <i>Problema</i>	14
1.2 <i>Justificación</i>	15
1.2.1 La migración y el problema de la salud de los migrantes	16
1.2.2 La atención académica sobre el problema	20
1.2.3 Interés personal en el tema de investigación	24
1.3 <i>Objetivos</i>	24
1.4 <i>Antecedentes</i>	25
1.4.1 Marco legal de la migración en la Argentina	25
1.4.2 Caracterización de la migración de origen boliviano	28
2. MARCO TEORICO.....	31
2.1 <i>Itinerarios terapéuticos</i>	31
2.2 <i>Formas de atención</i>	32
2.2.1 La autoatención	33
2.2.2 La biomedicina	34
2.2.3 La medicina tradicional	35
2.3 <i>Proceso migratorio</i>	36
2.4 <i>Interculturalidad</i>	37
2.5 <i>Representaciones sociales</i>	40
2.6 <i>Derecho a la salud</i>	42
2.7 <i>Accesibilidad</i>	45
3. CONTEXTO DEL ESTUDIO.....	49
3.1 <i>La Villa 31</i>	49
3.1.1 La Villa 31 desde la “Villa Desocupación” hasta su urbanización	49
3.1.2 Características sociodemográficas del barrio	51
3.2 <i>El Bajo Flores</i>	56
3.2.1 El suburbio de la ciudad convertido en el barrio de los talleres textiles	56
3.2.2 La población de Bajo Flores	58
4. ACERCA DE LA METODOLOGÍA.....	61
4.1 <i>El diseño del estudio y algunas aclaraciones</i>	61
4.2 <i>Sujetos de estudio y técnicas de recolección de datos</i>	63
4.3 <i>El análisis del material obtenido</i>	67
4.4 <i>La transformación del investigador</i>	68
5. RESULTADOS.....	72
5.1 <i>Los testimonios de las mujeres</i>	72
5.1.1 Florencia, un itinerario con final abierto	72
5.1.2 Alina, una inmersión en lo misterioso	76
5.1.3 Elisa, el Tártaro en el Ramos Mejía	88

5.1.4 Lucinda, el altiplano en la Villa 31	100
5.1.5 Juliana, la risa más contagiosa de Villa 31	106
5.1.6 Norma, el recorrido de una mujer militante	110
5.1.7 Clodivina, la tragedia de Medea se repite	114
5.1.8 Moira, del Hotel Plaza al Bajo Flores	124
5.1.9 Benedicta, una “okupa” en el Hospital Álvarez	129
5.2 <i>El registro grupal</i>	133
5.2.1 Villa 31	133
5.2.2 Bajo Flores	140
6. DISCUSIÓN.....	144
6.1 <i>Sobre los recorridos y las decisiones</i>	144
6.1.1 El malestar y el diagnóstico inicial	144
6.1.2 El abanico de posibilidades de atención de la salud	146
6.1.3 Las experiencias	150
6.1.4 La evaluación	152
6.2 <i>La salud, la enfermedad y la curación</i>	154
6.2.1 Las representaciones sobre salud	154
6.2.2 Los problemas de salud y su solución en Bolivia	158
6.3 <i>Sobre la accesibilidad</i>	161
6.4 <i>La discriminación</i>	164
7. CONSIDERACIONES FINALES.....	173
7.1 <i>Algunas propuestas en torno al problema</i>	175
7.2 <i>Futuras líneas de investigación</i>	177
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	178

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad y la muerte son dos experiencias compartidas por todos los grupos sociales a lo largo del tiempo y en todos los rincones del mundo, más allá de cualquier otra característica que los distinga. Pero cada uno de ellos enfrenta esos avatares a su propio modo, en base a su propia historia y cultura. Cuando las personas se desplazan y se incorporan a otros conjuntos sociales, estos sistemas culturales entran en relación con un resultado incierto. El conocimiento de las prácticas concretas de los migrantes ante la constatación de un padecimiento es un paso ineludible en la planificación de los servicios de salud, que deberían desarrollar una “sensibilidad” intercultural para tenerlas en cuenta al momento de intervenir en esas comunidades.

El trabajo de indagación que recogen estas páginas tuvo lugar entre mediados del 2014 y mediados del 2015 en los barrios de Villa 31 y Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), aunque nuestro interés en la salud de la población migrante y sus vicisitudes data desde el año 2009 cuando ingresamos al equipo de promoción de salud colectiva para población migrante de la organización humanitaria Médicos del Mundo. Nuestro contacto directo con la comunidad nos permitió conocer historias, experiencias y situaciones que fueron la base de las reflexiones que se enfocaron en el tema que aquí presentamos.

El título del trabajo refiere al mito del laberinto de Creta y el minotauro. Sintéticamente, Teseo se alista como voluntario entre los jóvenes atenienses que periódicamente exigía el rey Minos de Creta para entregar al minotauro luego de haber ganado la guerra a Atenas. Al llegar, el héroe se enamora de Ariadna, hija del rey, quien le entrega una espada y un ovillo de hilo para que luego de matar al minotauro, Teseo encuentre el camino de salida.

El laberinto de Creta es un símbolo del campo de la salud, con múltiples vericuetos y recorridos posibles a través de las diversas formas de atención disponibles. Nos propusimos que la información obtenida a partir de las entrevistas y los grupos focales se convirtiera en nuestro propio hilo de Ariadna para desandar esos recorridos, reconstruyendo esas trayectorias y así comprender mejor lo que hacen las mujeres migrantes de origen boliviano ante un problema de salud. Conjuramos la actitud de Teseo de enfrentar lo imposible, de matar al monstruo mitad toro mitad hombre y escapar de una construcción que nadie abandonó con vida.

Hemos organizado la presentación de nuestra pesquisa procurando simultáneamente, la mayor claridad y coherencia en el planteo del problema que la ha animado.

En la primer parte introducimos el tema, sus antecedentes y los objetivos que

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

estimularon este estudio, estableciendo los factores que fundamentaron el desarrollo de la investigación.

En el segundo capítulo se desarrolla nuestro enfoque teórico del problema y la definición de los conceptos clave que empleamos para aprehender el recorte de la realidad que intentamos comprender.

En la tercera sección nos proponemos contextualizar el estudio, es decir, situarlo en el terreno concreto en el que viven las entrevistadas y tiene lugar el objeto que pretendemos estudiar. Para ello, presentamos los datos sociodemográficos de la población residente en esos barrios e incluimos un breve desarrollo sobre la historia de cada territorio.

En el cuarto apartado exponemos la metodología que utilizamos para acceder a los datos, el diseño del estudio, las técnicas de recolección y las fuentes de datos, los procedimientos de análisis y algunas apreciaciones personales relativas al trabajo de campo.

La presentación de los datos obtenidos, particularmente los itinerarios terapéuticos, constituye el quinto capítulo, en el que incorporamos además el recorrido migratorio y algunos datos sociodemográficos de las entrevistadas y sus familias, el conocimiento de las formas de atención disponibles en Bolivia y en la CABA y la experiencia con cada alternativa de atención utilizada, todo esto recuperando la voz de las propias mujeres de origen boliviano.

La sexta sección se centra en la discusión de algunos ejes específicos y, a nuestro criterio, fundamentales para comprender el devenir de los recorridos en busca de atención. En él están desglosados los aspectos que condicionan las decisiones con respecto al rumbo del itinerario (diagnóstico inicial, formas de atención disponibles y la experiencia y evaluación relativas a cada alternativa utilizada), las representaciones sociales respecto de la salud - enfermedad y el estudio de la configuración particular que adquiere la accesibilidad en cada uno de los barrios estudiados.

En el séptimo apartado, por último, se presentan algunas propuestas relacionadas con el objeto de estudio centradas predominantemente en el sistema público de salud así como posibles líneas de indagación para futuras investigaciones que permitan avanzar y profundizar en el conocimiento de la situación de salud de la población migrante de origen boliviano y de sus estrategias para enfrentar los problemas de salud que los afectan.

1.1 El problema

Nuestra labor en Médicos del Mundo con población migrante nos permitió percibir los

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

obstáculos que encuentra al intentar acceder a la atención en el sistema público de salud. Se trata de un colectivo que, además, presenta inconvenientes en el acceso a la vivienda, inserciones laborales con bajos salarios, pésimas condiciones de trabajo (algunas veces, cercanas a la explotación) en las ramas de actividad que requieren menor calificación y que sufre asiduamente situaciones de discriminación. Esta funesta combinación lo termina confinando a los estratos más bajos de la estructura social.

El enfoque de nuestra tarea se apoya en dos ejes fundamentales. Por un lado, la difusión dentro de la comunidad del conocimiento de los derechos de los migrantes, ya que sólo se puede reclamar lo que se sabe que corresponde, y la promoción del derecho a la salud. Por otro lado, promovemos la organización y participación comunitaria en torno a la salud, no para reemplazar la ausencia del estado, sino como un modo de emancipación política, que favorece el pasaje desde una posición de objetos de otras personas (que los explotan laboralmente, que los discriminan, que avasallan sus derechos, etc.) a sujetos, protagonistas de su propia historia.

De todos modos surge un interrogante, ¿cómo resuelven sus problemas de salud los migrantes que no pueden o no quieren consultar en los servicios públicos de salud y de qué manera se articulan e incluyen prácticas alternativas de atención a la salud al sistema de atención establecido oficialmente? Nuestra relación directa con la comunidad nos permitió acceder a las estrategias de solución a esos problemas que no incluyen al sistema público de salud y profundizar en los factores que influyen en la configuración particular de cada una de ellas.

1.2 Justificación

Hay una serie de factores que, entendemos, ameritan el desarrollo de investigaciones sobre la situación de salud de la población migrante en la CABA. En primer lugar, el fenómeno migratorio acompaña la historia de nuestro país desde sus inicios y explica en buena parte la conformación de la Argentina moderna. De hecho, la mayoría de los argentinos contamos en nuestro árbol genealógico con algún antepasado nacido fuera de nuestro país. El proceso de globalización del planeta iniciado a fines del siglo XX exacerbó aún más la movilidad de las personas a través de las fronteras, generalmente en busca de trabajo o de una mejor situación económica dada la creciente desigualdad entre países ricos y pobres que trajo aparejada. En segundo lugar, la búsqueda bibliográfica que realizamos reveló escasos trabajos sobre la salud de los migrantes de origen boliviano y sólo algunos pocos de ellos incluyen la voz de la población de ese origen. Finalmente, nuestro recorrido trabajando sobre el tema nos anima a

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

avanzar en el estudio de la situación de salud de la población migrante de origen boliviano y las circunstancias relacionadas con ella.

1.2.1 La migración y el problema de la salud de los migrantes

El fenómeno de la migración no es una novedad en la historia de la humanidad, pero hay algunas circunstancias que lo han magnificado y transformado en un tema relevante en la actualidad. Entre ellas pueden citarse el avance en las comunicaciones y el comercio (especialmente luego de su aceleración y flexibilización a partir de la globalización), la inestabilidad política y las guerras civiles, los desastres naturales y el deterioro de las economías en numerosas regiones del mundo. Todos estos factores impulsan a las personas a buscar mejores oportunidades en otros países.

El informe de 2009 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) postula que la movilidad es un factor esencial para el desarrollo humano y señala que las migraciones sur-sur (entre ellas la de las mujeres bolivianas a la Argentina que nos proponemos estudiar) reúnen 61 millones de personas, sólo superadas por las migraciones sur-norte en apenas 1 millón de personas. Estas cifras son elocuentes en cuanto a la magnitud del fenómeno.

Las migraciones internacionales han tenido un papel protagónico en la deconstrucción y recomposición del espacio internacional a través de su permanente desafío a las fronteras y del reclamo de respuestas supranacionales que ese reto y sus consecuencias plantean. Las actitudes de los distintos estados frente al fenómeno suponen un arco que en un extremo encuentra a los países con regulaciones que garantizan los derechos de los migrantes (como el nuestro) y, en el otro, los que apuntan a dificultar su ingreso (como los Estados Unidos de América y algunos países de la Unión Europea), pasando por un abanico de situaciones intermedias. Esta realidad plantea en muchos países una situación contradictoria: por un lado la imposición de la liberalización económica y la consecuente aceleración de la movilidad del capital y, por el otro, el esfuerzo por lograr el cierre hermético de sus fronteras y restringir el desplazamiento de las personas. En este sentido, Wihtol de Wenden (2013, p.15) señala “la paradoja del liberalismo: que las grandes democracias ya no pueden controlar los flujos migratorios y con frecuencia violan los derechos humanos”.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Tabla 1 – Argentina. Porcentaje de población nacida en el extranjero, porcentaje de población nacida en países limítrofes y porcentaje población nacida en países limítrofes entre los nacidos en el extranjero. Censos Nacionales de Población. Años 1869 – 2010.

Año	% Extranjeros (1)	% Limítrofes (2)	%Limítrofes entre extranjeros (3)
1869	12,1	2,4	19,8
1895	25,4	2,9	11,4
1914	29,9	2,6	8,7
1947	15,3	2	13,1
1960	13	2,3	17,7
1970	9,5	2,3	24,2
1980	6,8	2,7	39,7
1991	5	2,5	50
2001	4,2	2,5	59,5
2010	4,5	3,1	68,9

Fuente: elaboración propia en base a Cerruti (2009) e INDEC, Censo 2010. 1) Porcentaje de nacidos en el extranjero en la población total de la Argentina; 2) Porcentaje de nacidos en países limítrofes entre la población total de la Argentina; 3) Porcentaje de nacidos en países limítrofes entre los nacidos en el extranjero residentes en la Argentina.

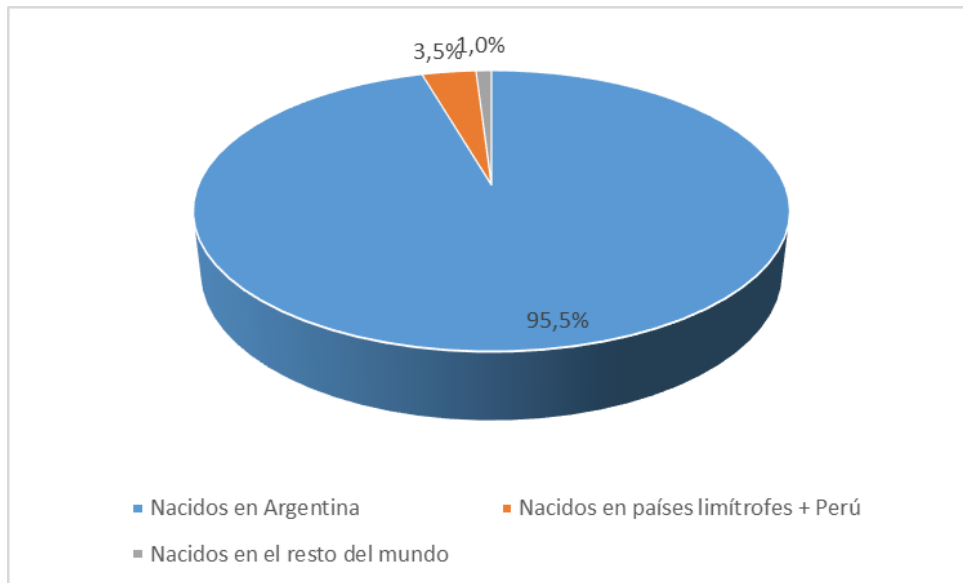
La Argentina históricamente ha recibido grandes contingentes de migrantes, especialmente desde fines del siglo XIX, aunque a lo largo del tiempo ha variado el origen de las poblaciones que arribaron a nuestro país. Hasta la década del 1980, la mayor parte de los migrantes provenía de Europa, especialmente de España e Italia; a partir de ese momento, tuvo lugar un progresivo aumento del porcentaje de la población procedente de los países de la región hasta constituir casi el 70% del total de migrantes arribados al país¹ (Tabla 1). Este dato junto a la estable proporción de migrantes entre la población total durante los últimos 30 años (Tabla 1 y figura 1) permiten refutar el mito de la “invasión de los migrantes” y reconocer el fundamento racista que funciona por detrás: lo que ha aumentado es el porcentaje de migrantes

¹ INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

provenientes de países de la región entre el total de extranjeros por la caída en el arribo de estos últimos.

Figura 1 – Población total por lugar de nacimiento. República Argentina 2010.



Fuente: elaboración propia en base a INDEC, Censo 2010.

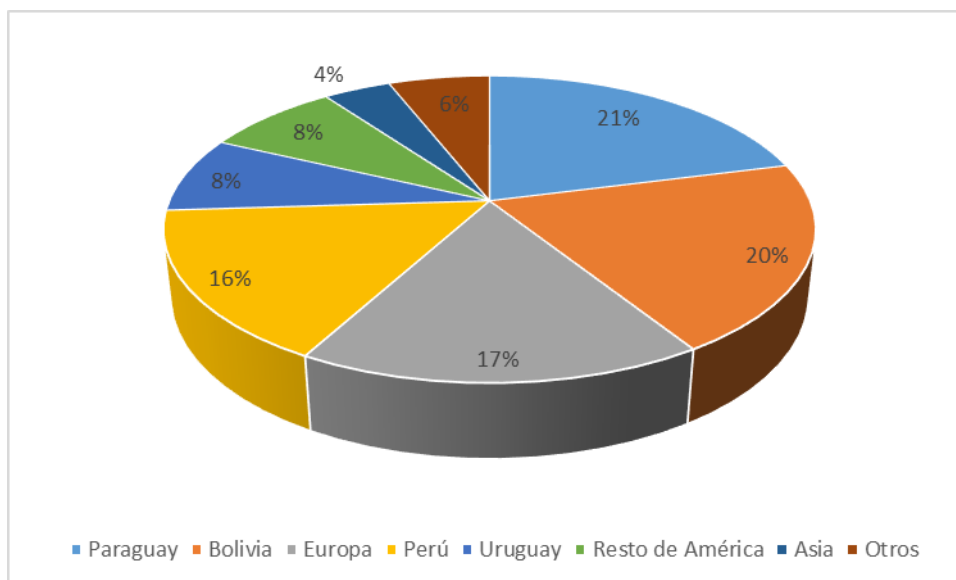
Gran parte de ese aluvión migratorio se estableció en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), donde reside casi el 60% de la población migrante reconocida censalmente en el país. Este proceso de aglutinación de la población migrante limítrofe está relacionado con la pérdida de gravitación de las economías regionales y la concentración de la actividad económica en los grandes centros urbanos. Durante la década de 1990 se profundizó el arribo de migrantes hacia la Argentina, debido a la paridad entre el peso y el dólar y a una mayor actividad económica en el país al compararla con los países de la región. Esta tendencia permaneció constante durante la primera década del presente siglo, pese al drástico cambio de escenario: el monumental deterioro económico de fines de los 90 en nuestro país desembocó en la crisis social del año 2001 y dejó como herencia altos índices de desempleo y de caída de la actividad económica así como una nueva relación cambiaria en la que el peso perdió valor frente al dólar.

En el caso específico de la CABA, en el año 2010 los migrantes de origen boliviano constituyeron el segundo grupo poblacional numéricamente más importante del total limítrofe,

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

sólo superado por los provenientes del Paraguay² (Figura 2). Los migrantes bolivianos tienden a concentrarse en pocos barrios que se distribuyen principalmente en el sector sur de la CABA y que aglutinan a más de la mitad de la población residente de ese origen, con un patrón de asentamiento que Sassone (2007) define como “barrios étnicos”. Los barrios de mayor concentración son Nueva Pompeya, Villa Soldati, Bajo Flores, Mataderos, Villa Lugano, Villa Riachuelo y Villa 31.

Figura 2 - Población nacida en el extranjero por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a INDEC. Censo 2010.

La presencia de gran cantidad de personas de poblaciones de diversos orígenes y su concentración espacial en diversas zonas de la CABA plantea desafíos no sólo relacionados con lo socioeconómico, sino que también representa un reto para la salud colectiva en lo que se refiere a las estrategias para planificar la atención y programas de prevención y promoción de la salud. Pese a ello, no hay información epidemiológica específica disponible sobre la población migrante en nuestro país.

En este sentido, la generación de conocimiento en torno a las estrategias que desarrollan los migrantes de origen boliviano para solucionar sus padecimientos puede ser muy fecunda.

² *Ibíd.*

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Desde este punto de vista, entendemos que los beneficiarios del producto de esta investigación serán no sólo los migrantes y las organizaciones que los agrupan, sino el propio sistema público que podría utilizarlo como insumo a la hora de pensar la gestión.

Además, al visibilizar las dificultades en el acceso a la atención en el sistema público que enfrenta esta población, quizás puedan hacerse evidentes situaciones similares en otras minorías (aunque seguramente motivadas por otros factores) y estimular su estudio. Finalmente, creemos que este trabajo se inscribe en el debate entre una concepción de la salud como una mercancía más dentro del mercado y otra que la considera un derecho que debe ser garantizado a todas las personas. En palabras de Castro (2006, p.2), “Nos enfrentamos pues ante un problema de valores: la salud como necesidad, que admite que la salud es un derecho fundamental, o la salud como aspiración, que presupone que sólo puede obtenerse a cambio de algo, con lo cual se convierte en un servicio monetarizado y privatizable”.

1.2.2 La atención académica sobre el problema

De acuerdo a nuestra búsqueda, hay escasos trabajos sobre salud y población migrante de origen boliviano en la Argentina que incluyan la voz de los propios migrantes, la mayoría de ellos escritos por Goldberg (2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2013, 2014) a quien tomamos como referente en la materia. De ellos, sólo tres aluden a los itinerarios terapéuticos (2009, 2010c, 2014).

En el primero (2009), expone los aportes conceptuales y metodológicos de la antropología médica para abordar el estudio de las dimensiones de la salud, la enfermedad y la atención en el caso de los migrantes bolivianos de la CABA. La investigación estaba en curso al momento de la publicación por lo que no brinda precisiones sobre la cantidad de observaciones y entrevistas realizadas en base a las cuales identifica a las enfermedades prevalentes (tuberculosis, enfermedades respiratorias, Chagas, parasitosis agudas, anemias severas y dermatosis) y presenta la variedad de respuestas para resolver los diferentes padecimientos enhebradas en sus itinerarios terapéuticos. Así afirma que, en primer lugar, los migrantes bolivianos utilizan sus saberes y prácticas en el ámbito de la unidad doméstica y, en caso de no poder resolver el problema, consultan a un especialista de la medicina andina (aymará o quechua según el origen del migrante) o un médico del sistema público. En caso de persistir el problema, consultan en ocasiones en clínicas privadas donde atienden profesionales de origen boliviano o retornan a sus países de origen.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En el estudio sobre los pacientes con tuberculosis atendidos en el Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz durante el año 2009 (2010c), el autor enumera los factores socioculturales presentes en los procesos salud – enfermedad – atención de los sujetos de estudio y ataca la asociación automática entre la migración de origen boliviano y la tuberculosis como enfermedad importada, señalando la vinculación de esta última con los modos de vida y trabajo de las personas de ese origen. Además, alude a un itinerario terapéutico de un joven boliviano trabajador de un taller clandestino que murió en 2006, que incluyó “diferentes centros de salud hasta que murió en el Hospital Muñiz” (p.20) veinte días después de su internación, sin brindar ningún otro dato sobre el recorrido.

El último estudio de este autor referido a los itinerarios terapéuticos (2014) se centra en las mujeres migrantes de origen boliviano trabajadoras de talleres textiles clandestinos a partir de las historias de vida de integrantes de la Cooperativa 20 de diciembre – La Alameda³, utilizando los siguientes ejes de análisis: las trayectorias migratorias, los itinerarios terapéuticos y las experiencias de participación política luego de haber vivido esa situación de explotación. Los recorridos se estructuran específicamente en base al contagio de tuberculosis y son clasificados por el autor en tres variantes: tras un período de internación de entre uno y tres meses una parte regresa a su país de origen, otra reincide en el trabajo en talleres clandestinos y una proporción menor se inserta en cooperativas de trabajo textil en condiciones dignas. De todos modos, no queda clara la cantidad de casos a partir de los cuales realiza esa taxonomía ni las diversas alternativas de atención utilizadas a lo largo de esos recorridos, ni los motivos o reflexiones respecto de las decisiones tomadas para seguir determinado camino.

En la pesquisa comparativa sobre la incidencia del Chagas y la tuberculosis en migrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires respectivamente (2010a) destaca, por un lado, el distinto modo de contraer la enfermedad (el Chagas, a través de la picadura de la vinchuca y la tuberculosis, relacionada con las condiciones de vida y trabajo) y por otro, los puntos de contacto, como son la estigmatización de los portadores de ambas enfermedades y la dificultad para que adhieran al tratamiento.

³ La Alameda nació como la Asamblea “20 de diciembre” del barrio Parque Avellaneda, bajo la forma de una olla popular que se organizó en respuesta al contexto de pobreza y desocupación de la crisis del 2001. En 2002 la Asamblea recuperó el bar llamado “La Alameda”, ubicado en la esquina de Directorio y Lacarra, y de esta manera la olla popular se transformó en un comedor comunitario. En el 2005 se creó la Cooperativa “20 de diciembre”, como fuente de trabajo para los costureros que lograban escapar de los talleres textiles clandestinos, y así comenzó la producción de indumentaria bajo la marca “Mundo Alameda”. Fuente: <http://www.fundacionalameda.org/2011/06/historia.html>. Visitado el 30 de junio de 2014.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En su trabajo sobre el proceso salud – enfermedad – atención de los migrantes senegaleses en Barcelona, Goldberg (2010b) sostiene que cuando no pueden solucionar algún padecimiento a partir de la autoatención esta población debe recurrir a un especialista tradicional o a un representante de la medicina científica. En sus pueblos nativos, en cambio, se atienden con especialistas tradicionales o marabout. En el caso de los migrantes regulares, utilizan la medicina científica para los malestares físicos y acuden a los marabout en el caso de tener un padecimiento psíquico o emocional. El sistema de salud catalán, concluye, no posee ni la capacidad teórica ni práctica para dar respuesta a los problemas de salud de los inmigrantes de origen senegalés.

Goldberg y Silveira (2013) analizan comparativamente las condiciones de acceso a la salud pública y los procesos de atención de los migrantes de origen boliviano en las ciudades de Buenos Aires y San Pablo reconociendo algunas similitudes, como los procesos de estigmatización por parte de la población y los servicios de salud, las inserciones laborales precarizadas y los principales padecimientos vinculados a los modos de vida y trabajo: tuberculosis, alergias, problemas posturales, alcoholismo en hombres, violencia doméstica, retraso en el desarrollo de los hijos pequeños, alimentación escasa e inadecuada, etc.

También debemos señalar otras publicaciones sobre migración y salud en la Argentina. El trabajo de Michelli et al (2006) refiere al acceso a trasplantes de médula ósea en población migrante de países limítrofes en el Hospital Rossi de La Plata y enumera algunas de las vicisitudes que enfrenta este grupo poblacional: desamparo legal, vulnerabilidad económica y social, discriminación por nacionalidad y escasa colaboración de los organismos oficiales de representación.

La publicación dirigida por Jelin (2007) sobre salud y migración regional aborda la discriminación y el encuentro cultural entre migrantes limítrofes usuarios del sistema de salud y los profesionales, detectando obstáculos y dificultades en el acceso y desencuentros en la relación médico – paciente, pero haciendo foco especialmente en la mirada de los profesionales del sistema de salud.

El trabajo de la asociación El Ágora (2006) sobre la situación de la salud de la población migrante en CABA también se centra predominantemente en los profesionales del sistema público de salud y su visión de la población migrante que consulta esos servicios, destacando las dificultades para la comprensión mutua, la tendencia a consultar el servicio de guardia por parte de los migrantes (en lugar de tener una estrategia de cuidado) y el escaso conocimiento

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

del universo y la realidad boliviana por parte del personal de salud.

La publicación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) sobre derechos sexuales y reproductivos en población migrante en CABA (2009) sostiene, a partir de la realización de entrevistas a usuarios migrantes y prestadores del sistema público de salud, que aquéllos no reconocen grandes barreras en el acceso y destacan mayores y mejores niveles de prestación en comparación con sus países de origen. También señala la tendencia de la población migrante de consultar por urgencias, las dificultades de comprensión respecto de las indicaciones de los médicos y la existencia de escasos relatos de situaciones de discriminación.

La investigación de Elia (2012) sobre acceso a la salud en una sala de clínica médica del Hospital Fernández incluye observaciones y entrevistas a nueve migrantes internados en dicho hospital, sólo uno de ellos de origen boliviano. A partir de ellas, analiza la situación social y de salud de esos pacientes.

Finalmente, el trabajo de Cacopardo y Aguilera (2013) sobre utilización de servicios sociales por parte de las mujeres migrantes en la CABA utiliza como fuente la base usuario de la Encuesta Anual de Hogares (EAH) 2007 de la Dirección de Estadística del gobierno de la CABA. Luego de señalar la dificultad inherente al método de medición que sólo permite registrar la cantidad y no la calidad de la utilización de los servicios, apuntan que la cobertura de salud predominante entre los migrantes limítrofes y Perú es la del sistema público y destacan una mayor utilización de esos servicios por parte de las mujeres en comparación con los varones. Asimismo, señalan que en la población con cobertura sólo pública, los migrantes antiguos (quienes llegaron a la Argentina hasta el año 1996) tienen un comportamiento bastante similar a los nativos.

El presente estudio, al tratar sobre uno de los colectivos migrantes más numerosos y en dos contextos habitacionales y sociodemográficos diversos, incorpora información de una gran riqueza para profundizar en el estudio de los itinerarios terapéuticos y, avanzando un poco más, del proceso salud – enfermedad – atención de la población migrante de origen boliviano de la CABA.

Además, esta investigación se relaciona con los objetivos de la Maestría en lo que refiere a la producción de información sobre servicios de salud (que, a su vez, puede ser utilizada para mejorar la calidad de atención de dichos servicios) y a la profundización en el conocimiento de los modelos de atención a partir de un enfoque social y situado en su contexto.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

1.2.3 Interés personal en el tema de investigación

A partir de nuestra labor con población migrante en situación de vulnerabilidad desde el año 2009 hemos recabado testimonios y experiencias en relación con, entre otras cosas, su situación de salud, su vínculo con los servicios públicos de salud, el acceso a los medicamentos y la discriminación, que nos han impactado profundamente. Debemos decir que lo mismo nos ha ocurrido al escuchar muchos de los relatos incluidos en este trabajo.

Entendemos que, pese a la importancia de su presencia numérica en la ciudad de Buenos Aires, a que el marco legal les reconoce una gran cantidad de derechos y la gran cantidad de problemas socioeconómicos (entre ellos, el de la salud) que presentan, los migrantes no concitan el interés del estado ni, especialmente, del sistema de salud. Todavía existe una brecha considerable entre el ideal que propone la ley y la situación concreta que experimenta este grupo poblacional. Un primer paso para cubrir ese trecho, es reconocerlo y buscar comprenderlo. La falta de información epidemiológica específica sobre este conjunto social es un indicador elocuente de lo que afirmamos.

Por todo ello, encontramos relevante el estudio de las contingencias que estos colectivos enfrentan en el intento de solucionar sus problemas de salud así como de las estrategias que desarrollan para resolverlos.

1.3 Objetivos

Objetivo general:

Analizar y describir los itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano en los barrios de Bajo Flores y Villa 31 de la CABA en 2014 - 2015.

Objetivos específicos:

1. Identificar y describir las alternativas de atención a los problemas de salud de las mujeres migrantes de origen boliviano de los barrios de Bajo Flores y Villa 31 (CABA).
2. Explorar las representaciones sociales en torno a la salud, enfermedad y atención de las mujeres migrantes de origen boliviano.
3. Identificar obstáculos en el acceso a la atención de la salud en las mujeres migrantes de origen boliviano en los barrios de Bajo Flores y Villa 31.
4. Indagar sobre las experiencias de las mujeres migrantes de origen boliviano con cada una de las formas de atención utilizadas.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

5. Reconstruir los itinerarios terapéuticos de las mujeres migrantes de origen boliviano en los barrios de Bajo Flores y Villa 31.

1.4 Antecedentes

En este apartado, incluimos información complementaria relacionada con el problema de investigación, que entendemos será provechosa para caracterizar tanto el propio problema como la población de estudio. La legislación sobre migración de nuestro país está considerada de avanzada en el mundo, dado que garantiza a los migrantes prácticamente los mismos derechos que a los nativos, aun cuando su situación migratoria fuera irregular. Por eso nos parece pertinente incluir los Tratados Internacionales a los que la Argentina les otorgó rango constitucional y las leyes nacionales y de la CABA que se refieren a los derechos de los migrantes.

Además, la migración de origen boliviano posee ciertas características sociodemográficas peculiares que la diferencian de la población nativa y de los migrantes de otros orígenes, que no pueden ser soslayadas a la hora de hacer foco en dicho recorte poblacional.

1.4.1 Marco legal de la migración en la Argentina

Los derechos humanos de las personas migrantes están garantizados en instrumentos generales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre Derechos del Niño⁴, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁵, la Convención contra la Tortura, Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes⁶, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos, entre otros.

La Convención para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores

⁴ Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterestPages/CRC.aspx>. Visitado el 8 de agosto de 2013.

⁵ Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>. Visitado el 8 de agosto de 2013.

⁶ Disponible en <http://www.bcnbib.gob.ar/old/tratados/9convencioncontralatorturayotro.pdf>. Visitado el 8 de agosto de 2013.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Migratorios y Miembros de sus Familias⁷, ha especificado algunos de los derechos ya reconocidos en esos tratados, incorporando otros relativos a situaciones específicamente asociadas a la cuestión del empleo.

Además, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos junto a la labor de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y a la jurisprudencia y a las opiniones consultivas de la Corte Interamericana de Derechos Humanos conforman, a grandes rasgos, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH). Aparte del reconocimiento de los derechos en los dos primeros instrumentos jurídicos, la labor y la jurisprudencia de los órganos del SIDH han ido desarrollando una serie de estándares referidos a los derechos de los migrantes (IPPDH, 2014).

También deben señalarse el Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Partes del Mercado Común del Sur (MERCOSUR)⁸ y el Acuerdo sobre Residencia para Nacionales de los Estados Partes del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), Bolivia y Chile⁹, (firmados en 2002 para entrar en vigor en 2009) al que adhirieron, en los últimos años, las Repúblicas de Perú, Ecuador, Colombia y Venezuela. Estos acuerdos apuntan a profundizar el proceso de integración regional mediante la implementación de la libre circulación de personas en la región y la facilitación para el acceso a la residencia, estableciendo la reciprocidad de trato, la igualdad de derechos de sus nacionales y el derecho a la reagrupación familiar.

Una derivación de la firma de estos acuerdos es la implementación en nuestro país del Programa de Normalización Documentaria Migratoria Patria Grande que permitió la regularización de la situación migratoria de los extranjeros nativos de los Estados Parte y Asociados del MERCOSUR a través de la simplificación de los trámites para acceder a la residencia legal.

La sanción de la nueva Ley Nacional de Migraciones N° 25.871 en 2003, constituye una bisagra en lo que hace a la consideración tanto del proceso migratorio como de sus protagonistas. Es por ello que encontramos importante detenernos un poco en ella para marcar

⁷ Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>. Visitado el 8 de agosto de 2013.

⁸ Disponible en <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/96650/norma.htm>. Visitado el 2 de julio de 2013.

⁹ Disponible en <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/96649/norma.htm>. Visitado el 2 de julio de 2013.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

las diferencias con su antecesora, vigente desde la dictadura militar, conocida como “Ley Videla”¹⁰.

La norma vigente hasta 2003, consideraba al migrante como una amenaza para la seguridad nacional. En primer lugar establecía que el Estado, de acuerdo a las necesidades poblacionales, promovería “la inmigración de extranjeros cuyas características culturales permitan su adecuada integración en la sociedad argentina”¹¹. Inmediatamente surgen los interrogantes: ¿existen características culturales que permitirían una “adecuada integración”? ¿Cuáles serían? ¿Quién sería el encargado de evaluarlas?

También habilitaba a la Dirección Nacional de Migraciones y a la Policía Migratoria Auxiliar (integrada por la Prefectura Naval Argentina, la Gendarmería Nacional, la Policía Aeronáutica Nacional, la Policía Federal y las policías provinciales) a detener y expulsar extranjeros sin ninguna intervención del Poder Judicial, privándolos de las garantías explicitadas por el derecho. Además contaba con otras facultades: realizar inspecciones de oficio, a pedido o por denuncia de terceros; entrar libremente y sin notificación previa a los lugares o locales comerciales, industriales, educacionales, hospitalarios y asistenciales y todo aquél en el que existiera la sola presunción de infracción a la ley de migraciones; interrogar a solas o ante testigos a los supuestos responsables o sus representantes; intimar la comparecencia ante la autoridad de migración de los responsables, o de los extranjeros que presuntamente hubieran violado la ley de migración, así como la presentación y exhibición de la documentación solicitada bajo apercibimiento del concurso de la fuerza pública.

Además, obligaba a los funcionarios de las instituciones de salud y educativas, a los escribanos, así como a los de la totalidad de las instituciones del Estado (a nivel nacional, provincial y municipal) a denunciar a los extranjeros sin residencia legal. Esto privaba a los migrantes del ejercicio de derechos básicos como la salud y la educación y los dejaba en una situación de extrema vulnerabilidad en tanto los desalentaba de presentarse ante cualquier institución estatal por el riesgo de ser deportados. Debe aclararse, además, que los principales obstáculos para obtener la residencia legal eran la propia ley a partir del conjunto de trabas burocráticas y administrativas que establecía y los costos que suponía el trámite de radicación.

A partir del retorno de la democracia en 1983 y hasta el dictado de la Ley 25.871, se

¹⁰ Ley General de Migraciones y Fomento de la Inmigración N° 22.439.

¹¹ Disponible en <http://www.mseg.gba.gov.ar/investigaciones/legisla/22439/L22439.htm>. Visitado el 2 de julio de 2013.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

promulgaron varios decretos reglamentando la ley vigente desde la dictadura. En contra de lo esperable, no sólo continuaron sino que profundizaron la discriminación. El decreto 1023/94, por ejemplo, plantea como impedimentos para la admisión tener cualquier discapacidad física o psíquica, congénita o adquirida, que disminuya la capacidad para trabajar. Para despejar cualquier duda respecto de la posición oficial sobre el tema, sólo hace falta recurrir a las declaraciones de los funcionarios de la época responsabilizando a los migrantes por el deterioro de la situación socioeconómica, que en realidad era provocado por el programa económico de corte neoliberal implantado por el gobierno.

La nueva ley, en cambio, consagra el derecho humano a migrar y explicita la exigencia al Estado de disponer los instrumentos necesarios para garantizar la integración de los inmigrantes en la sociedad argentina, lo que contrasta con la tendencia restrictiva, en general, en los países receptores de inmigración. Además, en los artículos 6º, 7º y 8º consagra la igualdad entre nacionales y extranjeros en lo relativo a los derechos sociales, en concordancia con lo establecido por el artículo 20º nuestra Constitución Nacional¹². Además, hay un cambio drástico en lo que la ley espera de los funcionarios públicos ante una persona que presente irregularidad en su situación migratoria: se pasó de la denuncia a la orientación sobre el modo de regularizar tal situación.

Lejos de la arbitrariedad de la ley Videla, en la actualidad se reconoce el derecho a la defensa de las personas migrantes al garantizarse la defensa jurídica gratuita e instalando el control judicial efectivo de las actuaciones de las autoridades migratorias así como el derecho al debido proceso migratorio en casos de detención o expulsión, que ahora requieren la actuación ineludible de la justicia.

1.4.2 Caracterización sociodemográfica de la migración de origen boliviano

La población de origen boliviano constituye, de acuerdo al Censo Nacional de Población 2010, el segundo colectivo nacido en el extranjero más numeroso en nuestro país. Reúne el 19% de la población nacida fuera de la Argentina sólo superado por los migrantes de origen paraguay, que suponen alrededor del 30%.

¹² Art. 20º: “Los extranjeros gozan en el territorio de la Nación de todos los derechos civiles del ciudadano; pueden ejercer su industria, comercio y profesión; poseer bienes raíces, comprarlos y enajenarlos; navegar los ríos y costas; ejercer libremente su culto; testar y casarse conforme a las leyes. No están obligados a admitir la ciudadanía, ni a pagar contribuciones forzosas extraordinarias. Obtienen nacionalización residiendo dos años continuos en la Nación; pero la autoridad puede acortar este término a favor del que lo solicite, alegando y probando servicios a la República”.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En el caso de la CABA, la población de origen boliviano asciende al 20% de la población nacida en el extranjero, e implica el 11% de los extranjeros que viven en la Comuna 1 (en la que se asienta la Villa 31) y el 48% de quienes residen en la Comuna 7 (que contiene al barrio de Bajo Flores). De todos modos, es engañoso tomar los datos censales de la Comuna 1 ya que engloba barrios con características estructurales y sociodemográficas tan disímiles como Retiro, Puerto Madero y la Villa 31. Algo similar ocurre con la comuna 7, que cuenta en su interior al residencial barrio de Flores y a la villa 1-11-14.

Un primer aspecto demográfico a destacar es el proceso de feminización de la migración a partir de la creciente participación de las mujeres, especialmente de los colectivos peruano, paraguayo y boliviano en los últimos 30 años. Las mujeres inmigrantes han pasado de constituir el 49,7% en 1980 al 54% en 2010. En el caso de la CABA, la población boliviana se compone en un 51,8% de mujeres y en un 48,2% de varones manteniéndose prácticamente la misma proporción en la Comunas 1 (51,3% de mujeres y 48,7% de varones) y 7 (52,1 de mujeres; 47,9% de varones).

Por otro lado, de acuerdo a la Encuesta Complementaria de Migraciones Internacionales (ECMI) de 2003, se trata de un población compuesta principalmente por personas económicamente activas (77% del total tiene entre 15 y 49 años). Respecto al nivel de instrucción, puede afirmarse que los migrantes provenientes de Bolivia poseen niveles educativos que son en promedio inferiores a los de la población total de la Argentina, y que varían de acuerdo a la localidad de residencia: quienes viven en la CABA y el AMBA presentan mayores niveles educativos que sus connacionales residentes en otras provincias. Para la población de origen boliviano de la CABA, los mayores registros los concentran las categorías de primario completo/secundario incompleto (más del 40%) y secundario completo/terciario o universitario incompleto (alrededor de 35%) con casi un 20% de la población sin instrucción o sin haber completado la escuela primaria.

En relación con las tasas de actividad, en tanto la motivación laboral es central en la migración limítrofe, los migrantes son más propensos a aceptar trabajos y menos selectivos a la hora de acceder a empleos en condiciones más desventajosas dada su situación de vulnerabilidad. De hecho, en las edades más jóvenes y a partir de los 55 años, presentan tasas de actividad superiores a las de la población total argentina. Analizando la inserción ocupacional según rama de actividad, un pequeño grupo de ramas con bajos requerimientos de

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

calificación (construcción, industria manufacturera y comercio) agrupan a casi al 60% de los bolivianos, y casi un 25% se ocupa en la agricultura.

La ocupación que obtuvo la mayor concentración femenina fue el servicio doméstico (29,5%), seguida por el comercio minorista (23%), industria manufacturera -principalmente textil- (14%) y las actividades agropecuarias.

La descripción anterior puede completarse con la variable descuento/aporte jubilatorio, que indica si el trabajo desarrollado por los inmigrantes se efectúa por dentro o fuera de la ley. Al respecto, los datos de la ECMI son concluyentes y reflejan una inserción de carácter altamente precario: a más de tres cuartas partes de la población boliviana no le descontaban ni aportaban para la jubilación. Cabe precisar que esta situación laboral era más grave entre las mujeres y los recién llegados (entre los años 1990 y 2003) que entre los migrantes más antiguos (llegados hasta el año 1969), siendo de un 84% y un 62% respectivamente.

Estas cifras de trabajo precario tienen consecuencias directas sobre otras dimensiones de la inserción socio-laboral de los inmigrantes debido a que los privan de los derechos que tienen los trabajadores a la seguridad social, a la sindicalización, a poseer una cobertura médica y seguros por riesgos laborales, es decir, al conjunto de beneficios sociales que implica el trabajo legal. En la actualidad, se advierte que el 60% de los mayores de 65 años no percibe jubilación ni pensión.

Tal como ocurre con la mayoría de los migrantes en los países de destino y de acuerdo a lo descrito en los párrafos precedentes, la población migrante en la Argentina se inserta, en general, en el estrato más bajo de la estructura ocupacional, accediendo a empleos precarios, con bajos salarios, largas jornadas de trabajo y sin los beneficios extra-salariales del trabajo formal.

Todo lo expuesto anteriormente grafica que en los barrios de Villa 31 y Bajo Flores de la CABA, se concentra una población con características sociodemográficas y culturales particulares, que mayoritariamente no posee cobertura de salud¹³.

¹³ Sólo dos de cada tres migrantes provenientes de Bolivia y tres de cada diez de Paraguay acceden a cobertura por obra social, plan de salud privado o mutual.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Itinerarios terapéuticos

En este trabajo, se propuso una aproximación a las estrategias de solución a los problemas de salud de la población migrante de origen boliviano en la CABA desde una perspectiva que se focalizó en sus itinerarios terapéuticos. El concepto de itinerario terapéutico refiere a las diversas decisiones y acciones llevadas adelante por las personas en presencia de un problema de salud, que involucran diversos saberes y formas de intervención sobre dichos padecimientos. En ese recorrido, el enfermo entra en relación con diferentes actores (su familia, los vecinos/comunidad, diversos curadores, instituciones, etc.) entablando interacciones de gran relevancia para la comprensión de la selección entre las diferentes opciones de tratamiento (Trad et al, 2010).

Gerhardt (2006) indica el modo en que las informaciones y experiencias acumuladas por la familia, que combinan concepciones biomédicas y saberes populares, entran en juego a la hora de evaluar la seriedad del padecimiento y el peso que las relaciones sociales, las instituciones y las representaciones colectivas tienen en la elaboración de los discursos sobre la enfermedad. Si estos factores no fueran tenidos en cuenta, los itinerarios terapéuticos quedarían circunscriptos al ámbito individual y serían pasibles de una interpretación cognitiva. Al considerar las relaciones sociales, se debe tener en cuenta que en toda sociedad hay una distribución desigual de recursos y poder y que la población migrante de origen boliviano en la CABA se acopla en los sectores más bajos de la estructura social, lo que condiciona el desarrollo de sus recorridos en busca de atención.

Menéndez (2009) señala que las personas, usualmente, hacen un uso articulado de las diversas alternativas de atención disponibles. De ahí la importancia de acceder a la voz de los propios sujetos para registrar cada una de ellas, toda vez que permanecerían desconocidas si sólo se tuviera en cuenta el punto de vista de un curador particular.

La comprensión de los itinerarios terapéuticos requiere tener en cuenta el primer diagnóstico que el propio afectado hace sobre su problema, su pronóstico del mismo, la disponibilidad y accesibilidad a las diferentes alternativas de atención, la experiencia con cada opción seleccionada y la evaluación de los resultados obtenidos en esas experiencias. Tal como destacan Trad et al. (2010), estos recorridos involucran hábitos y acciones imprevistas, por lo que no puede establecerse un modelo para clasificar los procesos de selección. Cada uno de

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

ellos deber ser comprendido en el contexto individual, cultural y de relaciones en el que tiene lugar.

2.2 Formas de atención

En toda sociedad, existen una variedad de formas de atención de problemas de salud basadas en distintas concepciones del proceso salud – enfermedad – atención (PSEA) y en diversos saberes que dan fundamento a la intervención sobre los padecimientos.

Tal como señala Menéndez (2009), las condiciones sociales, económicas, políticas, religiosas, étnicas y de desarrollo científico-tecnológico que caracterizan una sociedad dada constituyen el marco en el que se desarrollan y existen las diversas posibilidades de atención. En esta coexistencia se plantean relaciones de hegemonía – subalternidad, plasmadas en distintos grados de visibilidad y de adhesión por parte de los distintos actores sociales.

Al decir del antropólogo argentino se ha consolidado, en general, una visión antagónica y excluyente entre los saberes presentes en determinada configuración social, basada sobre todo en los discursos de los curadores de cada uno de ellos. Mientras tanto, a nivel de las prácticas de los sujetos y conjuntos sociales que buscan solución a sus problemas de salud hay una tendencia a la integración de las formas de atención.

De ahí la importancia, siguiendo a este autor, de identificar y analizar esas formas a partir de lo que dicen y hacen los sujetos sociales ante la constatación de un padecimiento, ya que de ese modo es factible identificar todas (o la mayoría de) las formas de atención disponibles en un contexto determinado, así como la utilización articulada de esos saberes.

Desde ese punto de vista, reconoce distintos tipos de saberes y formas de atención: - de tipo biomédico, implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los sistemas público y privado de salud; - de tipo alternativo o new age, que incluye sanadores, bioenergéticos, etc.; - de tipo popular y tradicional, expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, yerberos, shamanes, etc.; - saberes provenientes de otras tradiciones médicas: acupuntura, medicina ayurvédica, etc.; - saberes de autoatención, que se expresan a través de dos tipos: a) el grupo doméstico y b) organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos (Alcohólicos Anónimos, clubes de diabéticos, etc.). No se trata de un modelo inamovible, sino que supone que, además de operar de forma específica, estos saberes se combinan en formas híbridas.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Las dos formas de atención más ampliamente difundidas en las sociedades occidentales son la autoatención y la biomedicina.

2.2.1 La autoatención

Es la actividad nuclear y sintetizadora de las diversas formas de atención que los sujetos y grupos sociales llevan adelante en relación con el PSEA. Refiere a “(...) las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención” (Menéndez, 2009, p. 52).

Entendida en un sentido amplio, esta noción alude, para este autor, a las formas de autoatención necesarias para asegurar la reproducción biológica y social de los sujetos y grupos, principalmente a nivel doméstico, incluyendo además de las acciones en relación con los padecimientos, las actividades de preparación y distribución de los alimentos, la limpieza de hogar y del ambiente inmediato, el aseo del cuerpo, la obtención y uso del agua, etc. El sentido restringido refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al PSEA.

La autoatención es con frecuencia identificada con automedicación desde el sector salud, aunque esta última sólo es un aspecto de aquélla. Además, la automedicación no sólo incluye las decisiones de utilizar medicamentos provenientes de la industria químico – farmacéutica, sino también infusiones de hierbas, alcohol y otras sustancias, y actividades como cataplasmas, ventosas, masajes, aplicación de ungüentos caseros, etc., para hacer frente a los padecimientos.

El autocuidado, comprendido como “las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva” (Menéndez 2009, p.54) es un concepto desarrollado desde la biomedicina a partir del concepto de estilo de vida, y también es utilizado análogamente al de autoatención. La diferencia radica en el énfasis individual del autocuidado, que apunta a la reducción de las conductas de riesgo de las personas relacionadas con su estilo de vida (hábito de fumar, dieta, etc.), en contraste a la referencia grupal que caracteriza a la autoatención.

Ante la instalación de una dolencia, la autoatención es generalmente la primera acción que el sujeto y su entorno realizan para hacerle frente, sin recurrir a ningún curador profesional

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

aunque usualmente incluya consultas a familiares, amigos y vecinos. A partir del resultado de esta intervención inicial, el sujeto y su grupo íntimo pueden decidir acudir o no a un curador profesional de las formas de atención que conocen y aceptan, determinación que también forma parte del proceso de autoatención. Esta decisión se hace desde determinados saberes y experiencias y en el marco de un contexto sociocultural determinado pero no de manera autónoma, sino como un proceso transaccional entre los sujetos y grupos y las formas de atención disponibles y conocidas. Las posibles respuestas a los padecimientos incluyen desde no hacer nada o sólo hablarlo con alguien, la utilización de remedios caseros, la automedicación hasta la decisión de acudir a un curador profesional. Pero la autoatención no sólo tiene que ver con la actuación frente a los problemas de salud, sino también con la utilización de sustancias y tratamientos con el fin de lograr un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral (Menéndez, 2009).

Todas las acciones que forman parte del proceso de autoatención suponen “(...) la existencia de un saber respeto del PSEA dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionarios o tipos de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padeceres, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención” (Menéndez, 2009, p.58).

El proceso de autoatención, finalmente, es un proceso estructural, permanente y en constante transformación, y conforma uno de los desarrollos que aseguran el proceso de producción y reproducción biológica y sociocultural de los sujetos y grupos sociales. El grupo doméstico es el ámbito en el que se da la mayor frecuencia de enfermedades, se inicia el itinerario terapéutico y donde tiene lugar la mayoría de acciones de detección, diagnóstico, actividades de atención y curación de los padecimientos. En este espacio, es la mujer la encargada de realizar la mayoría de las actividades específicas del PSEA (Menéndez, 1992).

2.2.2 La biomedicina

Es la forma de atención que, luego de la autoatención, más se expande en los países occidentales. Se caracteriza por el biologicismo, que constituye la base de la fundamentación del diagnóstico y el tratamiento, es el principal punto de diferenciación con las otras formas de atención y el principal responsable de la exclusión de los procesos y factores históricos, sociales

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

y culturales del PSEA.

Menéndez (2009) señala algunas limitaciones de esta forma de atención: las características dominantes de la relación médico – paciente en la actualidad que apuntan a una reducción progresiva del tiempo que dura esa relación (especialmente el otorgado a la palabra del paciente) y la desaparición de la anamnesis médica asociada al reemplazo del análisis de los signos y síntomas por la utilización de las pruebas diagnósticas objetivas.

2.2.3 La medicina tradicional

Seguimos al antropólogo argentino, cuando en otro de sus trabajos (Menéndez, 1994), recomienda una serie de cuidados epistemológicos al momento de estudiar la medicina tradicional.

En primer lugar, no debe ser analizada en abstracto sino en relación con el sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza una serie de representaciones y prácticas que corresponde no sólo a esta forma de atención, sino a distintos saberes que redefinen el significado y el uso de la “medicina tradicional”.

En segundo lugar, es necesario explicitar qué se entiende por el término “tradicional” dado que ha adquirido una significación ideológica más que técnica, dominada por un enfoque tipológico, que varía de acuerdo a la posición tomada respecto de los tipos. Cuando se aborda lo tradicional desde lo moderno, se postula el eventual desarrollo de lo tradicional pero siguiendo el mismo derrotero o, desde el polo opuesto, se establece una autonomía de cada uno de los tipos, a partir de la cual lo tradicional no es influenciado por transformación alguna.

En tercer lugar, tener presentes tres confusiones usuales (para no caer en ellas) en los estudios sobre medicina tradicional, que se alejan del análisis relacional, y que la definen: a) simplemente refiriéndola a los grupos que son considerados “tradicionales” a priori (grupos étnicos amerindios, campesinado indígena, criollo, mestizo, etc.), lo que puede llevar a ignorar que en todos los grupos (“tradicionales” o no) se desarrollan representaciones y prácticas “tradicionales”; b) considerarla como opuesta o antagónica a la medicina científica y, así, desconocer las múltiples articulaciones que tienen lugar entre las dos; c) entenderla como no modificable o invariable, lo que remite a una concepción esencialista que supondría la existencia de una serie de atributos necesarios que constituyen lo “tradicional” y le dan entidad.

En base a lo expuesto, nos proponemos registrar las diversas representaciones y prácticas provenientes de las distintas formas de atención que las mujeres migrantes sostienen

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

al momento de enfrentar los problemas de salud que las afectan, y el modo en que son articuladas y sintetizadas en los contextos concretos generando un saber particular, el propio, que no puede ser definido en términos de tradicional o científico.

Las prácticas y representaciones correspondientes a la medicina tradicional son aquellas expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. (Menéndez, 2009)

Debemos señalar también los saberes y formas de atención alternativa o new age (que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.) y los devenidos de otras tradiciones médicas, como la acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.

2.3 Proceso migratorio

Uno de los problemas que presenta la medición del fenómeno migratorio es la falta de acuerdo en torno a las definiciones teóricas y metodológicas de las migraciones, que obstaculiza la formulación de comparaciones a nivel regional e internacional.

En algunos países, se considera migrantes a las personas nacidas en el extranjero que en algún momento inmigraron al país de residencia, mientras que en otros la definición alude a las personas de nacionalidad extranjera residentes en la misma situación. Si bien a primera vista parecen definiciones equivalentes, la segunda perspectiva no considera migrantes a quienes son extranjeros pero obtuvieron la nacionalidad del país de residencia (Dumont y Lemaître, 2005).

Los censos nacionales de población son la principal fuente de información migratoria y basan, en general, su medición de la migración internacional a través de la cantidad de personas nacidas en el extranjero. Debemos señalar aquí que, en América Latina, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) lleva adelante desde 1970 el proyecto IMILA (Investigación de la Inmigración Internacional de Latinoamérica) con el propósito de recoger y sistematizar los datos sobre migraciones internacionales de los censos llevados a cabo en los distintos países de América. De todos modos, la información de base censal también presenta algunas limitaciones. Por ejemplo, la imposibilidad de distinguir la condición jurídica del migrante, de conocer su trayectoria migratoria, su motivación, etc. (Martínez Pizarro, 2009).

En nuestro país, las principales fuentes nacionales de datos sobre migraciones internacionales son el Censo Nacional de Población (tal como se adelantó), la ECMI, la Dirección Nacional de Migraciones y la Dirección Nacional de Población (ambas dependientes

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

del Ministerio del Interior y Transporte de la Nación).

El modo de registrar la migración por parte del censo sigue las Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales de Naciones Unidas (1998) que considera migrante internacional a la persona que reside en un país diferente al de residencia habitual por un período no menor a un año. Esta definición deja fuera a los turistas y viajeros por motivos comerciales, por peregrinación religiosa o para recibir tratamientos médicos ya que, en estas situaciones, no cambia el país de residencia habitual. Además, entiende que una persona es residente en un país cuando ha permanecido en él durante la mayor parte del año anterior o lo ha hecho por un período más breve y prevé regresar dentro de los 12 meses para vivir en él.

La misma publicación distingue entre migrantes de largo y corto plazo. Los primeros se trasladan por un período de por lo menos un año a un país distinto de aquél en que se tiene residencia habitual, de modo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual. Los últimos, lo hacen por un período menor a un año, salvo en el caso de traslados por ocio, vacaciones, negocios, peregrinación religiosa o para recibir algún tratamiento médico.

De todos modos, ante la sospecha de que la variable tiempo pudiera influir tanto en el conocimiento de las formas de atención disponibles como en la formación de vínculos y redes de contactos y estos a su vez afectar las estrategias en la búsqueda de atención en salud, incluimos una mujer migrante de origen boliviano recién llegada a nuestro país (15 días) y personas con distinta antigüedad migratoria.

Más allá de todo lo antedicho, nos parece importante señalar nuestro posicionamiento político respecto a la migración. Sin importar la antigüedad del proceso migratorio y dejando a un lado todas las precisiones de la definición de migrante, consideramos a todas las personas residiendo fuera de su país sujetos de derechos.

2.4 Interculturalidad

Todo proceso migratorio implica la confluencia de por lo menos dos culturas diferentes, entendidas éstas, laxamente, como las formas o modelos en que una sociedad regula el comportamiento de las personas. Se trata de un concepto que ha generado un intenso debate dentro de las ciencias sociales desde sus inicios, en el que no nos adentraremos. Sólo señalaremos algunas perspectivas para esquematizar los aspectos, a nuestro criterio, más productivos para la investigación que nos proponemos realizar.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

La definición clásica de Tylor (1871) entiende a la cultura como ese todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todos los otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre en cuanto miembro de la sociedad y que son, agregamos nosotros, incorporados por el individuo mediante el proceso de socialización. Al respecto, Schröder (2009) señala que la debilidad del concepto de cultura radica en que abarca la totalidad de la realidad, lo que diluye su valor cognitivo: “Si todo se ha vuelto cultura, ya no es posible acordar ningún punto de vista a partir del cual pudiera pensarse una teoría de la cultura. El punto de vista mismo es una variable cultural, el punto ciego de la teoría” (p. 9). La discusión contemporánea, continúa este autor, oscila entre la propuesta de renunciar totalmente al concepto y los intentos de definirlo nuevamente para salvar la perspectiva de la observación y de la distancia crítica, trasladando la discusión al interior de la cultura.

Said (2009) entiende que la cultura es siempre histórica, anclada en un lugar, un tiempo y una sociedad determinados, y supone la confluencia de diferentes definiciones, estilos, cosmovisiones e intereses en pugna. Pero, más que su interés en ella y su grandeza, señala que lo interesante de una cultura es su relación con otras culturas, un aspecto fundamental que nos proponemos registrar en esta investigación a partir de los itinerarios terapéuticos de los migrantes.

Una noción que permite dar cuenta de esta confluencia es la de interculturalidad, un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural, pero que también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, y que propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

Walsh (2001, 2002) distingue entre multi, pluri e interculturalidad, todos ellos conceptos referidos a la diversidad cultural y que, con frecuencia, son utilizados como sinónimos. Cada uno de ellos alude a distintos modos de conceptualizar esa diversidad y a desarrollar prácticas relacionadas con ella en la sociedad y sus instituciones.

De acuerdo a la autora, el concepto de multiculturalidad es eminentemente descriptivo y se refiere a la multiplicidad de culturas que existen en un determinado espacio, sin que necesariamente exista relación entre ellos. Es una noción utilizada principalmente en Estados Unidos y Europa donde conviven los nativos con diversos grupos de migrantes y se entiende como relativismo cultural, es decir, culturas separadas sin relación.

El término pluricultural, en cambio, es el referente más usado en América Latina surgido

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de la necesidad de un concepto que refleje las características peculiares de la región, donde pueblos indígenas y afrodescendientes han convivido por siglos con blancos y mestizos en un devenir que ha incluido tanto el mestizaje como la resistencia y, más recientemente, la revitalización de las diferencias. La diferencia entre la multi y la pluriculturalidad, señala, es pequeña y sutil: mientras aquella apunta a la existencia de diversos grupos culturales que permanecen separados en la práctica social y política, ésta indica la convivencia de culturas compartiendo el espacio territorial, aunque sin una profunda interrelación equitativa (Walsh, 2001; Walsh, 2002).

Finalmente, destaca que la interculturalidad refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales y busca desarrollar una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes que reconozca y parta de asimetrías (sociales, económicas, políticas y de poder) y de condiciones sociales que restringen la posibilidad de que el “otro” sea considerado sujeto de identidad, de diferencia y de capacidad de acción. La interculturalidad es una meta a alcanzar a través de prácticas sociales concretas y conscientes (Walsh, 2001; Walsh, 2002).

El debate sobre la interculturalidad incluye posiciones y puntos de vista políticos y culturales divergentes que van desde, por un lado, la naturalización de las relaciones entre colectivos dentro de la matriz estatal y, por el otro, la exposición del carácter conflictivo de esas relaciones a partir de una concepción de cultura como arena de lucha por el control de la hegemonía política y cultural (Diez, 2004).

En el ámbito específico de la salud, Lerín Piñon (2004, p.118) entiende por interculturalidad “(...) a las distintas percepciones y prácticas del proceso salud – enfermedad – atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos”.

Alarcón (2003), por su parte, señala que en el concepto de cultura confluyen una dimensión ideacional o cognitiva que condensa el mundo simbólico de las personas (pensamientos, conocimientos, creencias adquiridas a través del lenguaje, etc.) y una material, que alude a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales, etc. En el campo de la salud estas dimensiones se articulan en un modelo médico que da consistencia al modo en que pacientes y profesionales explican el fenómeno de salud y enfermedad, las prácticas, etc.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Los sistemas médicos son construcciones culturales que se originan en base a necesidades de un entorno social específico en las cuales la autora distingue dos dimensiones. La primera de ellas es la conceptual, determinada por la cultura de pacientes y profesionales, y corresponde a modelos que explican la enfermedad. Está compuesta por dos elementos estructurales: los axiomas o principios epistemológicos que fundamentan la práctica, y los mecanismos de validación (en el caso de la biomedicina, los experimentos científicos, las pruebas clínicas, etc.; para los chamanes, las apariciones, los sueños, etc.) Todo esto implica que diferentes percepciones de un mismo fenómeno concluyen en diversas explicaciones sobre la enfermedad (Alarcón, 2003).

La dimensión conductual, finalmente, reúne -según esta autora- a los procedimientos, las acciones y los agentes que utiliza determinado sistema médico para obtener determinado resultado.

De todos modos, debe también indicarse que existe una diferencia de poder entre los distintos sistemas médicos, por la que en la mayoría de las sociedades la biomedicina ostenta el sitio hegemónico. Asimismo, en el encuentro de los marcos culturales de los migrantes y de los profesionales del sistema de salud, también existe una preeminencia por parte de los nativos. Es decir, que el encuentro entre culturas no se da en el vacío, sino en un escenario concreto atravesado por las relaciones de poder ya mencionadas que condiciona las características que adquiere ese vínculo en cada contexto.

2.5 Representaciones sociales

El concepto de representación social es una reformulación realizada por Moscovici desde la psicología social a la noción de representaciones colectivas acuñada por Durkheim desde el campo de la sociología. Moscovici señala algunas diferencias entre ellas (Moñivas, 1994): en primer lugar, mientras que las representaciones sociales implican una construcción social del conocimiento por parte de los sujetos, las representaciones colectivas durkheimianas son formas de conciencia impuestas por la sociedad a los individuos. En segundo lugar, las representaciones colectivas, al tener una dimensión cognitiva en su generación, estabilizan los marcos de palabras e ideas, funcionando como sistemas de información (modelos, esquemas) de las producciones humanas (arte, ciencia, etc.) Finalmente, al ser aprendidas en el contexto de las comunicaciones sociales, las representaciones son estructuras dinámicas, flexibles y dinámicas lo que las aleja de las representaciones colectivas (Spink, 1993).

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Esta noción cabalga sobre la clásica y conflictiva relación entre individuo y sociedad y el modo en que ésta encarna en las acciones y pensamientos de los sujetos sociales, por lo que debe ser abordada como el producto y el proceso de una elaboración psicológica y social de lo real. Esta situación encierra un doble peligro: reducirla a un mero acontecimiento intraindividual, donde lo social aparece de modo accesorio, o diluirla en fenómenos culturales o ideológicos que transforman al individuo en una simple caja de resonancia (Jodelet, 1985).

Moscovici “entiende las representaciones sociales como sistema(s) de valores, ideas y prácticas con dos funciones dobles; primero, establecen un orden que capacita a los individuos para orientarse en su mundo material y social y dominarlo, y segundo, hacen posible la comunicación para tomar parte entre los miembros de una comunidad proveyéndoles de un código para el intercambio social y de un código para nombrar y clasificar de manera precisa los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y de grupo” (Moñivas, 1994, p.411). Jodelet (1985, p.474), por su parte, las concibe como “(...) modalidades de conocimiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal.”

Al ser socialmente elaboradas, contribuyen a la formación de una realidad común que posibilita la comunicación. Deben ser comprendidas a partir del contexto en que son producidas, de las comunicaciones mediante las que circulan y de las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás (Jodelet, 1985).

Spink (1993) destaca tres funciones de las representaciones sociales: la orientación de las conductas y las comunicaciones (función social); la protección y legitimación de identidades sociales (función afectiva); y la familiarización con la novedad (función cognitiva). En esta última función se hacen evidentes los dos principales procesos involucrados en la formación de las representaciones sociales según Moscovici: el anclaje, por medio del cual insertamos lo extraño o lo desconocido en el pensamiento ya constituido (en representaciones ya existentes), y que es realizado en la realidad social vivida (no es un proceso intraindividual); y la objetivación, que es el proceso por el cual las nociones abstractas se transforman en algo concreto, casi tangible, tan vívido que asume el carácter de una realidad externa.

Esta autora, siguiendo a Jodelet, subraya la importancia de la definición precisa del aspecto a ser abordado en el estudio de las representaciones sociales, y señala los dos ejes principales en este campo de estudios que suponen distintas acepciones del término: - como formas de conocimiento práctico orientadas a la comprensión del mundo y a la comunicación;

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

- como elaboraciones, construcciones de carácter expresivo, de sujetos sociales con respeto a objetos socialmente valorados.

Los estudios referidos al primer eje se insertan entre las corrientes que estudian el conocimiento del sentido común, y tienen dos maneras de adentrarse en el tema: en la primera, lo que está en discusión es el estatuto del conocimiento, su naturaleza y sus presupuestos epistemológicos; en la segunda, el énfasis está en la funcionalidad de este conocimiento práctico (Spink, 1993).

El segundo eje, remite a la actividad del sujeto en la construcción de las representaciones sociales, teniendo en cuenta que éste no es sólo el producto de determinaciones sociales ni un productor totalmente independiente. Las representaciones sociales son siempre construcciones contextualizadas, resultado de las condiciones en que surgen y circulan. Se trata de construcciones, porque son siempre representaciones (no reproducciones) de un sujeto sobre un objeto, relación que siempre está mediada por categorías históricas y subjetivamente engendradas (es un abordaje netamente constructivo). El presente trabajo se inscribe en esta perspectiva con el objeto de indagar las representaciones sociales acerca de la salud, la enfermedad y la atención de los problemas de salud, como parte del marco de referencia que tienen los sujetos al momento de tomar decisiones ante la instalación de un padecimiento.

2.6 Derecho a la salud

Se trata de uno de los conceptos que atraviesa el presente trabajo en tanto el devenir de los itinerarios terapéuticos está íntimamente relacionado con la posibilidad que tienen las personas de acceder a alguna forma de atención de los problemas de salud, especialmente de aquellos que no pueden resolver dentro del grupo doméstico.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

La vigencia de este derecho obliga a los Estados a generar las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible, incluyendo la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud es mucho más amplio que el mero derecho a estar sano.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Se encuentra consagrado en muchos tratados internacionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. La Constitución de la Nación Argentina (1994) otorga a la mayoría de estos pactos y tratados rango constitucional¹⁴, por lo que son de plena aplicación en el país.

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) señala en su artículo 25° que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...).”

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948) expresa en su artículo 11°: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de toda las Formas de Discriminación Racial (1965) apunta en su artículo 5° el compromiso de los Estados a eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, y particularmente señala, entre otros, el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), declara en su artículo 12° que “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” recomendando, a continuación, una serie de medidas a adoptar para lograr la plena efectividad de ese derecho.

Quien supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. En 2000 emitió la Observación General N° 14 sobre el derecho a la salud sosteniendo que abarca no sólo a la atención de salud oportuna, sino también a los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Esa misma Observación entiende que el derecho a la salud implica cuatro elementos: a)

¹⁴ Art. 75, inc. 22 de la Constitución de la Nación Argentina.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

disponibilidad (se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud); b) accesibilidad (los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas dentro de la jurisdicción del Estado Parte, incluyendo la ausencia de discriminación, la accesibilidad física, la económica y el acceso a la información); c) aceptabilidad (todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida); d) calidad (los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad).

Este documento sostiene además que, al igual que el resto los derechos humanos, el derecho a la salud impone obligaciones a los Estados como son la de respetar (abstenerse de interferir en el disfrute de este derecho), proteger (adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en ese mismo disfrute) y cumplir (adoptar medidas positivas para dar plena efectividad a este derecho). Deben adoptar medidas que permitan realizar progresivamente el cumplimiento de estas obligaciones, hasta el máximo de recursos de que dispongan. Aquí es importante plantear la diferencia entre los países que no cuentan con los recursos suficientes para cumplir estos requerimientos y aquéllos que no lo hacen pese a disponer de los medios necesarios.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador - 1988) reproduce literalmente, en su artículo 10º, el citado artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, agregando que los Estados Parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y a adoptar una serie de medidas en este sentido. Entre ellas, la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y en situación de mayor vulnerabilidad.

Las otras normas que completan el marco legal vigente referido al derecho a la salud de los migrantes en la CABA son:

La nueva Ley de Migraciones N° 25.871, promulgada en el año 2004 y reglamentada por el Decreto 616/2010, se refiere particularmente a la salud (aunque lo mismo se aplica para la educación y demás derechos sociales), cuando sostiene que en su artículo 8º “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria.” La reglamentación de este mismo artículo deposita en el Ministerio de Salud la responsabilidad por el dictado de las normas y la disposición de las medidas necesarias para garantizar a los extranjeros, aun en situación de irregularidad migratoria, el libre acceso a la asistencia sanitaria y social. Por otra parte, señala claramente que la identidad de aquéllos podrá ser demostrada mediante la documentación extendida por las autoridades de su país de origen o consulados en nuestro país.

La Constitución de la CABA (1996) refiere en el artículo 11° al derecho a ser diferente y condena toda forma de discriminación basada en cualquier circunstancia (incluidas la etnia y la nacionalidad) que “implique distinción, exclusión, reducción o menoscabo”. Seguidamente declara que la Ciudad promueve la remoción de obstáculos de cualquier orden que limiten la libertad y la igualdad e impidan el pleno desarrollo de la persona y su participación en la vida política, económica y social de la comunidad.

El segundo capítulo del aludido cuerpo jurídico refiere específicamente al tema salud, y sostiene en el artículo 20° que “Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo.”

La Ley Básica de Salud de la CABA N° 153 (1999), por su parte, enumera en su artículo 4° los derechos de las personas en relación con el sistema de salud que incluyen, entre otros, el respeto a la personalidad, dignidad e identidad individual y cultural; la inexistencia de discriminación de orden económico, cultural, social, religioso, racial, de sexo, ideológico, político, sindical, moral, de enfermedad, de género o de cualquier otro orden; la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su proceso salud-enfermedad; el acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso; inexistencia de interferencias o condicionamientos ajenos a la relación entre el profesional y el paciente, en la atención e información que reciba.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Finalmente, la Ley N° 664, promulgada por la Legislatura porteña en 2001, reza en su artículo 1° que “El acceso a los servicios públicos de salud, educación, justicia, promoción y acción social que brinda la Ciudad es de carácter irrestricto. Ninguna limitación a su ejercicio podrá fundarse en razones de origen, nacionalidad, raza, idioma, religión, condición migratoria o social.”

2.7 Accesibilidad

Dentro de los aspectos que implica el derecho a la salud, la accesibilidad merece una consideración especial dado el horizonte que orienta nuestro trabajo.

Este concepto surge a partir de los años 60' en pleno apogeo de la teoría del desarrollo y de la intervención de Estados Unidos en América Latina a través de la Alianza para el Progreso, propugnando una serie de medidas sociales, económicas y políticas con financiamiento estadounidense, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros organismos multilaterales, que favorecerían el desarrollo de la región. El objetivo no declarado era evitar el avance de la influencia de la Revolución Cubana en la región en el contexto de la Guerra Fría. Uno de los ámbitos de intervención sería el de la salud a través de la planificación de los sistemas de salud, y la accesibilidad fue una de las dimensiones a trabajar con el objetivo de hacer llegar los servicios de salud a la población.

Retomando la concepción de accesibilidad del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas que se señaló en el apartado anterior, marcaremos los distintos planos en que tienen lugar los obstáculos que pueden entorpecer la relación entre los usuarios y los servicios de salud.

Las barreras geográficas aluden a la distancia y a los accidentes del terreno/territorio que separan a los usuarios de los efectores. En el caso que nos ocupa, por tratarse de dos barrios de la CABA (un centro urbano con buena infraestructura), esos factores no constituyen, en general, un problema. Las complicaciones se presentan cuando es necesario, en el caso de la Villa 31, trasladar a alguna persona que precisa atención y no puede moverse por sus propios medios (más aun por la noche) ya que es casi imposible conseguir un medio de transporte. Lo mismo se aplica para el ingreso de ambulancias al barrio, tanto por cuestiones de violencia como por la traza y la estrechez de algunos pasajes. La situación es más complicada aún en la noche, ya que los servicios de salud locales no atienden en horario nocturno.

Las barreras económicas refieren a la posibilidad que tienen las personas de hacer frente

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

a los gastos que insume la utilización de los servicios. Esto se aprecia claramente en lo concerniente a la adquisición de medicamentos, aunque también pueden señalarse los bonos que cobran algunos hospitales para atender a los pacientes. Además, deben tenerse en cuenta los costos en transporte para llegar hasta esos establecimientos, dado que con frecuencia las personas deben concurrir en reiteradas ocasiones (o a distintos hospitales) ante la falta de turnos o debido a complicaciones administrativas (a veces intencionales) que les impiden ser atendidos, así como los días de trabajo perdidos (para quienes trabajan).

Relacionadas con algunas cuestiones mencionadas respecto de los obstáculos económicos, las barreras administrativas son aquellas vinculadas con el modo en que están organizados los servicios, los horarios de atención, los requerimientos burocráticos para la solicitud de turnos, derivación a profesionales o centros de mayor complejidad, estudios diagnósticos, acceso a medicamentos, etc.

Las barreras culturales, por último, tienen que ver con las complicaciones en la relación entre los usuarios y los profesionales y administrativos del sistema de salud. Se originan en la mutua falta de entendimiento ocasionada por el idioma, por las distintas percepciones y explicaciones del PSEA y nominaciones de enfermedades y síntomas, la escasa información que se brinda a los usuarios acerca del propósito y la necesidad de algunas intervenciones, el uso de un lenguaje técnico incomprensible para los pacientes, etc. (Alarcón, 2003; Lerín Piñón, 2004).

Comes et al (2004) entienden que la concepción presentada en los párrafos previos considera a la accesibilidad como un problema de oferta, es decir, como la preocupación por la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, y soslaya el papel de los sujetos como constructores de accesibilidad. De este modo, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente tenidos en cuenta por los servicios al pensar los problemas de acceso. A partir de entender la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos, proponen que este vínculo surge de una combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los usuarios. La accesibilidad es comprendida entonces como una construcción, en la que el tipo de encuentro - desencuentro entre ambos actores daría cuenta de la calidad del vínculo. Finalmente, sostienen que son los sujetos quienes construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios.

Nos parece interesante la propuesta de pensar la accesibilidad no sólo desde los servicios (de la oferta) sino también considerar el punto de vista de los usuarios involucrados en esa

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

relación y constituye un avance en la conceptualización del acceso a la salud, siempre y cuando se tenga presente que ese vínculo es asimétrico en lo que hace a la distribución de poder y de la responsabilidad. Tal como se expresara en el apartado sobre el derecho a la salud, es el Estado el responsable de garantizar la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, y quien, encarnado en el personal del sistema de salud, detenta el mayor poder en esa relación.

Entendemos que el concepto de accesibilidad es de de inestimable ayuda para estudiar la relación entre los usuarios y el sistema de salud, así como el impacto que tiene la configuración asumida por esa relación (en cada caso particular) sobre las estrategias que llevan adelante los sujetos al momento de enfrentar sus padecimientos a partir de las alternativas de atención que pueden ser utilizadas en cada contexto.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

3. CONTEXTO DEL ESTUDIO

3.1 La Villa 31

Una de las primeras villas de la Ciudad de Buenos Aires, la Villa 31, presenta dos características que la diferencian del resto de los asentamientos porteños: en primer lugar, su proximidad a la Terminal de Ómnibus de Retiro, de la estación ferroviaria homónima, cabecera de las líneas Mitre, San Martín y Belgrano de ferrocarril, así como de la estación terminal de la línea C de subterráneos y de las innumerables líneas de colectivos que llegan y salen de la zona, que la comunican prácticamente con cualquier punto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del país. En segundo lugar, está establecida sobre terrenos muy próximos a los barrios más caros de la ciudad lo que les imprime un enorme valor económico.

Es por ello que recurrentemente surgen intentos de instalar la discusión sobre su desalojo o traslado debidos a la especulación inmobiliaria para llevar adelante proyectos inmobiliarios, muchos de ellos con el aporte de capitales internacionales. En el sentido opuesto, debe mencionarse un proyecto del Instituto de Espacialidad Humana de la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad de Buenos Aires (UBA) de urbanizar la Villa 31 que fue convertido en ley¹⁵ por la Legislatura porteña en diciembre de 2009. Dicho instrumento legal sostiene en su artículo 9° que la urbanización no implicará desalojo alguno y que a aquellos habitantes cuyas viviendas deban ser relocalizadas se garantizará, en acuerdo con ellos, una solución habitacional similar dentro del territorio a urbanizar.

3.1.1 La Villa 31: desde la “Villa Desocupación” hasta la urbanización

Estos asentamientos se ubican en el barrio de Retiro (Figura 3), sobre el corredor lindante con la Estación Terminal de Ómnibus. El uso del terreno para viviendas se remonta a la década del 30, con la llegada de trabajadores portuarios y ferroviarios en épocas de la gran crisis, cuando el asentamiento se denominaba “Villa Desocupación”. Apenas cinco años después, el general Justo ordenó la demolición de las viviendas precarias.

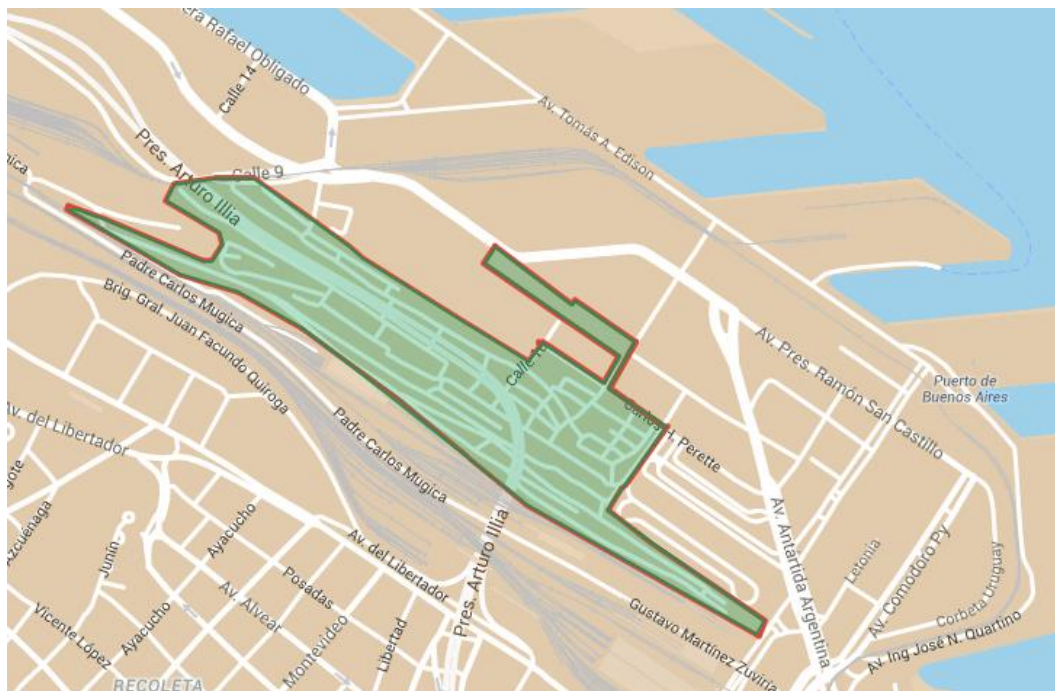
A mediados de los años 40, a partir de la crisis el modelo agroexportador y el incipiente proceso de industrialización, creció progresivamente la migración interna y fue cesando la ultramarina. El Gobierno entonces proveyó viviendas precarias a un grupo de migrantes italianos muy castigado, por lo que ese asentamiento se conocería durante mucho tiempo como

¹⁵ <http://www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley3343.html>. Visitado el 15 de marzo de 2014.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

el “Barrio Inmigrantes”. Paralelamente el gremio La Fraternidad encaró la construcción de viviendas para empleados ferroviarios al costado del Ferrocarril Belgrano, sector que sería conocido como “Villa Saldías”.

Figura 3 – Mapa de la Villa 31. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.



Fuente: elaboración propia en base a Google maps.

A finales de los 50' había ya seis barrios internos y se constituyó la primera “Federación de Barrios y Villas de emergencia” que intercedió entre los vecinos y el Estado para conseguir una serie de mejoras, entre ellas la llegada de la luz, el agua y las cloacas. Durante la década del 60', la Villa 31 y todos los asentamientos crecieron aceleradamente en paralelo con un sentimiento de hostilidad hacia sus habitantes por parte de la población general. En la década siguiente, la situación se radicalizó aún más con la disputa entre diversas agrupaciones políticas por el territorio casi clandestino de la villa. Fue el momento de mayor influencia del Movimiento de Sacerdotes del Tercer Mundo y del Padre Mugica, con una amplia trayectoria de trabajo en el barrio, quien finalmente fuera asesinado en el año 1974. El Gobierno Nacional retomó la idea de la erradicación de la villa y, mientras era desalojado el Barrio Saldías, un grupo de vecinos se dirigió a manifestar frente al Ministerio de Desarrollo Social. Durante la

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

represión, uno de ellos murió, lo que fue interpretado como una traición del Gobierno.

Luego del golpe de 1976 y bajo la intendencia del Brigadier Cacciatore, se decidió erradicar definitivamente las villas de la Capital Federal, culpando por su existencia a los políticos demagógicos que mantenían la situación por su propia conveniencia. También se agitó le idea de que en la villa habitaba el enemigo extranjero indocumentado que venía a sacar el trabajo a los argentinos. Topadoras mediante, se desalojó la villa y se demolieron las casas, trasladando a sus habitantes en camiones hacia el conurbano bonaerense.

A partir de 1983, el gobierno avaló informalmente una nueva ocupación de esos terrenos derogando, además, todas las normas que apuntaban a la erradicación de la villas. La intendencia de Jorge Domínguez, durante la presidencia de Carlos Menem, trajo varias novedades a la villa: la primera, la construcción de la Autopista Illia que pasaría justo por el medio del asentamiento. Se ofrecieron a los vecinos préstamos y subsidios para dejar sus casas y, a los díscolos que no aceptaron la oferta, les demolieron sus casas con topadores (sí, una vez más). Paralelamente, se concibió el Proyecto Retiro, similar a la recuperación de Puerto Madero. Se realizaría una terminal que combinaría el tren, el subte y los ómnibus, se construirían hoteles de lujo, edificios para viviendas, etc., siempre manejando el paradigma de la erradicación de la villa.

Entre los años 2000 y 2010, la villa fue creciendo pese a la discusión entre distintas líneas políticas (jefaturas de gobierno de Aníbal Ibarra y Mauricio Macri) entre reurbanización y relocalización. Durante la gestión del último, se clausuró un corralón dentro del barrio con el argumento de proteger la seguridad de los vecinos pero a la vez se procuraba impedir la continua entrada de nuevos habitantes para evitar el consecuente crecimiento del barrio. Finalmente, en 2010, la Legislatura Porteña convirtió en ley la urbanización de las villas 31 y 31 bis.

3.1.2 Características sociodemográficas del barrio

De acuerdo al Censo de Hogares y Población llevado adelante por el Gobierno de la Ciudad en el año de 2009 en la Villa 31 y 31 bis, la población total asciende a 26403 personas lo que representa un aumento del 116,3% con respecto al Censo Nacional de 2001, en tanto que el incremento en los hogares, ascendió al 145% (Tabla 2).

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

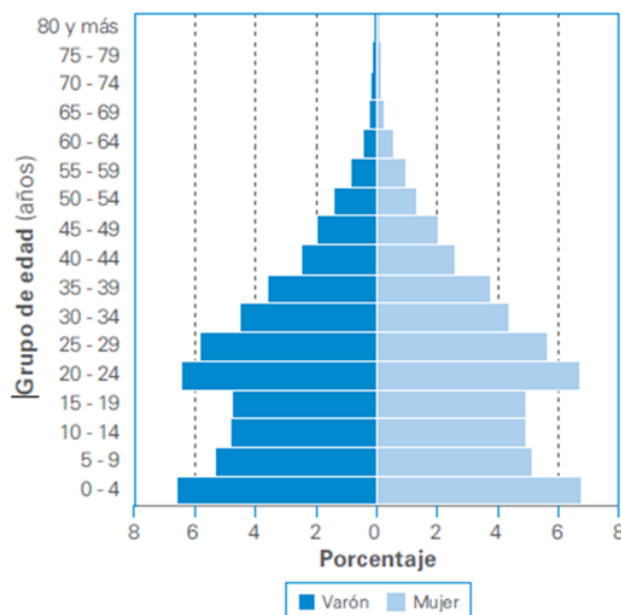
Tabla 2 – Hogares y población residente por villa. Villas 31 y 31 bis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2001-2009

Villa	Hogares	Censo 2001			Censo 2009			
		%	Población	%	Hogares	%	Población	%
Villa 31	2097	64,6	8226	67,4	3736	47	12206	46,3
Villa 31 bis	1147	35,4	3978	32,6	4214	53	14187	53,7
Total	3244	100	12204	100	7950	100	26403	100

Fuente: INDEC, Censo 2001. Dirección Gral. de Estadística y Censos (Min. de Hacienda GCBA). Censo Villas 31 y 31 bis 2009.

El tamaño medio de los hogares es de 3,3 personas por hogar que supera al 2,5 del total de la ciudad (de acuerdo a la EAH 2007 del GCBA).

Figura 4 – Estructura de la población por sexo y grupo de edad. Villas 31 y 31 bis. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2009



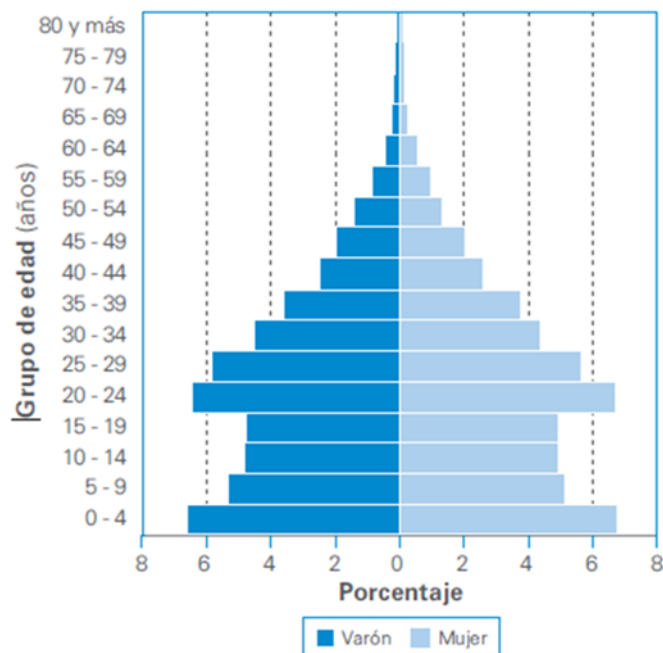
Fuente: Dirección Gral. de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda - GCBA). Censo Villas 31 y 31 bis 2009.

Con respecto a la estructura etaria de la población (Figura 4), la edad promedio de los residentes del barrio es de 23,3 años, casi 16 años más joven que en la Ciudad (Figura 5), diferencia que se acentúa en las mujeres donde llega a los 17,8 años. Los menores de 30 años

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

concentran casi el 68% de la población (en la Ciudad este grupo representa menos del 40%), destacándose el intervalo de 20 a 29 años de edad (24,6%), incluso cuando se lo compara con el resto de las villas y asentamientos de la ciudad. En contraste, los mayores de 60 años agrupan sólo el 2,1% del total de la población del barrio, mientras que en el total de la ciudad superan el 20%.

Figura 5 – Estructura de la población por sexo y grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2009



Fuente: Dirección Gral. de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda - GCBA). Proyección de población

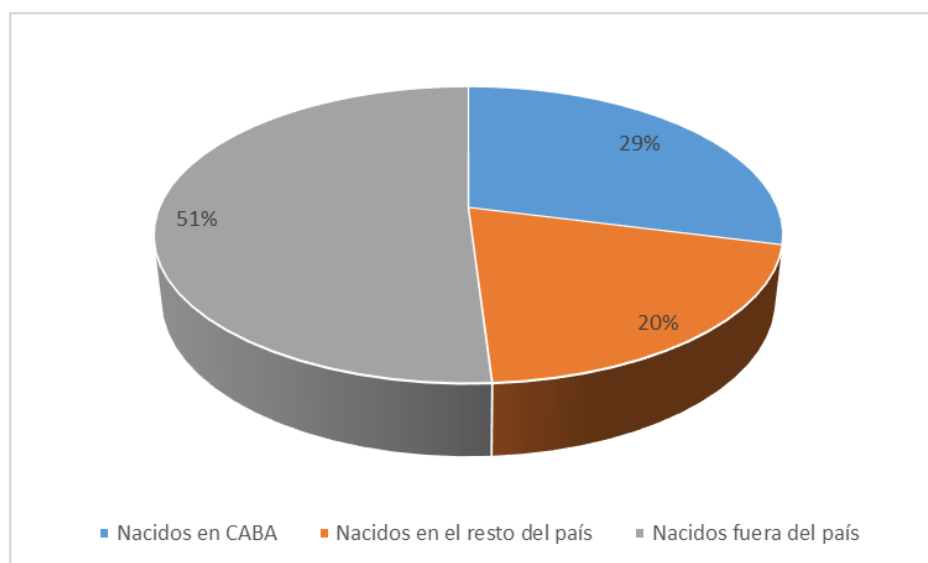
Si nos detenemos en la composición por sexo, las mujeres reúnen el 50,5% (menor al 53,9% del total de la ciudad) resultando en un índice de masculinidad de 98,2 hombres cada 100 mujeres (en la ciudad, 86,3; en el total de las villas, 94,2). Este predominio de las mujeres empieza a expresarse especialmente a partir de los 55 años, llegando a constituir el 66,7% de la población de 80 años y más.

Las personas de la Villa 31 nacidas en el extranjero superan la mitad de la población (51%) mientras que los nativos de la CABA sólo llegan al 29% (Figura 6). El remanente (20%) es nacido en el resto del territorio de nuestro país. Estos datos hablan de una población

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

predominantemente migrante, especialmente si se los compara con los correspondientes al total de la CABA, donde los nativos agrupan el 61,6% de la población y los nacidos fuera del país sólo el 11%. Prácticamente la totalidad de la población nacida fuera de nuestro país (99,3%) proviene de tres países: Paraguay (47,3%), Bolivia (33,9%) y Perú (19,1%).

Figura 6 – Población residente en las villas 31 y 31 bis por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2009.



Fuente: Dirección Gral. de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda - GCBA). Censo Villas 31 y 31 bis 2009.

Es interesante observar que si se compara la población de las villas 31 y 31 bis por su lugar de nacimiento, en la primera predominan los nativos de la CABA (38,6%) sobre los extranjeros (35,1%) mientras que en la última, la población nacida fuera del país (64,3%) es claramente mayoritaria sobre los porteños (21,5%).

Si discriminamos el país de nacimiento entre los extranjeros debemos señalar que el colectivo mayoritario de la Villa 31 ha nacido en Bolivia (15,5%), seguido por los nacidos en Paraguay (13,1%) y en Perú (6,1%). En la Villa 31 bis, se invierten los primeros puestos y se duplica la cantidad de nacidos en Perú (Paraguay 33,4%, Bolivia 17,7% y Perú 12,9%).

El análisis de la composición etaria de las villas 31 y 31 bis teniendo en cuenta el país de nacimiento, muestra un predominio de la población migrante a partir del grupo entre 20 y 29 años de edad manteniéndose en torno del 50% en la Villa 31 y del 80% en la Villa 31 bis. En ésta última, la población extranjera es superada por los nacidos en Argentina sólo en el grupo de 0 a 9 años (Tabla 3).

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Tabla 3 - Distribución porcentual de la población residente por villa y lugar de nacimiento según grupo de edad. Villas 31 y 31 bis. Ciudad de Autónoma de Buenos Aires. Año 2009

Grupo de edad (años)	Villa 31			Villa 31 bis		
	Total	Argentina	Fuera del país	Total	Argentina	Fuera del país
Total	100	64,8	35,2	100	35,3	64,7
0 – 9	100	90,9	9,1	100	73,3	26,7
10 – 19	100	77,8	22,2	100	37,5	62,5
20 – 29	100	51,7	48,3	100	15,3	84,7
30 – 39	100	49,9	50,1	100	18,8	81,2
40 – 49	100	47,5	52,5	100	19,5	80,5
50 – 59	100	51,4	46,7,6	100	23,1	76,9
60 y más	100	47,4	52,6	100	20	80
Ignorado	100	39,6	60,4	100	24,5	75,5

Fuente: Dirección Gral. de Estadísticas y Censos. (Ministerio de Hacienda - GCBA). Censo Villas 31 y 31 bis 2009.

El 31,9% de la población de 5 años y más residente en el barrio asiste a algún establecimiento de enseñanza formal (35,1% en la Villa 31 y 29% en la Villa 31 bis). Quienes ya no asisten pero asistieron alguna vez a algún establecimiento educativo dentro de ese grupo etario suponen el 60%, mientras que el porcentaje de quienes nunca asistieron es alto (1,9% en la Villa 31 y 3,7% en la Villa 31 bis) en comparación con el 0,3% correspondiente al total de la CABA.

El máximo nivel de instrucción alcanzado por la población de 25 años y más de la villa es mucho menor que para el resto de la ciudad: el 19% no completó la escuela primaria y sólo el 2% completó un estudio terciario o universitario.

Para la caracterización de los hogares de la Villa 31, diremos que en el 35,4% de los hogares al menos un integrante es beneficiario de alguna prestación social. El 64,3% posee agua por cañería dentro de la casa, aunque existe un gran contraste entre las villas: 50,2% de los hogares de la Villa 31 bis carecen de agua potable por cañería dentro de la casa mientras que los de la Villa 31 alcanzan el 19,4%.

El régimen de tenencia de la vivienda se toma generalmente como un indicador de la estabilidad residencial ya que expresa la seguridad respecto a la disposición habitacional a lo

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

largo del tiempo, y dicha estabilidad se define a partir del tiempo de residencia y de la situación legal de tenencia u ocupación. Para el tiempo de residencia, los resultados del censo expresan que el 38% de los hogares de quienes residen permanentemente en el barrio lo hace desde el 2005, el 20% entre 2000 y 2004, un 25% en los 90' y el 14% en los 80'. Respecto a la situación legal de tenencia, el 76,9% de los hogares manifiesta ser propietario, el 15,7% inquilino, el 5,9% ocupante por préstamo y el 1,1% ocupante sin autorización. Dado que se trata de terrenos tomados, la condición de propiedad se refiere sólo a la vivienda y no a la parcela.

3.2 Bajo Flores

3.2.1 Bajo Flores: de suburbio de la ciudad al barrio de los talleres textiles

La historia del barrio de Bajo Flores (Figura 7) se remonta a los orígenes mismos de la Ciudad de Buenos Aires. Los dos caminos más antiguos que lo atravesaban, se transformaron en las actuales avenidas Eva Perón, de este a oeste, y Varela, de norte a sur. La ciudad fue avanzando hacia los suburbios mediante el ferrocarril y las líneas de tranvías, mientras paralelamente avanzaba la construcción de viviendas hasta diez cuadras a cada lado de las vías.

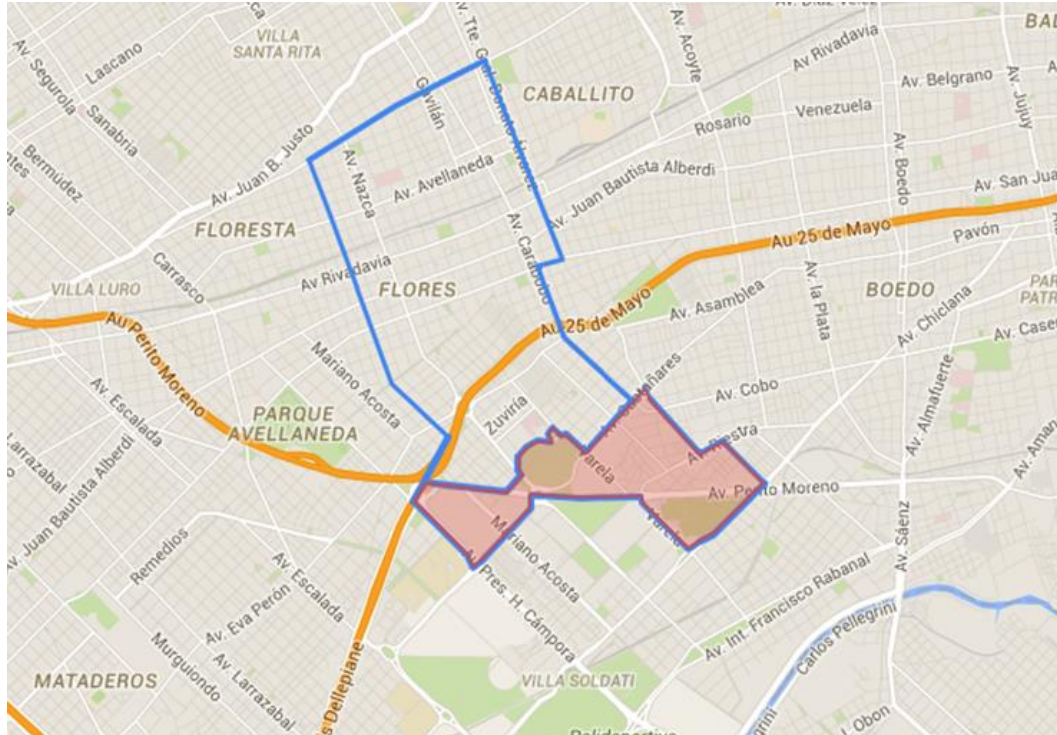
En 1925 la zona experimentó un gran progreso a partir de la construcción de viviendas económicas en el llamado Barrio Varela, entre las actuales Avenidas Varela, Eva Perón, Bonorino y Santander. Es la época en que comenzaron los loteos de las antiguas quintas aún indivisas, con plazos de pagos muy extendidos. La falta de obras de drenaje perjudicó severamente a los compradores, en tanto los numerosos caudales de agua en la zona, especialmente en época de lluvias, buscaban llegar al Bañado de Flores. Los vecinos procuraron moderar los anegamientos mediante el relleno de los terrenos trayendo tierra desde sectores más altos, aunque en ocasiones también se utilizaron cenizas provenientes de la quema de basuras y hasta basura sin incinerar. Ése es el origen, según Prignano (2009), del hundimiento de algunas veredas y rajaduras en casas que aún hoy se pueden observar.

El Cementerio de Flores se emplaza entre las arterias Balbastro, Varela, Castañares y Lafuente. Su ubicación actual es la tercera después de Rivera Indarte entre Rivadavia y Ramón Falcón (camposanto de la primitiva iglesia) y Varela entre Remedios y Tandil, donde hoy se halla un corralón del Ente de Higiene Pública del GCBA.

En 1961, por decreto, dejaron de funcionar los tranvías y el único sucedáneo de ellos, el Premetro, circula desde 1987 por el Bajo Flores, uniendo la Plaza de los Virreyes con Villa Lugano.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 7 – Mapa del Bajo Flores. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015.



El perímetro azul corresponde a los límites del barrio de Flores; la zona sombreada, color rosado, al Bajo Flores. Fuente: elaboración propia en base a Google maps.

La quema de Flores comenzó a funcionar en 1928 en San Pedrito al 1400. Los carros y chatas municipales arribaban a ese lugar hasta el año 1976, en que fue desactivado, para depositar los residuos domiciliarios que diariamente recolectaban en todo el oeste porteño.

La zona del bañado que hasta hace relativamente poco mantenía flora y fauna silvestres, fue invadida paulatinamente por la disposición de residuos municipales hasta convertirse en un basurero a cielo abierto al que concurrían hombres, mujeres y niños para recuperar entre los desechos materiales para vender. Algunos, incluso, se instalaron a vivir allí mismo, en viviendas precarias. En la actualidad, esos terrenos ganados al bañado están ocupados por algunos clubes deportivos como San Lorenzo de Almagro, DAOM (Dirección Autárquica de Obras Municipales) o de Médicos Municipales.

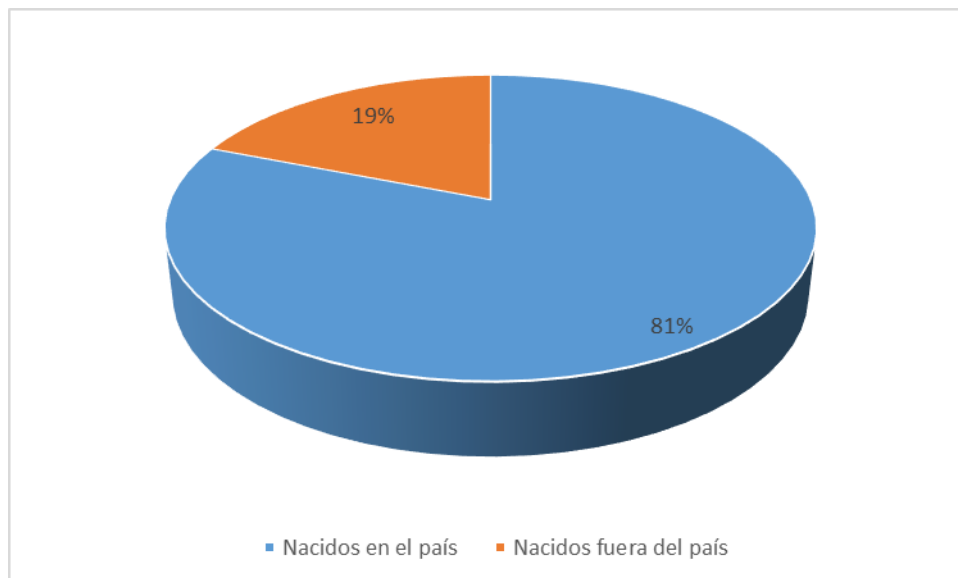
Un aspecto del barrio a señalar, especialmente teniendo en cuenta la población que nos proponemos estudiar, es la presencia de gran cantidad de talleres clandestinos de costura en los que trabajan (y, en algunos, habitan) en paupérrimas condiciones migrantes de origen

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

boliviano¹⁶. Luego del lamentable caso del incendio del taller de la calle Luis Viale en 2006¹⁷ se intensificaron los controles por parte del Gobierno de la Ciudad, lo que motivó el traslado de gran cantidad de esos talleres a partidos del conurbano bonaerense.

El surgimiento de la villa 1-11-14, un componente muy importante del barrio y con alta densidad de población migrante de origen boliviano, data de la década del 40'. La ocupación de estos terrenos se realizó sobre terrenos anegables y, como en la mayoría de los asentamientos, fue progresiva y caracterizada por la ausencia de planificación u organización previa. El gobierno de facto instalado por el golpe militar de 1976 tomó la firme determinación de erradicarla mediante el uso de la fuerza pública, la intimidación y la amenaza, con lo que se impidió la construcción de viviendas nuevas. A partir de 1983, comenzó un paulatino crecimiento poblacional hasta nuestros días, por el que se pasó de 10 mil personas en 1993 a las 30 mil registradas en el último censo.

Figura 8 – Población total de la comuna 7 por lugar de nacimiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2010



Fuente: elaboración propia en base al Censo 2010. INDEC

3.2.2 Características sociodemográficas del barrio

¹⁶ También en otros barrios de la ciudad existen numerosos talleres textiles clandestinos, entre los que se pueden nombrar Mataderos, Liniers y Villa Soldati.

¹⁷ <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-64978-2006-03-31.html>. Visitado el 2 de julio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

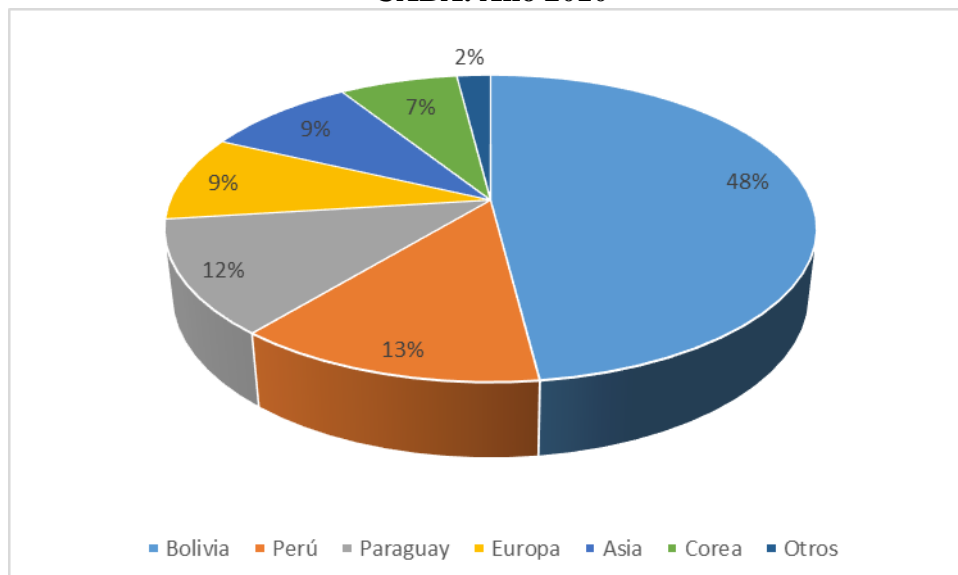
Para caracterizar socio-demográficamente este barrio utilizaremos, dado que no pudimos hallar datos con menor nivel de agregación, los datos del Censo Nacional de Población del año 2010 correspondientes a la comuna 7, que incluye los barrios de Flores y Parque Chacabuco. La población total de la comuna asciende a 220591 personas (lo que supone un aumento del 11,1% respecto del censo del año 2001) de las cuales un 81,4% son nacidas en nuestro país y un 18,6%, en el extranjero (Figura 8).

Si centramos nuestra atención en estas últimas, el 47,8% son nacidas en Bolivia, el 12,9% en Perú y el 12,1% en Paraguay (figura 9).

Con respecto a la composición por edad de la población, más de la mitad es menor de 40 años (56,2%), mientras que los mayores de 60 años reúnen el 20,6%.

Si diferenciamos al interior de la comuna de acuerdo al lugar de nacimiento, esos valores cambian radicalmente: en la población nacida en Bolivia, Perú y Paraguay (Figura 10), el 86,8% tiene entre 15 y 64 años y sólo el 3,1% pasan los 65 años, en contraste con los nacidos en nuestro país que suponen el 62,4% y el 16,5%, respectivamente.

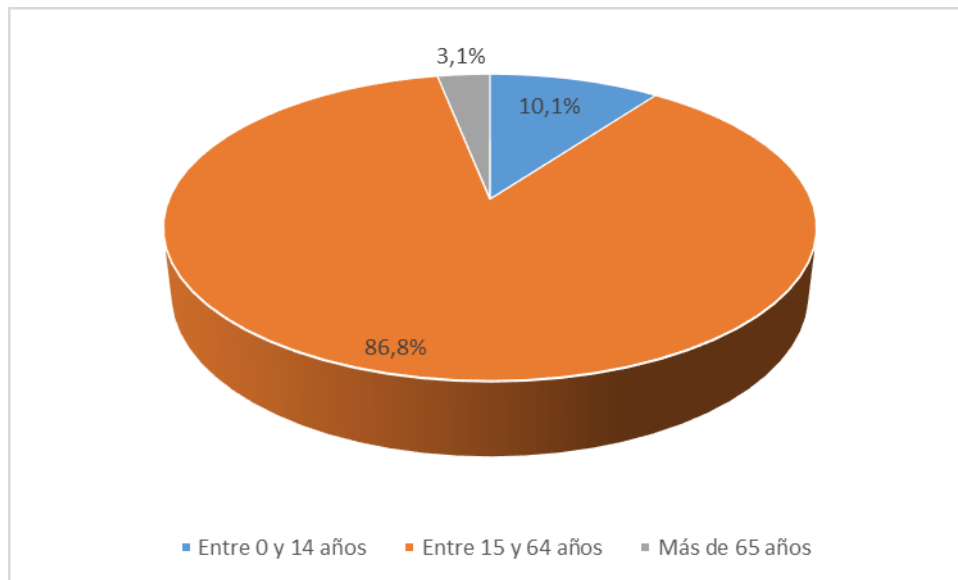
Figura 9 – Población nacida en el extranjero por lugar de nacimiento. Comuna 7. CABA. Año 2010



Fuente: elaboración propia en base al Censo 2010. INDEC.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 10 – Población nacida en el extranjero por edad. Comuna 7. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2010



Fuente: elaboración propia en base al Censo 2010. INDEC.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

4. ACERCA DE LA METODOLOGÍA

Ningún estudio social que no vuelva a los problemas de la biografía, de la historia y de sus intersecciones dentro de la sociedad, ha terminado su jornada intelectual. (Wright Mills, 2003: 26)

4.1 *El diseño del estudio y algunas aclaraciones*

El presente estudio está enmarcado dentro de la llamada tradición cualitativa, en tanto que se propuso recuperar las representaciones, conocimientos, percepciones y prácticas relacionadas con las problemáticas de salud que afectan a las mujeres migrantes de origen boliviano residentes en los mencionados barrios, a partir de su propia voz.

Nos planteamos registrar la diversidad de experiencias y explicaciones, aun en contextos sociales y geográficos compartidos y los puntos de contacto que pudieran tener lugar, tanto dentro de cada barrio como entre miembros de cada una de ellos.

La noción de itinerario terapéutico nos permitió recuperar las alternativas de atención efectivamente utilizadas por estas comunidades, y echar luz especialmente sobre aquellos recorridos que no incluyen al sistema público de salud que, de otro modo, hubieran permanecido desconocidos.

Procuramos reconstruir no sólo lo que se hizo o se dejó de hacer, sino recuperar la perspectiva y las experiencias de los sujetos a lo largo de esos recorridos y el modo en que ellas influyeron en la toma de decisiones, sus descripciones del contexto y las situaciones enfrentadas, así como las reflexiones y sentimientos en torno a lo ocurrido a lo largo de los itinerarios. En varios de los testimonios recogimos opiniones críticas sobre el sistema público de salud y los profesionales que en él trabajan y, para matizar esa perspectiva, debería consultarse a estos últimos. Pero el cometido de la investigación no es emitir un juicio sobre el sistema de salud, sino registrar el modo en que las experiencias y opiniones influyen en las decisiones que construyen cada itinerario terapéutico. El estudio en profundidad de la relación entre los migrantes y el sistema público de salud quedará para una futura investigación.

Al momento de definir sobre qué tipo de problemas de salud se investigarían los itinerarios terapéuticos, intentamos identificar cuáles son los problemas de salud más frecuentes entre las mujeres migrantes de origen boliviano en la CABA relevando diversas fuentes de

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

datos.

Entre ellas, se examinaron los resultados de la EAH del GCBA de los años 2002 a 2013 que, aunque incluye preguntas sobre lugar de nacimiento y problemas de salud sufridos en el último año, no realiza cruces entre esas variables por lo que no se pueden precisar los padecimientos referidos por los migrantes.

También se consultaron: las publicaciones (de 2010 a 2013) de la Dirección de estadísticas e información en salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación; los análisis de situación de salud (ASIS) de la CABA de 2004 a 2006; el informe “Comunas y Regiones Sanitarias 2008”, que analiza la situación sociodemográfica y las causas de la mortalidad de los distintos grupos etarios en las distintas regiones sanitarias de la CABA; y la “Sala de situación 2009 de Infecciones respiratorias agudas” de la misma jurisdicción (estos tres últimos publicados por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA), en los que tampoco encontramos información específica sobre la población migrante.

Además, se buscó información sobre motivos de consulta y/o egresos de los Hospitales Generales de Agudos “Dr. Juan Fernández”, “Bernardino Rivadavia”, “Dr. Teodoro Álvarez” y “Parmenio Piñero”, correspondientes a los barrios en que se realizaría la investigación, y en los informes anuales “Centros de Salud y cobertura porteña de salud – plan médico de cabecera” producidos por la Dirección General de Planeamiento y Desarrollo Sanitario del Ministerio de Salud del GCBA, con la misma suerte.

Esto es congruente con lo sostenido por Goldberg (2009) respecto a la ausencia de información epidemiológica específica sobre la situación de salud y los padecimientos que afectan a la población migrante.

Cerrutti (2007) examina en su trabajo las diferencias que existen en problemas y estado de salud, acceso y uso de los sistemas de salud y conductas preventivas y de riesgo para la salud entre nativos y migrantes en la Argentina, a partir de varias fuentes de datos: la EAH (2002), la Encuesta sobre desarrollo social (EDS) (1997) y la Encuesta de calidad de vida (ECV) (2001), estas últimas relevadas por el SIEMPRO (Sistema de información, evaluación y monitoreo de programas sociales) del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Pero en los datos presentados no se discrimina el país de nacimiento de los migrantes, que son considerados en conjunto. Tampoco se especifican los problemas de salud experimentados, ni los motivos de internación o de consulta a especialistas. La propia autora manifiesta, al advertir que los varones migrantes experimentaron internaciones con mayor frecuencia que sus pares nativos, que

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

“Lamentablemente no contamos con información sobre las razones de internación como para proponer alguna hipótesis sobre dicha diferencia” (p. 25).

Es por todo ello que registramos los itinerarios terapéuticos a partir de la pregunta “¿Cuál fue el último episodio de enfermedad que la inhabilitó para realizar sus actividades cotidianas?” Las actividades cotidianas incluyen tanto los empleos (para las mujeres que cuentan con uno) como las tareas de la casa y cuidado de los familiares (para las amas de casa).

Esta decisión supuso, a nuestro criterio, algunas ventajas. En primer lugar, las entrevistas permitieron el registro de problemas de salud relevantes por el efecto directo de éstos sobre la vida cotidiana de las personas, lo que a su vez entendemos que facilitó el recuerdo por parte de las entrevistadas de los caminos recorridos en busca de solución a dichos padecimientos. En segundo lugar, sospechábamos que si preguntáramos por las trayectorias a partir del (o de los) motivo(s) más frecuente(s) de consulta en el sistema público de salud (en el caso de que contáramos con los datos), sería menos probable registrar los recorridos que incluyeran consultas a formas de atención diferentes a la biomédica. Justamente ése es uno de los aspectos más ricos de la información que nos proponíamos recolectar por tener llegada directa a la comunidad a través de nuestro trabajo en MDM. Además, las entrevistadas deberían cumplir la condición de haber presentado una enfermedad particular para ser incluidas en la investigación. Mediante la pregunta propuesta, en cambio, se amplió el espectro de recorridos posibles y los requisitos para la selección de las entrevistadas fueron más flexibles.

4.2 Sujetos de estudio y técnicas de recolección de datos

Por los motivos expuestos en los párrafos precedentes, decidimos entrevistar mujeres mayores de 18 años que hubieran presentado en el último año un problema de salud que les haya impedido trabajar o realizar sus tareas habituales.

La elección de los sujetos de estudio está basada en el hecho de que la mujer, tal como señalan varios autores -Menéndez (1992); Perdiguero, Tosal (2007); Merino, Marcon (2007)-, es la encargada en el hogar de realizar la mayoría de las actividades relacionadas con el PSEA (detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos, búsqueda de ayuda, etc.) lo que ha llevado a referir una división del trabajo dentro del grupo familiar. A partir de su rol de cuidadoras informales, las mujeres adquieren gradualmente experiencia en todo lo referido al PSEA y una mayor sensibilidad ante la aparición de síntomas o malestares entre los miembros del hogar. En relación con lo antedicho, se ha constatado que son más frecuentadoras de todos

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

los servicios de salud que los varones (aunque especialmente, de los de atención primaria) así como del resto de las formas de atención de problemas de salud. Además del mencionado rol de cuidadora informal, se han esgrimido otras explicaciones que expliquen esta diferencia: la mayor consciencia de las mujeres respecto a la salud lo que las conduce a la utilización de los servicios relacionados con la promoción de la salud; su mayor morbilidad (en comparación con los varones) relacionada con su posición social y los roles sociales que asume; y su mejor predisposición para aceptar ayuda y cumplir las indicaciones de los curadores (tanto biomédicos como de otras formas de atención) (Perdiguero, Tosal; 2007)

También debemos agregar, finalmente, un motivo más pragmático para centrar esta investigación en las mujeres migrantes de origen boliviano: el 90% de las personas que participan de nuestras actividades comunitarias también son mujeres, lo que facilitó sensiblemente el acceso a las entrevistadas.

El recorte territorial tuvo que ver, en primer lugar, con la alta concentración de migrantes de origen boliviano tanto en la Villa 31 como en el Bajo Flores lo que les confiere características particulares e interesantes de ser estudiadas y los convierte en espacios emblemáticos dentro de la comunidad boliviana en la CABA.

En segundo lugar, cada barrio presenta peculiaridades que brindan contextos diversos a los itinerarios de las mujeres estudiadas. Por un lado, la presencia de gran cantidad de talleres textiles clandestinos en el Bajo Flores imprime su estampa en la realidad del barrio y en cuestiones relacionadas con la salud: las experiencias de las mujeres a poco de llegar al país, la situación de explotación, las condiciones de trabajo y su impacto en la salud, el fantasma de la tuberculosis, etc. Por otro lado, en la Villa 31 registramos a partir de nuestras conversaciones informales con gente del barrio y con las mujeres entrevistadas, una situación de violencia mucho mayor de la que percibimos en Bajo Flores (aclaramos que no hablamos de la villa 1-11-14 sino del barrio): rivalidades entre vecinos de diferentes nacionalidades (especialmente entre los de origen paraguayo y boliviano, los más numerosos), ataque y reclutamiento de adolescentes por parte de bandas que trafican drogas en el barrio con connivencia policial, asaltos y robos, desalojos compulsivos a punta de pistola, etc., especialmente (aunque no únicamente) en las horas de mayor oscuridad del día: entre el anochecer y el amanecer. Esto restringe las posibilidades de tránsito durante ese lapso que justamente es en el cual hay que acercarse a los centros de salud para solicitar los turnos y/o salir del barrio para ir a trabajar. El anegamiento de calles y pasajes dentro del barrio los días de lluvia también complican la

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

circulación. Además, el problema de la disposición de la basura y la abundante presencia de animales sueltos sin dueños junto con la preocupación por sus consecuencias para la salud, también fueron temas recurrentes en nuestras conversaciones informales con vecinos del barrio.

En tercer lugar, estos territorios presentan algunas diferencias estructurales que permitieron investigar los recorridos en dos situaciones distintas. La Villa 31 es un asentamiento, con una traza irregular, sin medios de transporte en su interior y sin ningún efector presente en el barrio en horario nocturno (dentro del barrio está el Centro de Atención Primaria de la Salud -CAPS- Ramón Carrillo, pero no atiende por la noche). Dentro del Bajo Flores se encuentra la villa 1-11-14, pero ninguna de las entrevistadas vive en ese asentamiento sino que residen en el sector del barrio con traza tradicional y que sí cuenta con medios de transporte y hospitales con servicio de guardia. Estas disparidades estructurales configuran distintas relaciones con la espacialidad y de vecindad, que intuíamos resultarían en matices entre los itinerarios.

Finalmente, en los dos barrios teníamos una trayectoria de trabajo con el equipo de migración y salud colectiva de MDM, por lo que contábamos con los contactos necesarios para llegar a las entrevistadas y poseíamos conocimiento del territorio.

Entre esos contactos debemos mencionar a Norita, quien se convirtió en nuestra informante clave en la Villa 31. Nos conocimos hace tres años cuando llegamos por primera vez a trabajar al barrio con nuestro equipo. Pese a tener una complexión diminuta y una voz aguda como un silbato, nunca pasa inadvertida tanto por su humor como por la firmeza de sus afirmaciones. Todo es pequeño en su cuerpo. Sus ojos desaparecen cada vez que ríe y es un misterio el mecanismo por el cual el aire ingresa a sus pulmones por los dos mínimos orificios de su nariz no más grande que un garbanzo. Sin embargo, cuando se enoja se convierte en un gallo de riña. La hemos visto en acción. Actualmente, tienen lugar en su casa las reuniones de una organización migrante del barrio, de la cual es una de las referentes. Su conocimiento de las historias de las mujeres de la organización y el afecto y la confianza que despierta en la mayoría de las más antiguas, nos granjeó el acceso a las entrevistas. También nos cedió generosamente su casa para realizarlas, para el grupo focal y para utilizarla como punto de encuentro y referencia en la Villa 31. En los meses que duró el trabajo de terreno nos conocimos más profundamente que en los tres años anteriores a partir de las conversaciones que mantuvimos mientras esperábamos entrevistadas o reuniones, charlas que también fueron muy fructíferas en lo que refiere a información sobre la historia y la actualidad del barrio.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Utilizamos dos técnicas de recolección de datos, una individual y otra grupal. Realizamos entrevistas en profundidad semiestructuradas que, en la mayoría de los casos, incluyeron dos encuentros de alrededor de una hora cada uno. Para confeccionar la guía de entrevista, nos remitimos a los objetivos de nuestra investigación, intentando abordar los temas inicialmente con preguntas más generales, para luego ir especificando y repreguntando a partir de los relatos de las entrevistadas. La primera entrevista sirvió para poner a prueba nuestra guía, que pudimos enriquecer a partir de la experiencia en esa primera cita, incluyendo nuevas preguntas.

La entrevista tiene como objeto acceder a informaciones relacionadas con la reflexión del propio individuo sobre la realidad que vivencia, es decir, a las ideas, creencias, opiniones, sentimientos, experiencias, maneras de sentir y actuar, razones de conductas, proyecciones hacia el futuro, etc. Pero la producción de esa información personal tiene lugar en un encuentro (Valles, 1999), en una interacción que es clave para comprender tanto el acceso al mundo subjetivo del entrevistado como la profundidad de sus revelaciones. En ese mismo sentido Taylor y Bogdan (1987) conciben a la entrevista en profundidad como “[...] reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (p. 101). Estamos convencidos de que una de las tareas germinales para avanzar en el reconocimiento de los derechos de los migrantes es tener en cuenta su voz y que ése es a la vez uno de los aspectos más ricos de esta investigación. Por ello, decidimos incluir citas textuales, aun corriendo el riesgo de que algunas de ellas sean un poco extensas. Tal como se acordó con todas las participantes del presente estudio, todos los nombres de las entrevistadas son ficticios.

Expusimos en los apartados 4.1 y 4.2 los motivos por los que decidimos entrevistar mujeres migrantes de origen boliviano mayores de 18 años residentes en Villa 31 y Bajo Flores que hubieran presentado en el último año un problema de salud y que dicho problema les hubiera impedido trabajar o realizar las tareas domésticas habituales. Llegamos a las mujeres a través de nuestros contactos en esos barrios o por referencia de las propias entrevistadas. La selección de los casos estuvo guiada, entonces, a partir de un muestreo teórico, es decir, de acuerdo a criterios concretos acerca de su contenido en lugar de utilizar criterios metodológicos abstractos, incluyendo los casos de acuerdo a su relevancia en lugar de hacerlo según su representatividad. Y el tamaño final de la muestra se basó en el principio de “saturación teórica”

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

propuesto por Glasser y Strauss, que detiene la incorporación de casos cuando éstos no aportan información o aspectos relevantes sobre el problema de investigación (Taylor y Bogdan, 1994; Flick, 2004).

Para registrar las opiniones grupales llevamos adelante un grupo focal en cada uno de los barrios que investigamos. Se formaron grupos de cinco personas y propusimos temas de discusión puntualizando, cuando nos pareció necesario, preguntas sobre algunos tópicos que surgían a lo largo de la conversación.

El grupo focal es un tipo de entrevista grupal en conjuntos pequeños de no más de 10 personas que apunta a la obtención de información a través de la interacción entre los participantes, para registrar los consensos tanto como explicitar las divergencias. Los grandes desafíos de quien ocupa el rol de moderador son los de focalizar el tema, promover la participación de todos los integrantes del grupo, inhibir a los monopolizadores de la palabra, profundizar la discusión y, sobre todo, obtener información que aporte al cumplimiento de los objetivos de la investigación (Minayo, 2009).

Previo a la realización tanto de las entrevistas como de los grupos focales, se leyó a cada una de las participantes el consentimiento informado que a continuación firmaron, algunas luego de evacuar alguna duda.

4.3 El análisis del material obtenido

Luego de la transcripción de las entrevistas, se realizaron codificaciones en base a los elementos temáticos relevantes respecto del problema de investigación (datos sociodemográficos, trayectoria migratoria, concepción de salud – enfermedad, formas de atención disponibles en Bolivia, alternativas de atención conocidas y utilizadas en cada barrio, caracterización de la experiencia en cada una de ellas, accesibilidad al sistema público, referentes sobre cuestiones de salud consultados, etc.) y sobre cualquier otro aspecto significativo que pudiera surgir de su lectura (en cada una de ellas), registrando las citas textuales correspondientes a esos elementos en cada una de las entrevistas.

Seguidamente, se realizó la lectura de cada elemento temático atravesando todos los testimonios, primero tomando las mujeres de cada barrio por separado y luego en conjunto, para identificar especificidades y peculiaridades tanto como rasgos compartidos tanto entre las mujeres de cada territorio como en el grupo de mujeres considerado como un todo.

El análisis del material proveniente de los grupos focales tuvo un desarrollo similar. Es

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

decir, la transcripción del audio, el registro de las citas textuales relacionadas con los temas de la investigación (representaciones sobre salud – enfermedad, formas de atención en Bolivia, alternativas de atención reconocidas y consultadas en el barrio, la experiencia con cada una de ellas, coincidencias y diferencias entre la atención en Bolivia y Buenos Aires, etc.) y la lectura tomando en cuenta cada barrio por separado, en primer lugar, y luego en conjunto.

Además, se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas Ti para agilizar algunas de las tareas de procesamiento de los datos.

4.4 La transformación del investigador

Una vez aprobado nuestro proyecto de tesis y confeccionadas las guías de entrevista y grupo focal, nos aventuramos en el terreno, ese espacio caótico, impredecible, algunas veces amigable, otras hostil, deseado...

El primer territorio en abordar fue la Villa 31. Muchas veces la visita fue en vano: la entrevistada tuvo que trabajar, cuidar a un familiar enfermo o simplemente olvidó nuestra cita. Aquí contamos con la ayuda imprescindible de Norita, quien no sólo participó del grupo focal, sino que nos consiguió las protagonistas y nos cedió el espacio de su propia casa para las reuniones.

Fuimos en reiteradas ocasiones al barrio y siempre se repetía la secuencia de llegar a Retiro, bajar en el puente 5 de la terminal, recorrer los doscientos metros bordeando la calle enrejada que la separa de asentamiento y enfilarse por la ancha arteria de entrada sembrada de vendedores en sus márgenes, otros doscientos metros pero del otro lado de la reja. El paseo nos deposita en la calle principal, plena de negocios como las avenidas Santa Fé o Rivadavia. Éste es el verdadero ingreso. Verdulerías, peluquerías, corralones, bares, consultorios, venta de ropa, carritos que venden comida. Puede comprarse de todo. El olor a carne asada y bien condimentada es inconfundible, a punto de que se puede estar con los ojos vendados y aun así saber dónde uno se halla. Cada tanto el ingreso de una moto o un auto obliga a los peatones a acercarse a la vera, liberar el paso, y luego volver a la senda.

Este mismo recorrido lo hicimos en verano y en invierno, a la tarde y al anochecer, con sol y con lluvia, con frío y con calor. En cada situación, el ingreso fue diferente, como un cuadro al que se le cambian las luces y las sombras, provocando distintos ánimos en quien lo contempla. El día de la lluvia, casi no pudimos salir del barrio por la cantidad de agua que anegó calles y pasajes.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

La vía principal nos suelta la mano en la comisaria emplazada dentro de la villa y allí dejamos el bullicio para dirigirnos a la izquierda hasta la calle 13 y, por ella, avanzamos unas tres cuadras hasta la casa de Norita. Otra vez el portón, tocar y esperar que haya venido alguna de las señoras.

En este lugar pasaron cosas importantes... Nos pasaron cosas importantes. Tanto como para realizar todo el camino de salida del barrio como una exhalación, sin saber cómo habíamos cubierto la distancia entre la casa de Norita y el puente 5. El viaje en colectivo con la mirada perdida, el malestar residual y una sensación de angustia que se quedó por tres o cuatro días. Habíamos leído en los manuales de metodología que la entrevista es un “encuentro”, pero en la casa de Norita, lo vivimos. Un encuentro que instala en el aire algo de otro orden, se puede percibir. Como cuando un rayo o la lluvia hacen que el cielo y la tierra se tomen la mano. Algo misterioso. Sólo elegimos dos de esos sucesos a modo de ejemplo de lo que queremos expresar, por una cuestión de economía y por tratarse de los más perturbadores.

El primero ocurrió durante el primer encuentro con Elisa. Siempre comenzamos conversando sobre generalidades, la vida en Bolivia, la familia, como un modo de favorecer el diálogo y la confianza. Cuando hablamos sobre qué era la salud, nos confió que para ella era algo muy importante y que no podía enfermarse porque sino, no tendría qué darles de comer a sus hijos. Mientras hablaba le corrían lágrimas por las mejillas pero no había ningún sentimiento asociado, ni siquiera un cambio en el tono de la voz. Se trataba de una reacción fisiológica más, como un estornudo o el hipo. Como si esa sensación, por llevar tanto tiempo presente, estuviera anestesiada y la forma del llanto hubiera perdido su contenido. Pasamos el tema y, como un chubasco, las lágrimas desaparecieron.

Sobre el final de la charla, le consultamos sobre experiencias de discriminación y, luego de compartir algún suceso en un hospital o centro de salud, indagamos, como con el resto de las mujeres, otros ámbitos de discriminación. Ella comenzó a compartir la horrible situación con sus hijas en la escuela que incluimos textualmente en el capítulo 6. Mientras avanzaba con su narración, reviviendo la angustia de ese momento, se puso a llorar desconsoladamente, casi sin poder hablar. Nos sorprendió. La angustia era creciente, a tal punto que el sentimiento de culpa nos empujó a proponerle cambiar de tema y a recordarle, como si sirviera de algo, que aquel episodio era algo del pasado que por suerte ya no ocurriría más. Fue imposible detenerla. Luego de un rato de escucharla nos dimos cuenta de la necesidad de Elisa de compartir su vivencia, de ponerla en juego, de ya no cargarla más en soledad, en definitiva, de hacer catarsis.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Fue como apretar un grano con pus que esputó todo lo que había dentro.

Dos llantos en la misma persona. Uno anestesiado, el otro incontenible. Uno atávicamente presente, el otro cuidadosamente custodiado en la intimidad. Lo que pasó esa tarde no tuvo que ver con Elisa ni con el entrevistador, sino que se fundó en base a los dos como una unidad. Las condiciones de posibilidad de tales eventos no pueden calcularse ni preverse. Podríamos intentarlo diez veces más y seguramente no volverá a ocurrir. Era ése el instante, ese momento, ni de ella ni nuestro, sino de la situación.

El siguiente suceso transcurrió durante nuestro segundo encuentro con Alina. Ella nos había impactado el día que nos conocimos con su narración sobre curanderos y rituales con sangre de animales que fue soltando en cuentagotas. Fue tanteando nuestra reacción y, en base a ella, se fue adentrando en los aspectos más crudos del relato.

Comenzamos la conversación a partir de algunos puntos que quisimos retomar luego de haber transcripto la primera entrevista. Luego de finalizar la charla le ofrecimos a Alina, como lo hicimos con todas las entrevistadas, si quería agregar algo con respecto a todo lo que habíamos hablado, sobre la salud y la enfermedad, etc. y nos dijo que no. Antes de darnos tiempo a responder, tomó nuevamente la palabra para hablar de un hijo de ella con una pareja anterior, que actualmente vive en el barrio pero no en su casa y llamaremos Edgar. El joven, que cuenta hoy unos veinte años, fue criado por la madre de Alina en Bolivia, y llegó a la Argentina cuando tenía unos diez. Luego de un par de años, empezó a reunirse con personas de dudosa reputación y la relación con su madre y su padrastro se volvió conflictiva: no les hacía caso, no colaboraba en la casa, tenía problemas en la escuela y desautorizaba a Alina argumentando que “no era su madre”. En este punto, pensamos que se trataba de un caso de consumo problemático de sustancias pero era, en realidad, algo peor.

Edgar tenía en ese momento doce años y dormía en una habitación junto a sus tres medias hermanas. Alina empezó a experimentar problemas de sueño y una sensación de intranquilidad permanente, algo la perturbaba. Su hija mayor de ocho años, quería dormir en la cama de sus padres y no quería ir a su habitación. A veces, incluso, se escondía debajo de la mesa o en un armario. El marido de Alina la reprendía y la enviaba de regreso a su cama. La situación se prolongó hasta que una noche, nuestra entrevistada decidió intervenir. Tocó la puerta, Edgar preguntó qué quería y ella ingresó de un empujón. Él, desnudo, se refugió en un rincón mientras ella descubría que su hija, debajo de la colcha, tenía la ropa interior a la altura de las rodillas. Casi se desmaya. Como pudo se repuso, tomó a su hija y la llevó a su cama.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Volvió a la habitación de los chicos, echó a su hijo de la casa y no le volvió a hablar.

Alina fue quizás la más tímida de las mujeres que entrevistamos. Contestó la mayoría de nuestras preguntas con monosílabos, requiriendo frecuentemente la re pregunta. Cuando narró la situación que acabamos de referir, habló diez minutos de corrido. Así como Elisa, necesitaba exteriorizar una carga que ya no podía soportar en soledad. La vuelta a casa después de lo relatado fue la más angustiante en mucho tiempo. Luego de consultar con una compañera del equipo de salud y migración del área de salud mental, orientamos a Alina sobre dónde recurrir para lidiar con esta situación y ella nos confió que se había sentido mejor luego de conversar con nosotros.

En las dos situaciones señaladas, nosotros fuimos en busca de los datos, fuimos a “medir” y volvimos transmutados, interpelados, angustiados, cuestionados... y no sabemos cuántas cosas más. Escuchar las historias de estas mujeres, sus luchas y el modo en que lograron salir adelante frente a circunstancias tan adversas puso en perspectiva nuestras propias desventuras y malestares. Lo que sí podemos afirmar es que ya no seremos los mismos que antes de llegar al terreno.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

5. RESULTADOS

“Dédalo, celeberrimo por su ingenio en el arte de construir, ejecutó la obra: enredó las señales e indujo a error a los ojos con la sinuosidad de las vueltas de los diversos caminos. No de modo distinto que el frigio Meandro juega en las líquidas aguas y con su incierto discurrir fluye y refluye y, saliendo al encuentro de sí mismo, mira las aguas que han de venir y ahora hacia las fuentes, ahora vuelto hacia el mar abierto, fatiga sus inseguras aguas; así Dédalo llena de confusión a los innumerables caminos y apenas él mismo puede volver a la salida; tan grande es el engaño de la estancia.” (Ovidio, 1979: 207)

5.1 *El relato de las mujeres*

5.1.1 **Florencia, un itinerario con final abierto**

Florencia lleva impreso en la cara el testimonio de una vida intensa. Los surcos de las arrugas que recorren su cara le agregan una década a sus 57 años. Su relato no tiene ningún apuro, como si sus respuestas estuvieran cocinándose desde hace mucho tiempo en el caldero de su cabeza y surgieran en la charla como llegan a la superficie los ingredientes de un guiso al fuego, lentamente, para luego volver a las profundidades de donde emergieron. Nada de lo expresado parece salir de su boca sin antes de haber pasado varias veces por el tamiz de su pensamiento.

Nació en Molinos, una de las tres pequeñas poblaciones que componen el campamento minero de Caracoles, a unos 400 kilómetros de la ciudad de La Paz (Bolivia) donde llegaba el material proveniente de la mina, y era seleccionado y refinado. La totalidad de sus habitantes trabajaban para la empresa minera, entre ellos su padre, y allí Florencia terminó la escuela primaria. Se considera descendiente aimara

Se trasladó a la ciudad de La Paz junto a su hermana cuando tenía quince años, luego de haber perdido precozmente a sus padres tres años antes. Vivió con ella hasta cumplir los dieciocho años, cuando se independizó y empezó a trabajar comprando y vendiendo mercadería. Este es un aspecto de su vida que se preocupó por subrayar con orgullo: siempre fue independiente.

Luego se casó y tuvo tres hijos y, junto a su marido, puso un restaurante que le aseguraba un pasar sin sobresaltos. Sin embargo, la relación con él fue deteriorándose hasta volverse insostenible cuando comenzó a golpearla. Tuvo que escapar. No hubo otra forma de resolverlo. La familia se fracturó cuando ella se vino furtivamente para Argentina con su hija, y sus hijos varones quedaron con el padre en Bolivia. Florencia tenía 36 años.

Viajó con una de sus hermanas con quien convivió en el barrio de Villa Luro durante al

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

menos cinco años, el tiempo que le llevó habituarse. Como el resto de sus hermanos también estaban en Buenos Aires, el desarraigo no fue tan duro. De todos modos, declara impasible lo que sintió al dejar su país:

Nada. Me saqué un peso de encima... por una situación muy difícil... que estaba pasando. Ésa fue la razón de que me vine acá [...] porque era un golpeador el hombre. Por eso tuve que escapar... (Florencia)

Luego, llegó a la Villa 31 hace alrededor de 15 años ya que, como recuerda, el corralito la encontró ya en el barrio. Sus hermanos, con quienes todavía mantiene contacto, viven en Rosario, Villa Luro y Villa Soldati, mientras que su hija reside en Mataderos.

No piensa volver a Bolivia dado que allí ya no queda nadie de su familia. Además, reconoce que ya no es lo mismo. Se siente más cómoda en la Argentina, donde reside hace más de 25 años, que en su país natal. Ya pasaron 6 años de la última vez que lo visitó.

Florencia trabaja realizando tareas domésticas en casas de familia, aproximadamente durante 4 horas, 3 días a la semana. En ninguno de ellos tiene recibo de sueldo ni, en consecuencia, los beneficios extra-salariales del trabajo formal: vacaciones, obra social, etc.

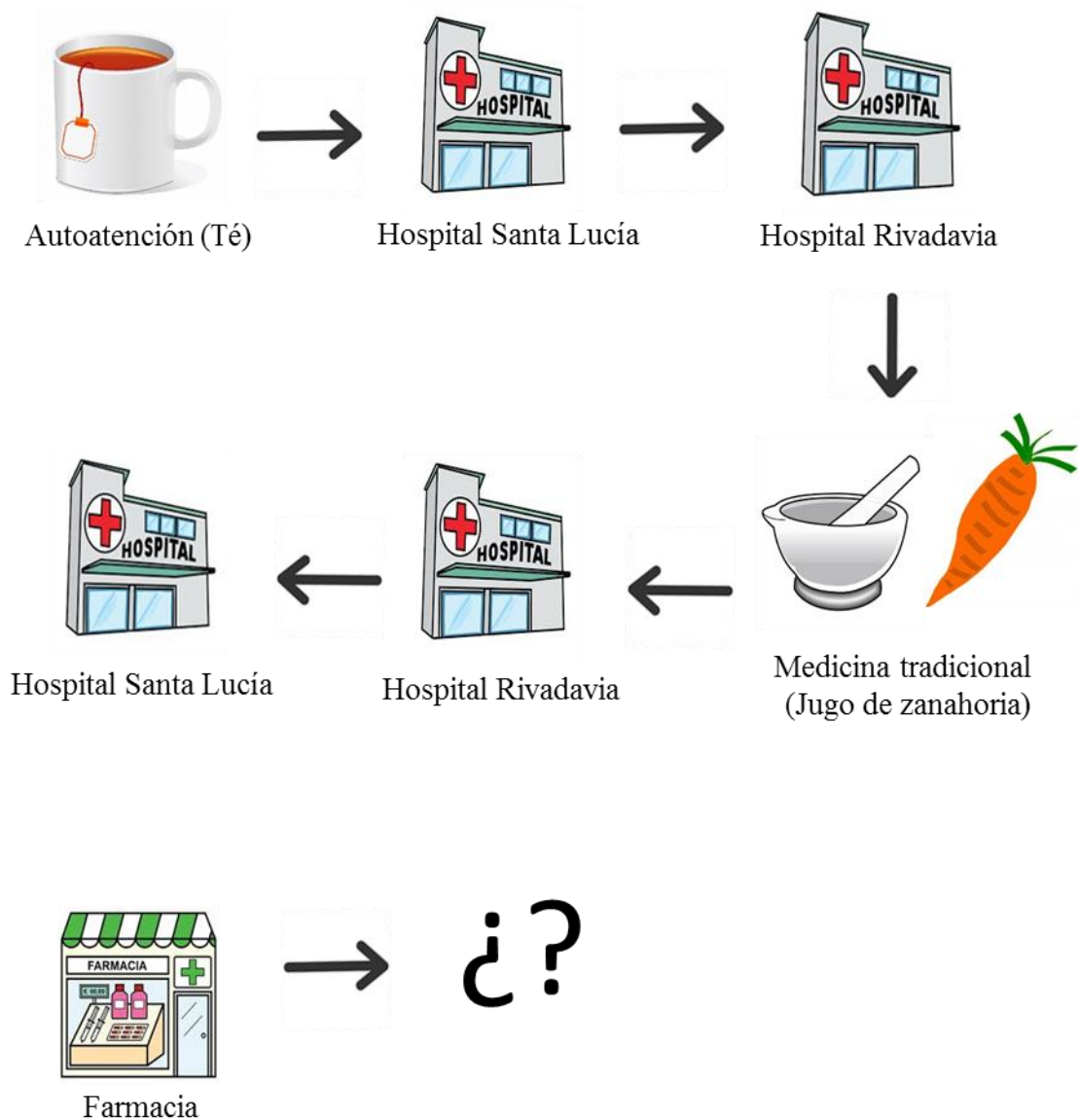
Amaneció un día de febrero de 2014 con el ojo derecho pegado, sin poder abrirlo. Al poco tiempo, el mismo problema comenzó a afectar al otro ojo y su vida cotidiana se comenzó a complicar: “*Se llenan de lagañas... a veces se tapa el ojo... y da fiebre... es muy feo...*” (Florencia)

Más allá de las molestias físicas, esta afección hizo que perdiera numerosas jornadas laborales con el consecuente impacto en su economía, dado que Florencia en ese momento todavía vivía sola (ahora se mudó con una vecina) y sus ingresos se limitan a lo que percibe por su trabajo, el Ticket Social¹⁸ del GCBA y los víveres que recibe de una organización de migrantes que trabaja en el barrio.

¹⁸ El Ticket Social es un programa que busca garantizar el acceso a productos de primera necesidad (alimentos, productos de higiene personal, limpieza y combustible para cocción) a las familias residentes en la Ciudad en situación de pobreza y/o inseguridad alimentaria. Consiste en una transferencia de dinero por medio de una tarjeta magnética para que las familias puedan adquirir sus alimentos, productos de limpieza, higiene personal y combustible, en la red de comercios y supermercados adheridos al programa.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 11 – Itinerario de Florencia (Villa 31)



Fuente: Elaboración propia

Inicialmente, se aplicaba algodón y gasas empapados en té negro, para limpiar las secreciones y poder abrir los ojos. Luego de una semana, viendo que el problema no sólo no mejoraba sino que empeoraba, decidió consultar y concurrió a la guardia del Hospital Oftalmológico Santa Lucía, en el barrio porteño de San Cristóbal, donde le recetaron una medicación en gotas que no la alivió. Ella recuerda esa experiencia con amargura: “[...] me trataron mal... o sea... Me dieron cualquier cosa... después me fui al Rivadavia y ahí me

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

solucionaron...” (Florencia)

Al ver que su situación no mejoraba, decidió consultar una vez más. Ya no quiso volver al Santa Lucía sino que se encaminó al Hospital Bernardino Rivadavia, sito en el barrio de Palermo mucho más próximo a su casa, conocido por ella por haber concurrido anteriormente en varias ocasiones. Consultada por el motivo de no regresar al hospital oftalmológico, Florencia afirma:

Y no, porque ¿qué se yo?... más lejos y más difícil... y me fui directamente al Rivadavia y le llevé las gotitas y ahí me dijeron que no era adecuado la gota esa... Y ya no le tenía confianza... (Florencia)

En esta nueva consulta, le limpiaron los ojos, le dijeron que tenía conjuntivitis crónica y le indicaron unas nuevas gotas, que empezaron a surtir efecto. Esta vez no fue por la guardia sino que sacó un turno, y generó un buen vínculo con la médica que la atendió: “[...] *Es más la médica me dijo... me decía el día que ella estaba de turno...me decía “Venite tal día, no saques turno, nada y yo te atiendo...” (Florencia)*

Luego de varios controles con la misma profesional, si bien se había aliviado, la situación no terminaba de resolverse y periódicamente presentaba recaídas. Durante una de ellas, Florencia entró en contacto fortuitamente con una curandera que al verla en esas condiciones le aconsejó que se aplicara jugo de zanahoria, que según ella misma, ni la empeoró ni la mejoró:

Es alguien que hace digamos como que... digamos... cura... así como remedios caseros... sabe. [...] la verdad... una sola vez que probé... porque hay que rallar, después en un trapito bien limpio... sacar el jugo... y te lo ponés en el ojo. (Florencia)

De la señora, tenía muy poca información, sólo que vivía un poco más adelante en el barrio. Tampoco fue muy específica en las circunstancias en que llegó hasta ella o si alguien la recomendó.

En uno de los sucesivos controles en el Hospital Rivadavia, la doctora la derivó una vez más al Hospital Santa Lucía, específicamente a una interconsulta con el Servicio de Infectología:

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Sí, porque ella tenía miedo de no sé qué... a parte de la conjuntivitis podía ser algo más grave [...] Pero se ve después que no... no era...lo que ella pensaba. (Florencia)

Allí, luego de revisarla, le indicaron dos nuevos medicamentos en gotas que Florencia no pudo comprar y aun trata de conseguir a través del empleador de una de sus amigas del barrio que es médico. Algo interesante para señalar, es la diferencia que encontró en las dos consultas que realizó en el hospital oftalmológico: “*Sí, esta vez me atendieron mejor porque me mandó mi doctora con una nota... todo explicando...*” (Florencia)

A pesar de todo lo intentado, la conjuntivitis no parecía querer despedirse tan fácilmente de Florencia, y a la última visita al hospital siguió una fuerte recaída y la consulta con un nuevo recurso terapéutico, el farmacéutico (Figura 11).

Después de eso, todavía tenía el ojo rojo, rojo, rojo, todo... lo blanco que tenemos, tenía rojo, rojo, rojo... y como hay que madrugar para ir al hospital no fui más al hospital... y en la farmacia nomás, pregunté y era... me dieron un descongestivo en gotas. (Florencia)

Este último medicamento la alivió, al menos de la irritación, y el próximo mes tiene que volver a controlarse al Hospital Santa Lucía aunque hasta el momento no pudo cumplir el tratamiento indicado, ya que aún no logró conseguir la medicación.

5.1.2 Alina, una inmersión en lo misterioso

Yo ya percibía el dolor como una madre percibe su feto: no lo sentía como una llaga, tampoco como un tumor, y era distinto del efecto de un golpe o de una lesión. Era como tener un ser consciente dentro del cuerpo, un ser que poseía una vida propia dentro de la mía. Tenía también un sentido de las cosas, aunque retorcido y extraño. Y seguramente disponía de voluntad propia; tenía sus caprichos: a veces resultaba ingenioso y sorprendente, otras veces, apático e indiferente. Siempre era cruel, torpe, despiadado, y en ocasiones jugueteaba conmigo, como un animal salvaje con su presa o un verdugo con el condenado que le entregan para que haga con él lo que le venga en gana. (Márai, 2010: 118 – 119)

Alina tiene una voz suave, dulce, como el murmullo de un curso de agua en medio del silencio. Tanto, que a veces es casi imposible escucharla. Pese a tener 37 años, tiene un aspecto añorado, los dientes bien blancos que se destacan como faros en su cara morena. El pelo morocho atado, rizado y con algunas antenas rebeldes que se resisten a perder su libertad. Al

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

inicio de nuestra conversación, tenía una mirada escrutadora, desconfiada, como un chico que ha cometido una travesura y un adulto lo llama para conversar. Luego de entrar en confianza, las palabras contenidas en el dique de su boca fueron fluyendo, e inundaron la entrevista con uno de los relatos más impactantes que escuchamos.

Nació en el pueblo de Cajas Baja, en el municipio de Tacobamba en las afueras de Potosí, la menor de cinco hermanos. Se trata de un pequeño poblado de casas bajas cuyas principales actividades son la agropecuaria y el comercio. Sus dos hermanos varones aún viven en Bolivia, mientras que las dos mujeres, residen en la Villa 31. Se considera descendiente quechua. Tiene un hijo de una primer pareja, y tres hijas con su “marido” (ella le llama así) actual de catorce, ocho y cinco años.

Su compañero trabaja de albañil y tiene empleo registrado, pero la obra social no le brinda cobertura a ella por no estar casados. Aparte del sueldo de él, único ingreso del hogar, reciben víveres de una organización de personas migrantes en el barrio.

En Bolivia, Alina trabajaba desde pequeña ayudando a su madre en la casa o realizando tareas en el campo cuidando las ovejas o las vacas, por lo que llegó hasta el quinto grado de la primaria. Alrededor de sus 18 años, se trasladó a la ciudad de Potosí donde estuvo trabajando cuidando niños en casas de familia hasta que tomó la decisión de venir a Buenos Aires.

Llegó al barrio hace 15 años junto a su hermana mayor, específicamente a la casa de una tía, para dejar atrás una historia difícil con el padre de su hijo mayor de quien, como Florencia, padeció algunas situaciones de violencia.

Vine porque me... una tía que vivía acá me hizo llamar... como yo trabajaba... tenía problemas que tenía un nene... y yo vivía con su papá de mi nene... allá en Bolivia... Tuve... tuve problemas... Me separé... todo eso... estaba muy triste... Y mi tía me dijo venite acá... que vas a estar lejos, vas a estar más mejor... Y yo me vine acá... sí... (Alina)

Ella tenía apenas 21 años. Al llegar, su tía les dijo que no podían trabajar ni salir a la calle porque no tenían documento argentino, lo que les inculcó un temor que las acompañó toda la primera etapa de su residencia en nuestro país.

Después de un tiempo, se animaron a salir de su encierro y comenzaron a buscar trabajo hasta que se instalaron en la feria de la entrada a la Villa 31 a vender comida, aun a pesar de Alina.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Sí. Vendíamos... no podíamos encontrar trabajo... Porque no nos recibían porque no teníamos documento. Íbamos a buscar con mi hermana... mi hermana dijo "Hay que vender". Hemos empezado a vender pollo, así pollo... comida... ¿Esa feria que está acá? Recién estaba, poquita gente había... No había feria todavía. Y cocido llevábamos unas bandejas, con papa frita y pollo fritado y arroz... Un poquito de ensaladita. Vendíamos a un peso vendíamos [...] se vendía mucho. Porque no había otras comidas que vendían, no había ninguno. Sólo nosotros vendíamos. Pero a mí no me gustaba vender. (Alina)

Trabajaba mucho, no sólo en la feria, sino que cuando llegaba a su casa cosía ropa con un régimen extenuante que dejaba sólo algunas horas del día para descansar. Su salud se empezó a resentir.

A veces no dormía mucho, tenía que entregar, me levantaba temprano, a veces estaba hasta las 3 de la mañana, las 4 de la mañana, trabajando, dormía un poquito y ya me levantaba para ir... y... trabajaba mucho... y después me agarró dolor de... de las manos... los brazos... espalda... pie... pero pensé que era, como trabajaba mucho, era cansancio... algo... ehh... mucho no estaba comiendo... pensé que era eso, no le di importancia a los dolores... A las mañanas me levantaba, pero no podía mover los manos... cuando me levantaba... después me pasaba poco a poco... ya de día se ponía normal [...] Se me pasaba y me ponía fuerte, costuraba, las manos no lo podía mover... los dedos, por ejemplo... no lo podía mover... después poco a poco pasaba y ya, seguía trabajando. (Alina)

Paulatinamente fue perdiendo toda movilidad y se decidió a consultar en la guardia del Hospital Rivadavia, donde le aplicaron un analgésico y le dijeron que debería sacar un turno para hacerse exámenes de laboratorio. No volvió. Ante un episodio similar, regresó, esta vez a la guardia del Hospital Fernández aunque con el mismo resultado: medicación para el dolor y la sugerencia de sacar un turno para ser atendida por consultorio. La cita era para casi dos meses más tarde pero ella no podía esperar tanto.

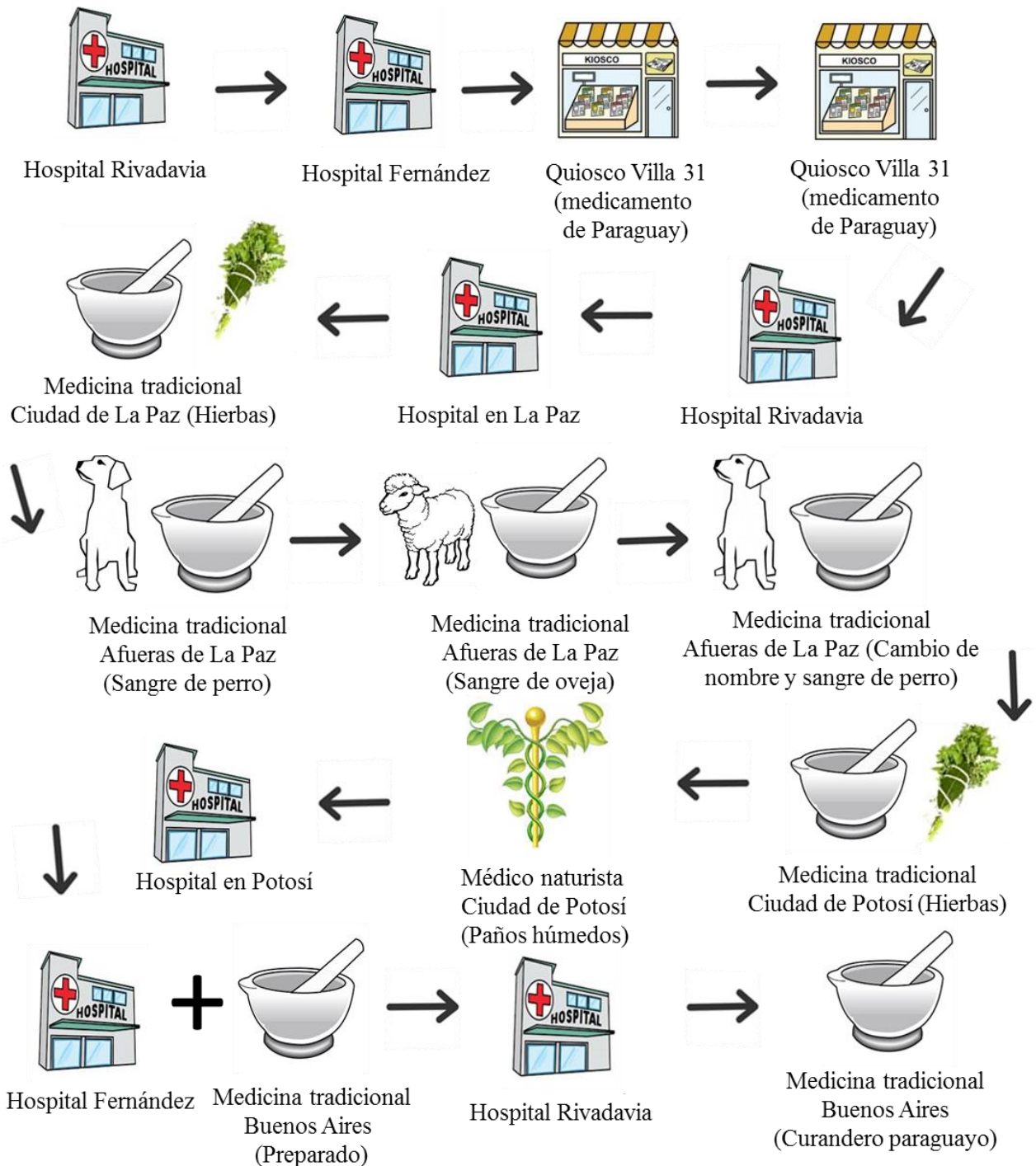
Unas vecinas, al enterarse de su estado, le acercaron una nueva opción para solucionar su problema:

Me fui sintiendo peor... y de ahí me dijeron... unas... mis vecinas me dicen "Tenés que ir a un particular". Y... no. Casi fui... me dieron dirección no sé para dónde... y después me puse mal... más mal... cerca de Navidad eso [...] No podía caminar. Tampoco mi marido no me

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

hacía caso mucho porque nunca no me enfermaba, pensaba que era algo que ya pasaba... sí... (Alina)

Figura 12 – Itinerario de Alina (Villa 31)



Fuente: elaboración propia

No consultó con un médico particular porque ya no se podía movilizar. Un día estaba en la puerta de su casa, sentada y dolorida, y pasó por delante de ella un grupo de evangelistas

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

que la invitaron a su reunión. Como pudo se acercó hasta el evento y, cuando estaba volviendo a su casa, se detuvo en el quiosco de una señora paraguaya que la conocía y le ofreció la panacea que mitigaría sus dolores. Así se desarrollaron los acontecimientos en sus palabras:

[...] Y me dieron, me invitaron ahí... para que vaya, estaba en mi puerta sentada... estaba un poco mal, así todo con dolor y vinieron así caminando por la calle ¿viste? gritando para que se puedan ir. Me fui ahí. eeh... no podía ni caminar, pero llegué ahí... apenas... Y me fui y me volví... estaba viniendo y allá había un kiosco... le hablé... “¿Qué te pasa?” me dijo. Y me conocen ellos. “No sé. Tengo un dolor que no puedo mover los huesos... todo eso... no sé”, le digo. “Pero eso... debes ir a hospital”. “Pero ya fui”, le dije, “No me atendieron bien”, le dije, “porque me dieron turno para tal tiempo pero... cada vez me siento mal”, le dije a la señora... paraguaya. Y paraguaya... “Tengo un calmante, si quieres, si te sirve”, me dijo, “pero esto te hace calmar nada más”. “Dame”, le dije, “si tenés, bueno”, le dije. Le compré. Eran así chiquititas, pastillitas, y costaban ahí \$4,50. (Alina)

Era la nochebuena de 2014. En su casa su familia se disponía a festejar, preparando la comida que se serviría a la noche. Tomó el medicamento y el dolor desapareció. Pensó que su sufrimiento había terminado.

Y eso... me lo tomé, se me fue todo el dolor que tenía. Y esa noche era Navidad. Yo no tenía ganas para nada, hacer nada no quería hacer [...] Más antesito estaba así re mal mal... Apenas estaba caminando. Después cuando llegué a mi casa, mi cuñada... ellos estaban preparando comida para esa noche... para cocinar. Yo estaba aburrida, con dolor, no tenía ganas a nadie hablar nada... Y vine calladito, entré, y agarré eso y me lo tomé. Me lo tomé un poquito, estaba así así, poco a poco el dolor todito se me fue, no tenía nada de dolor, ni en las manos, ni en la cabeza. Sanita, sanita. Me empecé a ayudar, a hablar con ellos, todo. “Se me fue esa pastilla lindo”, le dije, “me hizo todo bien”, le dije a mi marido. “No me duele nada”, le dije. Le avisé a mi marido... “Me tomé... Acá la vecina me vendió un... esto me voy a comprar, más me voy a ir a comprar...”, le dije... a mi marido. (Alina)

Pese al escepticismo de su marido, Alina estaba feliz. Finalmente había conseguido algo que le quite el dolor, aunque sólo fuera momentáneamente. Todo funcionó perfectamente hasta que la medicación se terminó. Rápidamente, volvió al quiosco de su amiga paraguaya para conseguir más de ese elixir que la despojaba del sufrimiento.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Toda así la noche, hasta en la noche estaba despierta con ellos. No me dolía nada. Todita la noche no me dolía nada. Poco me eché... En la mañana un poco ya me dolía un poquito. Ya me empezaba a doler las manos... “Ahí de vuelta me va a doler”, me dije. Poco a poco en la mañana... se tomaron mis cuñadas, todo... están borrachos... yo estoy un poco con dolor... “Duerman, duerman”, así estoy controlando yo... ya amaneció un poco, abrió la señora, me fui a comprar otro más... Ya me compre ya más hartos ya... las pastillas. Me lo tomé de vuelta eso. Se me fue todo, todo el dolor. Me mantenía con eso [...] Sí... todo eso... por ahí un día, si me tomaba a la mañana, todo el día no me duele. Y en la noche ya me empezaba a doler... de vuelta me tomo, no me duele toda la noche tampoco... (Alina)

Así, como Sísifo con su roca, cada mañana y noche tomaba la medicación, y cada tarde y madrugada volvía el dolor. Hasta que una vez más la pócima se acabó. Volvió a su proveedora, pero también había agotado el stock del quiosco. Quizás recibiría más adelante. Alina retornó un par de veces más sin suerte. Quiso saber si podría conseguirlo en la farmacia, pero se supo que es un medicamento traído especialmente de Paraguay. Al menos, consiguió un provisor alternativo.

Y me indicó la señora y... para otro lado. Una paraguaya también. “Y que vaya tu marido, vende una señora... el único que puede tener, ella”. A marido le dije, “Anda, anda no aguanto más con el dolor”. “Andá a buscarlo, andá a encontrarlo donde sea”, le dije. Mi marido fue y la encontró. No tenía mucho... así un paquetito tenía... y tomaba eso también. Sí. De ahí, ya no podía mover nada ya... Se terminó y en la tarde... en la noche ya tenía dolor... todita la noche amanecí con dolor... sin dormir... días pasando ya Navidad era eso... Y pasaba el año nuevo también. Pasó el año nuevo, con el dolor no podía mover, no podía caminar, no podía salir al baño, nada ya... Demasiado dolor tenía... No aguantaba, me echaba, me sentaba, me paraba, nada con el dolor... (Alina)

El sufrimiento hizo que la situación se volviera insostenible y entonces decidió volver al Hospital Rivadavia. No podía ni sentarse del dolor y la guardia estaba repleta de gente, por lo que esperó su turno caminando de una punta a la otra de la sala de espera. Sólo consiguió una nueva solución efímera, un nuevo analgésico, la paz y otra vez el suplicio.

Con el dolor ya instalado, la vida ya se había vuelto insoportable. Y el marido de Alina decidió por todos. Consiguió una vez más la misteriosa pócima paraguaya, habló a su madre en

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

La Paz, y hacia allá partió la familia en busca de una solución definitiva al padecimiento de Alina.

Él dijo “Acá no te van a curar”, me dijo. “Ya lo llamé a mi mamá en Bolivia... todo... No te van a curar. No te vas a curar”, me dijo. “Esa enfermedad tienes fuerte” dice... me dijo mi marido... Yo le dije “Yo no quiero ir. Tengo miedo del viaje. No voy a poder llegar. Me va a doler”, le dije. “Pero estas pastillas te va a aguantar”, me dijo. Compramos un paquetito para viajar... “Esto te tomas”. “Bueno”, le dije. Después agarramos y nos vamos con mis hijas... todo... (Alina)

Al llegar a La Paz, consultaron en el hospital, pero no le encontraron nada. Una vez más la reparación transitoria, el analgésico. Se instalaron en casa de su suegra, quien consiguió un especialista tradicional para revisar y sanar a Alina. Para nuestra entrevistada no era algo extraño, ya que su abuela era reconocida en su pueblo natal porque sabía curar, y su tía fue la depositaria de ese conocimiento. No sólo curaban con hierbas o yuyos, sino que sabían asistir los partos. Alina estaba postrada en la cama cuando llegó el especialista:

Eeh... sí, me agarró de mis venas (se señala las muñecas) todo así... Me tocaba, así... Después... decía que... que me hicieron hacer... alguien... cosas... así, ¿viste? decían ellos. Como dicen ese embrujar, ¿qué se yo?... cosas que hacen la gente... eso... Dijeron que era mi cuñado. El marido de mi hermana. Y eso me dijeron... “Esto vamos a curar... Esta noche... en la noche.” Y... Eso parece siempre le curaban a la noche. Yo dije “No. No creo... yo no creo”, le dije. Bueno, igual me curaron pero no me hacía nada [...] Primero me hicieron con hierbas... seco... no sé, cosas así... La hacían quemar así... en el fuego... hacían como un paquetito, sí, me lo pasaban todo en mi cuerpo... Y lo quemaban ahí... [...] limpiaban todo mi cuerpo con esas cosas de... preparadas... hierbas... tenían... con eso lo sacan afuera, lo queman parece [...] Mientras me pasaba, eeh... miraba, dice que él sabía... y esa cosa tenían que llevar lejos... entonces iba y lo quemaba afuera... Me dijo “Te vas a poner bien”. Yo dije “Bueno”, le dije, pero yo me sentía... sigue mal... (Alina)

Su presentimiento, lamentablemente, se hizo realidad: nada cambió. Desde aquí la familia se desplazó hasta una casa que su suegra tiene en el campo, en las afueras de La Paz, en búsqueda de otra alternativa para lograr la sanación de Alina: un nuevo curandero, éste con una terapia más radical. Utilizaba la sangre de animales recién sacrificados a modo de unguento

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

sobre el cuerpo de la paciente.

Estaba re mal ahí... re mal... Entró... me revisa... me toca... por la vena (se toca las muñecas una vez más)... también miraba coca... La ponía en la mesa y la mira así... y ya saben ahí... saben ¿qué sé yo? [...] también lo mismo me decía... Que era mi cuñado... “Te voy a curar”, me dijo... Me curaron a la noche... con la sangre, sí... Venía con lo que mataban... el perrito y... traía en la mano el perrito... Y lo mataban ahí mismo... Al lado mío... Sí. Le mataban, con ese le ponían a mis pies... todo... Me dijo... eeh... que me voy a poner bien... sí... Pensé que me iba a poner bien... sí... Y al otro día, no... nada. (Alina)

Al poco tiempo, un nuevo especialista llegó al lecho de Alina dispuesto a terminar con su sufrimiento. El diagnóstico fue idéntico al de sus dos antecesores, el embrujo de su cuñado y la terapéutica, también: sangre de animal recién inmolado. El desenlace, desgraciadamente, fue igual a los previos. Alina lo supo en el momento en que terminó el ritual.

Me vuelve a revisar igual... Dicen que tenía eso también... un embrujo... Mi cuñado también. Todo salía, mi cuñado... todo... Me iban a curar a la noche... Me pusieron sangre de vuelta... Eehh... dije, no... no dije nada, me quedé pero “No. Esto no me va a mejorar...” (Alina)

La falta de resultados hizo que la suegra de Alina convocara a otro experto, éste con un nuevo tratamiento para el mismo diagnóstico. En este caso, habría que cambiar el nombre del supuesto responsable del sufrimiento de Alina (su cuñado, el marido de su hermana) en el cementerio. Pese a su necesidad de mejorarse, ella no estuvo de acuerdo con esta forma nueva de curar. En sus palabras, “No le gustó”. Y fue ella quien esta vez tomó la decisión de cambiar el rumbo de su itinerario hacia la casa de su madre, aun cuando su marido ya había hecho todos los arreglos con el terapeuta y había conseguido el perro que sería necesario sacrificar para que el ritual fuera efectivo.

Y ahí lo mismo... me vino a revisar... me miro las venas, igual...Igual, lo mismo... Ahí me tenían que hacer diferente ya... Me dijo que era lo mismo... Mi cuñado con embrujo... Sí [...] Ese me decía que me van a hacer un cambio... no sé... algo por ahí...Y yo le dije... como mi hermana... a mí me decían, por ejemplo, los curanderos, todos los que me veían, que me hizo hacer mi cuñado... El marido de mi hermana... Y le van a hacer un cambio decían [...] Ahí me dijo cambio de nombre...

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

no sé... algo por ahí... ya no tenía que hacer con nada... con otra cosa... Nombre... algo... en el cementerio... sí, algo que decían cosas... eso [...] Yo lo dije "No"... le dije... "Eso es mentira", le dije... No puedo creer eso... Yo agarré... y mi marido se fue a traer de arriba un... tenían que matar a un... estee... perro. Y se fue arriba, él llegó y yo estaba preparada con mi nena... estaba con mis nenas... yo le dije... mis nenas chiquitas... tenía esa vez 4 años la otra nena y la otra tenía 7 años... le dije... "Le dejo a los dos... Me llevo a más grande... Yo me voy sola", le dije... a mi marido... Le dije "No quiero", le dije a mi marido... "No vamos a ir. Me voy. Si vos no me quieres llevar, yo me voy sola con mi nena más grande"... que tenía 12 años... me voy... a Potosí... Me voy... yo quiero estar a su lado de mi mamá. Yo no me siento bien" le dije. "Me siento muy mal" [...] "Ayúdame con el pasaje" le dije a mi marido. "Te quedas con tus hijas porque yo no puedo"... como eran más chiquitas eran más difíciles de cuidar. La otra nena ya me cuidaba... allá. Y él dijo "No." "¿Estás segura?", me dijo... "Sí. Me voy", le dije. Y él pensó... y agarró a mis nenas, a las otras... "También nos vamos", dice. Sí. Todos juntos. [...] Y mi suegra... ellos se quedaron mirando. "Si te va a hacer bien esto, porque lo está haciendo". "No, yo me quiero ir", le dije. "Quiero ver a mi mamá y a mi papá"... (Alina)

Y así partió toda la familia desde el campo de vuelta a La Paz y desde allí rumbo a Potosí, ciudad situada a poco más de 550 kilómetros de aquélla, pero que reclaman alrededor de nueve horas para ser cubiertos en ómnibus. Llegaron a la medianoche. Cuando la vio su mamá, no pudo creer lo flaca que estaba y reprendió a su marido. "¿Qué te hicieron?", dijo. Ya estaba todo preparado para consultar a un nuevo curandero al día siguiente. Las maniobras diagnósticas ya eran conocidas; el tratamiento, con hierbas secas, pero esta vez el especialista se había preparado para el ritual ingiriendo alcohol.

Sí, me revisó... las venas... Las venas... nada más... Me dijo que era igual... Mi cuñado... Me curó también. A la noche también... Era... con hierbas también, secos... todo...Me pasaba por el cuerpo, sí... él se ponía a hablar así... a un oscuro... a un costado de la... se tapaba con una tela, ¿viste?, está ahí adentro él. Dice que tenía que hablar a esa gente que me hizo daño a mí. "Va a llegar esa persona", dice, "Acá". Y se tapa... y habla. No sé, pero... Yo no creía nada, pero... Porque estaba con dolor. Yo le dije "Ya está", le dije. El hombre estaba borracho... se tomó... Sí, estaba re borracho. Y le dije "No sabe nada", le dije a mi marido. "No aguanto más con el dolor", le dije, "Vámonos". Sacó la hierba y lo quemó afuera... Sí. Y me dijo me iba a curar. Y yo dije "Ya no quiero... Ya no". Eeeh... yo dije "No me van a curar nada"... no... a hospital yo quería ir... Allá. Yo le dije "Llévame

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

a hospital”, le dije a mi marido. (Alina)

En este momento, intervino otra persona del entorno haciendo una recomendación: la mujer de su hermano les sugirió que antes de ir al hospital consultaran con un médico naturista. La opinión de éste también se inclinó por la presencia de un embrujo provocado por envidia, aunque no le aclaró quién era el responsable del estrago. La trató con unos paños negros humedecidos en un líquido desconocido apoyados sobre la cabeza, reposando un tiempo prolongado, y les dijo que deberían volver al día siguiente para continuar con el tratamiento. El escepticismo de Alina crecía en paralelo con la cantidad de visitas a los especialistas que no mejoraban su estado, y una vez más tomó el control del rumbo de su itinerario.

Fuimos ahí... me curaron ahí... donde mi cuñada mandó... como una... paño me ponían... Todo paño mojado, así... No sé si con agua, algo así... me echaban ahí, con eso me curaban... Negro era. Con eso estaba ahí, laaargo rato... Me dijo que era eeh... envidia, embrujado también... No me dijo quién... Decía “Mañana vuelven de vuelta, mañana... esto de a poco se va a poner bien. Mañana vuelven de vuelta”. Yo le dije “Yo no quiero ir más” a mi marido. De ahí “Llévame al hospital” [...] Agarramos taxi y me llevó a un hospital... (Alina)

En el hospital de Potosí la atendieron, le diagnosticaron artrosis, la medicaron y le ofrecieron dejarla internada. Sino, debería volver al día siguiente para controlarse y evaluar el tratamiento. Curtida por toda la experiencia acumulada a lo largo de su recorrido, olió una vez más el fracaso y decidió cambiar nuevamente el horizonte de su derrotero.

Sí. Y llegamos a un hospital... me hicieron... subimos arriba y ahí nos atendió... doctores... A mí me dijeron que... que tenía dolor de huesos... todo eso... que tenía... esa enfermedad, ¿cómo se llama? Artrosis. Sí, eso tenía me dijeron ahí. Me dieron medicamentos... Sí. Y otro día tenía que volver... “Y sino, te quedas internada acá”, me dijeron. “Acá te vamos a curar”. Me volví a mi casa. Tomé la pastilla pero no mejoré... Ahí... Yo le dije “No me van a hacer nada”, le dije, “otro día yo no quiero ir. Yo no quiero ir más. Yo no quiero tomar ese medicamento”, le dije. A la noche tomé, sí. Pero tenía más todavía para tomar. Y dije “No lo tomo más.” [...] Tampoco no me hacía nada... Seguía mal... (Alina)

Su marido ya debía regresar a Buenos Aires para volver a trabajar y traer a sus hijas para el comienzo de clases, y ella se quedaría con su mamá en Potosí. Pero Alina no quiso separarse

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de las nenas, por lo que todos se trasladaron hasta aquí. Se trata de un viaje extenuante a lo largo de casi dos mil doscientos kilómetros a recorrer en un día y medio de travesía que, en su estado, se transformó en una tortura. Al llegar al destino no se podía tener en pie y menos caminar, por lo que su marido la llevó directamente al Hospital Fernández. Cuando llegaron a la guardia, le comunicaron que debería quedarse internada porque se encontraba en muy mal estado. Su condición se fue deteriorando hasta que perdió la conciencia y la pasaron a la unidad de terapia intensiva, donde estuvo al menos cuatro meses en coma. Los médicos decían que ya no había nada para hacer pero no encontraban la causa que explicase su situación.

Él tenía que volver ya... a trabajar... Sí, acá... Y a dejar a los chicos acá. Porque estaban en la escuela... sí... “Mejor no, yo no me quedo acá”, le dije. No quería mandar a mis hijos acá solos [...] Sí... con mi marido todos mis nenas todos vinimos. Pero estaba mala en colectivo así que... “No importa”, le dije, “pero me voy”. Llegué acá... a terminal llegamos y directamente a... en terminal bajo porque no podía ni caminar... no podía caminar yo [...] Llegué a terminal y directamente a hospital me llevaron. Sí... No llegué a la casa, nada. Me atendieron en guardia, me controlaron. “Se tiene que quedar internado”, dijeron. “Está muy mal la señora”. Yo no podía pensar nada... Muerta de dolor... No, no podían encontrarme nada. De todo mi hicieron no encontraban nada... en hospital... [...] ahí estaba... mal, re mal... demasiado mal... decían que ya no podían hacerme nada... eeh... doctores dijeron a mi marido... Sí, le dijeron que tenían que estar preparados... porque estaba como intubado... todo... con oxígeno... sí... Inconsciente... Todo, todo... Demasiado mal... Mis hermanas venían... todo... preocupadas... Seis meses estaba... eeh... decían que ya no se podía hacer nada... Después pasó unos... estaba... cuatro... cuatro meses, por ahí, y mejoraba... volvía a estar mal... así... después yo dije “Ya no doy más”, yo quería ver a mis nenas porque no podían entrar mis nenas... [...] Sí... y yo le dije a mi marido “Quiero ver a mis hijas. Llévame un ratito”, le dije, “Quiero ir a la casa”. Yo estaba desesperada para verlas... (Alina)

Luego de recuperar la conciencia, presentaba períodos de mejoría entre los que se intercalaban recaídas. Su pensamiento no era claro y había perdido noción del tiempo, pero al fin conoció el nombre de su enemigo: lupus. Su marido se puso en contacto con un curandero paraguayo de la Villa 31 para que ayude en la incipiente mejoría de Alina, y le acercaba al hospital un preparado proporcionado por este especialista para que ella bebiera y pasárselo por el cuerpo. Todo esto, obviamente, a escondidas de médicos y enfermeras del hospital.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Después ya “Luego te vas a mejorar”. “No. Me siento mal”, le digo. “¿Cuánto tiempo estuve?”, yo me sentía años... y cuando me despertaba, decía “¿Cuántos años estoy?”, decía... “¿Pasó años?”, le digo a mi marido. “No”, me dijo... Estás poco tiempo. No está mucho tiempo”, dice. Estaba re... me hinché... estaba pero re – hinchada. No podía mover los pies... pero estaba demasiado hinchada... En el hospital... diálisis así que... un aparato, por ejemplo... mi marido lo conoce... Mejorando... Poco a poco mejoré... Sí... Me dijeron que es... lupus [...] Él fue a ver acá, y me lo trajo ese... de hierba preparado agua. Sí. Eso le mandó el paraguayo... Cuando venía él, me pasaba con eso por el cuerpo. No me veían... Y me traía así agua también... en una botellita me hacía tomar... Sí... Por ahí eso me hacía bien... de todo caminaba... Pero no... No... no me mejoraba, para mí que no... Hizo una semana... por ahí. Eeh... envidia dijo que era... nada más [...] Porque me estaba poniendo bien ya. Yo le dije “No. No quiero que me pases con eso”. [...] Eeh... no sé, no me gustaba que nunca no me hacía nada... (Alina)

Al poco tiempo de haber recibido el alta, Alina debió ser internada una vez más por una reacción alérgica a la medicación que le habían prescrito. Por eso lo incluimos como parte de su itinerario. A los quince días recibió el alta nuevamente.

Eeh... de ahí salí... volví otra vez me interné... Me salió unos granos todo acá... (Se señala el muslo derecho por encima de la rodilla, hasta el flanco derecho). Todas las piernas hasta la espalda... Todo ampollas pero grandes... y que era eso de medicamento... Y me volví a internar antes de Navidades... No estaba mucho tiempo: dos semanas estaba... Jajaja... para mí era poco... (Alina)

A partir de su enfermedad y de la internación que trajo aparejada, Alina forjó una relación con la médica del Hospital Fernández que la atendió y que actualmente le realiza los controles quincenales, a punto tal, que la profesional le dio su número de teléfono y le indicó que se comuniqué con ella en caso de que reaparezca el dolor.

Ya tengo mi médica... me conoce. Sí, me atendieron bien. Ahora me atienden bien... la doctora que tengo... Es la que me controla siempre... Cualquiera cosa me pase el dolor... ella me dice que le llame cualquier rato... tengo su teléfono... (Alina)

De todos los curanderos que consultó Alina durante su recorrido (Figura 12), el único al que volvió a ver luego de ser tratada fue el especialista paraguayo de la Villa 31, tiempo después

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de haber recibido el alta definitivamente. En contraste con su escepticismo cuando su marido llevaba el preparado para bañarla y darle de beber, tuvo una muy buena impresión al conocerlo personalmente.

Sí, sí. Cuando yo salí de hospital fuimos de vuelta conmigo a su casa. Y me dijo que me voy a poner bien. Voy a estar mejor, poco a poco. Que no hagas más nada y que siga el tratamiento...Es un señor mayor... Sí, grande. Sí. Sentía bien con él, con lo que me decía, sí.
(Alina)

Resulta llamativo que prácticamente la totalidad de los especialistas tradicionales compartieron el diagnóstico de envidia de parte del marido de la hermana de Alina. Cuando le preguntamos a ella, nos contestó que ninguno de los curanderos la conocía con anterioridad ni sabía de la existencia de su cuñado y que a ella también le llamaba la atención esa coincidencia.

5.1.3 Elisa, el Tártaro en el Ramos Mejía

Mientras tanto la madre de Proserpina, alarma da por la suerte de su hija la buscaba en vano por todas las tierras y las profundidades de los mares. Ni vio interrumpir la búsqueda Aurora, que llegaba con sus cabellos húmedos, ni tampoco el lucero de la tarde; prendió en el fuego del Etna, con sus dos manos, unas antorchas inflamables de pino y las lleva sin descanso en medio de las glaciales tinieblas; cuando la luz bienhechora del día ha hecho palidecer la estrellas, vuelve a empezar a buscar a su hija desde los confines por donde se oculta el sol hasta por aquellos por los que el sol se levanta (Ovidio, 1979:140)

Elisa tiene 35 años, es de mediana altura y posee una mirada cansada y bonachona. Sus dientes son grandes como baldosas y, mientras habla, se pelean con su lengua en una competencia por el espacio dentro de su boca. Su tono monocorde sólo se altera cuando recuerda en su relato momentos difíciles o discusiones, donde con inflexiones de la voz y ademanes parece revivirlos con la misma intensidad con la que ocurrieron originalmente.

Nació en la ciudad de Potosí, una ciudad de unos ciento treinta mil habitantes, aunque su mamá y sus tres hermanos viven actualmente en Yacuiba, departamento de Tarija. Su padre ya falleció. Elisa se reconoce descendiente quechua. De ahí se mudó a la pequeña ciudad de Tupiza, al sudeste del país, que cuenta con alrededor de cuarenta y cinco mil habitantes y cuya

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

principal actividad económica es la minería.

Tupiza es un vallecito, un pueblito muy pequeño como Jujuy más o menos. Es muy chiquito. Casas bajas, es un centro minero... porque hay mucho mineral ahí. [...] La gente trabaja en las minas. Las minas, negocio... Por ejemplo, la gente vive de la venta del choclo... vive del maíz, de la papa, del ajo, que bastante ajo se produce... Hay chivos... ovejas. Hay todo, todo. Es un campo... el pueblito. O sea que tiene las dos cosas... Minería y campo... (Elisa)

Allí completó la escuela secundaria, se casó y tuvo cinco hijos: un varón que tiene veinte años, y cuatro mujeres de dieciocho, diecisiete, quince y trece años respectivamente. Trabajaba haciendo limpieza en casas de familia medio tiempo. Su marido vino a la Argentina en busca de un mejor trabajo, ya que sus ingresos en Bolivia no eran suficientes para mantener a la familia, y una vez por año viajaba a Bolivia para reunirse con ellos. Elisa comenzó a dudar de su marido y seis años después viajó a Buenos Aires con sus hijos sin previo aviso. Sus sospechas tan temidas se confirmaron: él había formado una nueva familia con otra mujer.

Llegué acá, la Terminal... Le llamé... No sabía que venía... no le dije nada... Él tenía otra mujer... Me fue a buscar y... yo me quedé en la casa de su hermana, en una pieza... Acá en la villa. Después me alquilé una habitación sola... para nosotros... (Elisa)

Aquí en Buenos Aires trabaja haciendo limpieza en casas de familia, ocho horas todos los días, pero no es un trabajo registrado. También percibe el programa Ciudadanía porteña¹⁹ y recibe víveres de una organización de personas migrantes.

El itinerario en realidad no corresponde a Elisa, sino a una de sus hijas, pero como es menor de dieciocho años y fue su madre la que tomó las decisiones destinadas a mejorar su salud, decidimos incluirlo en la investigación.

La hija de Elisa se encontraba una mañana en un acto en la escuela y comenzó a sentirse mal. Avisó a sus compañeras, pero como cada vez se sentía peor y nadie se acercaba, intentó llegar hasta el baño. Cuando estaba subiendo las escaleras para llegar a su destino, perdió el

¹⁹ El Programa Ciudadanía Porteña "Con todo Derecho" fue creado por la Legislatura de la CABA y comenzó a funcionar en noviembre de 2005. Su objetivo general es disminuir los niveles de desigualdad en la ciudad. El subsidio se entrega a través de una tarjeta magnética precargada y se utiliza únicamente para la adquisición de alimentos, productos de limpieza e higiene personal, útiles escolares y combustible para cocinar, y está condicionado al cumplimiento por parte de los hogares beneficiarios de obligaciones en educación y salud. La titular del beneficio es la mujer, sea ésta la jefa de hogar o la cónyuge del jefe.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

conocimiento y rodó hasta el piso.

Ella eeh... o sea que ella estaba en un acto en el colegio, y dice que ella agarró y se empezó a nublar la vista, empezó a nublar entonces ella pedía ayuda. Decía “Me siento mal, me siento mal...” o sea que ella... Nadie le hizo caso. Avisale a... las compañeras le decían “Avisale a la profesora, avisale a tal” y nada. Hasta que al final quiso ir al baño, se soltó y llegó al piso. Contra la... o sea, cayó de las escaleras. No llegó. O sea... apenas llegó a soltarse de la baranda. Llegó a soltarse y nada más. Claro... Quedó ahí de... porque ella dice “No recuerdo más...”. Lo único que, cuando ya ella despertó, estaba en hospital. (Elisa)

Elisa se encontraba trabajando cuando recibió un llamado informándole que su hija Kathy se había “descompuesto”, por lo que siguió trabajando pensando que era un problema digestivo, hasta que la llamaron nuevamente para decirle que debía ir al hospital porque hacia allí la habían trasladado.

Claro... cuando... llamaron a la... porque a mí me llamaron a mi trabajo y me dicen “Señora, véngase que su hija se descompuso”. Entonces yo dije “Ah... se ha de componer con... será la panza.” [...] Algo no... Nada grave. Entonces yo dije “No, no creo que sea nada grave”. Entonces yo seguía sacando la basura, haciendo las cosas de mi trabajo y después me vuelven a llamar y me dicen “Señora, váyase al hospital que a su hija le llevaron... una tal Myriam se la llevó porque Ud. había...”. “Pero yo estoy trabajando en la provincia. Pero Ud. Me dijo que se descompuso”. “No. Está en el hospital. Váyase directamente al hospital”. (Elisa)

A partir de este momento, la desesperación. Salió en cuanto pudo y se dirigió al Hospital Ramos Mejía donde, según le habían informado, estaba su hija. En ese estado llegó a la guardia del hospital, y no encontró a nadie que le indicara donde estaba Kathy, lo que la puso aún más nerviosa. Su testimonio describe claramente su estado anímico.

[...] Y cuando yo llego al hospital le digo que me volví como una loca. Porque golpeaba... No había en dónde. No... O sea, a mi hija nadie le vio... Nadie. Preguntaba a la enfermera, preguntaba al doctor, preguntaba a los porteros... En la guardia... En la guardia no había nadie. Taba la ventanilla abierta pero no había nadie... que me diga por lo menos “Tu hija está ahí” o “Está bien” o “No te preocupes nada”. O sea que yo anduve con... buscándola como una hora estuve buscándole. Golpeaba las puertas, decía “¿Adónde está?”. Una chica entró... una jovencita que me decía “No sé, no sé. Vaya allá. Vaya al

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

otro lado. Vaya a guardia". "Pero estoy en guardia. Estoy golpeando ahí en la ventanilla de guardia y nadie me atiende". "Entonces espere que la atiendan". "Pero hay un montón de gente que está ahí. ¿Y a quién voy a esperar más? ¿Quién es el que atiende? Por favor, avíseme.", le digo. "Quiero saber de mi hija. O qué le pasó... no sé". Después agarro y... me entré, así me... Tuve que recorrer todo el hospital. Después una señora me dice "Entrate ahí adentro que es guardia, y emergencia. Ahí atienden. Entrate ahí". Y cuando entro justo a mi hija le estaban sacando... justo le sacaban a mi hija... la veo a mi hija con la cuellera²⁰... y le digo "Kathy" le digo... y ella me miraba y nada... Ya estaba despierta. Después le digo a la enfermera "Disculpe, yo soy la mamá. ¿Dónde le llevan?", le digo. "La estamos llevando a sacar placas". (Elisa)

A partir de este momento, la relación entre Elisa y los médicos se mantuvo tirante. Ella, por un lado, sentía que su hija no estaba siendo atendida de la mejor manera, y los profesionales de la salud, por otro, estaban molestos por sus demandas.

Pero, le digo... dice... digo "pero ¿por qué?". "El doctor dijo que le vamos a sacar placas y Ud. espere acá". "¿No puedo entrar?". "No. No puede entrar." Entonces le esperé ahí... cuando le espero, le sacan las placas, entran y me dicen... me voy adonde la doctora y la doctora viene y me dice... "Doctora", le digo, "¿Qué tiene mi hija?", le digo. "Espérese que ahora le informo". Agarra, mira las placas así... así... miraba y miraba (sosteniendo una placa imaginaria en el aire con la mano derecha y mirando contra la luz) y me dice "No. Su hija no tiene nada", me dice. "Pero mi hija está gritando de dolor", le digo. "¿Cómo no va a tener nada?", le digo. No... porque mi hija gritaba. Decía: "¡Mi cabeza, mi cabeza, mi cabeza!" gritaba. "Pero no puede ser que no tenga nada y esté gritando". "¡No tiene nada su hija! ¡No tiene nada!". Agarró la sacó... estaba en la camilla... agarró de la cuellera le sacó así (haciendo un ademán violento con la mano derecha). Así la sacó. No tuvo un poquito de delicadeza... o cuidado... decir. (Elisa)

Elisa tenía la sensación de que la doctora en realidad, estaba por terminar su horario y más preocupada por irse a su casa que en atender a Kathy. No contamos con la versión de los profesionales del hospital, pero el propósito de nuestro trabajo no es juzgarlos a ellos sino conocer la experiencia y opinión de las mujeres migrantes y el modo en que, a partir de ellas, estructuran un recorrido determinado.

²⁰ Se refiere al collar de Filadelfia que se coloca a los pacientes que han sufrido un traumatismo para inmovilizar el cuello.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En ese momento pensé que ella no tenía las ganas de atenderla mi hija, que le importa... porque la doctora era ella... me parece que terminaba su turno y ella quería ir a su casa y ya está. Y yo le digo “Ud. señora quiere ir a su casa pero deje a mi hija bien atendida. Es lo único que le pido. O sino dígame ‘Lléveselo a otro lugar’, deme la ambulancia y lo llevo al hospital Rivadavia. [...] que mejor me lo van a atender”. Le dije... porque yo recuerdo bien... Y después la... ahora que recuerdo, la doctora me dijo “Señora, Ud. está nerviosa, cállese y salga afuera”. Y yo “No voy a salir y dejando a mi hija acá, muriéndose. Yo no voy a salir”. (Elisa)

Luego de que la doctora le retirara el collar de Filadelfia a Kathy, la sangre empezó a brotar de su cabeza y la situación se tensó aún más. Creció la desesperación de Elisa, quien comenzó a increpar a la médica y, para colmo de males, su hija empezó a vomitar.

[...] Y cuando le sacó así vi que la sangre... salía la sangre... Entonces le digo: “¿Dónde te duele tu cabeza, hija? Decime. ¿Dónde te duele?”. “Acá, acá”. Le hice dar la vuelta, le reviso y tenía un tajo ahí. Después de gritar dos horas. “Doctora”, le digo, “¿Cómo mi hija no tiene nada? Si tiene un tajo en la cabeza. ¿Cómo va a decir que no tiene nada?”. Después empezó a vomitar. Después le digo “Pero doctora, ¡mi hija está vomitando! Ud. Dice que no tiene nada con el tajo y está vomitando”. Porque una vez el doctor me dijo, cuando mi hija la otra se había caído del tercer piso, ni bien haga eso (vomite) lo traiga rápido. Y ella está vomitando. “Doctora”, le digo, “por favor, atiéndamelo. ¡Por favor, se lo suplico! ¡Haga algo con mi hija!”. “Ay, es que tiene un montón de pelo. Por eso es que no se le vio la cortada... la... el tajo que tiene. No se lo vio. ¡Cuánto pelo que tienes, chica!”. Así lo dijo a mi hija [...] (Elisa)

Una vez constatada la lesión cortante, había que suturarla. En el testimonio pueden reconocerse las falencias estructurales del sistema público de salud, el faltante de insumos y algunas cuestiones relativas a los recursos humanos (no a todos, obviamente) del sistema y su relación con los pacientes, que no sólo padecen los migrantes, sino todos aquellos que consultan a los servicios públicos de salud.

Entonces agarré... y fueron a buscar la aguja... le digo. Media hora. No había aguja para suturarle. Hacerle la herida. No tenían aguja. Después las enfermeras... una de las enfermeras era muy buena. Me dice, “Señora, no hay agujas”, me dice. “Vaya a comprar”. “Pero, ¿dónde voy a comprar si estoy viniendo del trabajo, con mi ropa del

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

trabajo, sin plata, estoy con...?” y ni siquiera el celular tenía... la batería... no tenía. “¿Dónde voy a comprar?”, le digo. “Pero no tenemos agujas”. “¿Qué voy a hacer ahora? ¿Qué voy a hacer?”. No tenían agujas. Fueron a buscar, a buscar, y nunca encontraron agujas. Después vinieron, le pusieron el suero y al rato, como a las... a los cuarenta minutos vienen las enfermeras. Me dice “Encontramos una aguja” y después viene la enfermera y ninguna de las dos enfermeras que estaban quería hacerle los puntos a mi hija. La otra decía “Vos hacele” y “No, yo no quiero hacerle. Vos hacele.” Ninguna. O sea, entre ellas decían “Vos hacele”, “No, vos hacele”. Hasta que al final vino otro... otro enfermero y él dijo “¿Qué pasa?”. “No quiere sutu... hacerle la herida... suturarle”. “Bueno, yo lo voy a hacer”. Él lo hizo. Pero te digo... Dice “Pero, ¿esta aguja?”, no sé qué aguja será, yo no conozco. “Pero esta aguja no es para esto”. “Es lo único que encontramos”. “Es lo único que encontramos”. “Pero ¿cómo?... Yo con esto no puedo hacer”. “Pero no sé... Entonces, hacé lo que puedas”. Hicieron lo... Bueno, le hicieron los puntos y al... al otro día ya estaba suelto los puntos. Se le salieron. No sé ni cómo le hicieron... (Elisa)

Como Kathy seguía vomitando, tuvo que quedar internada en observación. Además, tuvieron que trasladarla a otro hospital para realizarle una tomografía computada, dado que no podía realizarse allí y el resultado del estudio no fue el esperado.

[...] Ella había quedado internada porque la... después de que yo reclamé, le dije “Ella está vomitando, está así...” [...] se hicieron el cambio de turno, entró otro doctor y el doctor dijo ehhh... no sé qué le informó la doctora esta que la atendió... y el doctor me dice “Su hija se tiene que quedar. No puede irse”. Bueno... No, no, más antes me dice todavía “Hay que hacerle otro estudio. Hay que hacerle pero acá nosotros no tenemos y tiene que ir a otro hospital. Nosotros no tenemos acá... Y vamos a ver qué podemos hacer”. El doctor dijo, el que vino... El doctor agarró y no sé a qué hospital le mandó. Le digo “¿Yo puedo ir?”. “No, Ud. no puede ir. Se tiene que quedar acá esperarle porque están yendo dos pacientes con el mismo problema de su hija”. En la misma ambulancia. Una sola ambulancia estaban yendo las dos. “Entonces Ud. No puede ir”. Bueno. Yo me quedé ahí... fueron, le llevaron ahí hacerle el... no sé qué estudio pero... Una tomografía computada... Eso es lo que me dijeron que le hacían. Ella llegó como a las 12 o 12 y media llegó, llegó ahí del hospital. (Elisa)

Elisa se quedó esperando en el Hospital Ramos Mejía, sola, enfrentando los fantasmas sobre el futuro de Kathy. ¿Se recuperaría? ¿Le quedarían secuelas? No tenía dinero. Tampoco celular, por lo que no podía comunicarse con nadie para avisarle, para compartir su angustia o

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

para solicitar consejo.

Uuhh, ahí se me vinieron un montón de pensamientos... “¿Qué va a ser de mi hija, va a quedar tonta, paralítica...?” Claro, o sea... golpeó la cabeza, entonces... Mientras estaba en el otro hospital yo dije “Uy, seguro por dentro se habrá roto” porque... “¿Qué habrá pasado?”. “Ya no va a llegar mi hija”. “Ya no la voy a ver”, o sea... se me venían un montón de ideas, te digo, en ese momento... Tenía... no sé, miles de ideas en la cabeza... Y todas eran malas... jajaja Ninguna era buena... (Elisa)

Finalmente, luego de realizada la tomografía, el médico habló con Elisa y le informó la presencia de tres fisuras en el cráneo. Le preguntó cuál había sido el mecanismo de la caída y, en ese momento, ella cayó en la cuenta de que también la habían dejado sola las autoridades de la escuela

[...] Después el doctor me lo mira y me dice “No, señora, su hija tiene la cabeza... tres fisuras tiene en su cabeza. Tiene dos atrás y uno por acá (se señala encima de la cabeza). ¿Cómo cayó su hija?”. “No sé. No me informaron en la escuela, no sé nada”. [...] Es más, del colegio ni siquiera me llamaron, no me dijeron “¿Cómo está su hija?” o “¿Con qué podemos colaborar?” o “¿Qué vamos a hacer?”, nada. Y justo estaba en pruebas. (Elisa)

En este momento, Elisa empezó a barajar seriamente la posibilidad de trasladar a Kathy a otro hospital. La relación con el personal estaba en su máxima tensión, ella dudaba de la capacidad de los profesionales para poder curar o mejorar a su hija, y padecía las restringidas condiciones estructurales de los hospitales públicos.

Yo dije “ay no, mi hija de acá no va a salir”, dije... Es que yo no dormí toda la noche desde... le tocaba, le hablaba, el peor era que vomitaba y vomitaba... no paraba... o sea, que no paró en ningún momento. Ahí le pusieron suero [...] Yo por eso, en fin le dije “Quiero llevármela al hospital Rivadavia. Quiero irme”. Y me decían “No. Así no tenemos que moverla, Ud. no entiende”. “Pero si acá no le están haciendo nada”. “No, espere... espere... nosotros tampoco tenemos una varita. Espere porque ya le pusieron el suero... en el suero le pusieron uno para que no vomite”. Bueno. Esperaba ahí, esperaba... Y ella que... aparte de estar ahí bastante gente porque... o sea, que no estaba en una sala o en un cuarto. Estaba en un pasillo, donde estaban... supongo que estaban toda la gente de emergencias... porque venían, entraban... entró un chico que se había chocado con la moto, estaba todo hecho

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

bolsa. Después entró una señora igual... o sea había un montón... mi hija veía gente lastimada y eso... y después que una señora estaba embarazada... Ay, no... y habían dos viejitas... yo vi todo eso... no, horrible... para mi hija, ver esas cosas, como que era también... decía “¡Quiero irme, quiero irme, quiero irme!”. (Elisa)

Además, los propios familiares de otros pacientes que presenciaban la situación, algunos de ellos también bolivianos, compartían con ella su experiencia y la aconsejaban en el mismo sentido, es decir, solicitar el traslado a otro hospital.

Sí... ahí las mismas señoras que venían, los pacientes me decían “Llévatelo a otro hospital. Porque acá no te lo van a atender”. “Estás viendo cómo está. Llévatela, llévatela, llévatela al Fernández o al Rivadavia. Decile que te den el traspaso porque son así. Este me parece que es el peor hospital que hay”, me dijeron. “Siempre me mandan a mí. Porque vivo acá”, me dijo una señora. Era paisana también y ella me decía “Llévatelo, llévatelo, porque yo a mi mamá le tuve acá y mi mamá casi muere. Ahora vine por mi hijo, igual. Porque tuvo un accidente”. (Elisa)

Como si esto fuera poco, Kathy estaba en período de pruebas en la escuela y, como ya había repetido un grado, estaba muy preocupada de no poder rendir los exámenes. Esta presión agregada caía también sobre los hombros de Elisa.

Justo tenía las pruebas. Mi hija lloraba. Mi hija decía “Mamá, ¡tenía examen! ¡Tenía examen!” “¡Pero dejalo, dejalo, hija! No importa si te aplazan.” Yo le... Yo trataba de consolarle como podía. (Elisa)

De todos modos, por el estado de Kathy, esta preocupación quedó relegada a un segundo plano. Elisa le preguntó al médico por la persistencia de los vómitos y puso en evidencia las carencias estructurales que estaban padeciendo.

Después el doctor “Sí, señora, tiene que quedarse, se tiene que quedar su hija...” Bueno... “Pero doctor”, le digo, “¿por qué sigue vomitando? No le para. Ya le pusieron el suero y todo”. “Bueno, esperemos. También el suero no está ni siquiera en la mitad. Espérele”. Bueno, entonces espero ahí... entonces agarré y le digo que le dieron una cama que era esto (golpea la mesa con el puño, haciendo evidente su rigidez). Sí, era esto. O sea, no tenía... no tenía almohada, no tenía sábana, no tenía... nada. Era esta mesa así, así como está. Yo me saqué el suéter, le puse de almohada el suéter y así nomás le hicieron... (Elisa)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Los vómitos constantes de Kathy la tenían muy preocupada y al consultarle sobre cuál pensaba ella que era el origen del malestar, comprobamos lo que Boltanski (1975) llama “capacidad médica”, forjada en experiencias previas y en el contacto con médicos.

De los vómitos pensé que era por la cabeza. O sea, como aquella vez cuando mi otra hija se cayó, el doctor me dijo “si empieza a vomitar, es peligroso”. Entonces yo decía, como no le paraba el vómito, dije “Ya se me va a morir”... (Elisa)

Al día siguiente, ya le habían sacado el collar pero los vómitos continuaban. Además, debía revisarla un traumatólogo para evaluar las fisuras en el cráneo.

Ya le sacaron el collar. Le sacaron y al otro día ella seguía vomitando. No paraba de vomitar. Voy le digo al doctor... viene y le digo “Doctor, mi hija sigue vomitando. No paró en toda la noche de vomitar y le pusieron ya... son... dos sueros. Éste es el tercer suero que le están poniendo”, le digo, “y no para de vomitar”. Y después me dice... porque otro doctor vino ya, no vino el doctor más antes “¿Qué pasó? ¿Qué le dijeron?”, me dijo. “No me dijeron nada. Sólo me dijeron que tenía que quedarse en observación. Y no sé... y que espere al traumatólogo” y mi hija seguía... tengo que... Entonces yo dije “¿Ahora qué hacemos? ¿Qué hacemos?”. [...] Agarro y como a las tres o cuatro de la tarde viene el doctor. Yo preguntaba, decía “¿Quién es el traumatólogo?”. “No vino”... “No vino”... “No vino”. “¿Pero cómo... cómo que no viene? No viene él o qué días viene, yo quisiera saber”, le digo. “No, nosotros no tenemos traumatólogo acá. No tenemos traumatólogo. En este hospital no hay. Así es que tiene que...”. Eso me dijeron. Que no tenían traumatólogo. Que tiene que esperar que venga el traumatólogo del otro hospital. “Entonces, ¿qué hago yo?”, le digo. “¿Qué hago?, porque no sé si mi hija está bien o no, sigue vomitando, le ponen sueros y sueros. Quisiera que me expliquen algo. Siempre que pregunto algo, me dicen espere, espere, espere, espere. Pero, ¿qué tengo que esperar? Eso le pido. Yo quiero saber solamente que me diga si ella está vomitando por tal motivo o le va a parar o no sé... me pongo impaciente... explíqueme, por favor, doctor o doctora, a quién puedo preguntarle” le dije a una... a la otra señora. Después me dijo la señora “No sé. Busque a su médico”. “Pero no sé ni quién es mi médico. ¿Quién es mi médico? No sé. Si me atendieron como tres o cuatro. No sé cuál de ellos es mi médico”. (Elisa)

Elisa seguía preocupada porque su hija no dejaba de vomitar y no le satisfacían las escasas respuestas que recibía por parte de los profesionales de la salud. Fue entonces cuando

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

decidió buscar otra opción. Así, se acercó a la farmacia que está frente al hospital, le contó la situación a la farmacéutica y le pidió consejo.

Del hospital Ramos Mejía, al frente, yo me fui, le pregunté... ahí... a la farmacéutica, entonces le dije “Disculpe”, le dije, le pregunté... “yo tengo... tengo a mi hija ahí internada”, le digo, “pero está vomita y vomita. Le pusieron sueros... ya le hicieron y ya... con el tercer suero que se va a terminar y sigue vomitando”, le digo. “No sé si ella...” Porque yo le decía “Vos hacés fuerza, Kathy. No hagas fuerza pa vomitar. No hagas...”, le decía, “te vas a lastimar peor y puede ser que vomites sangre si vos hacés fuerza. ¿Tas haciendo fuerza al vomitar?”. Ella decía, “No mamá, no estoy haciendo fuerza. No hago yo la fuerza para vomitar. Sino es que me viene”. Entonces, escuché eso decir y me fui a la farmacia de enfrente. Le pregunté si yo podía darle algún medicamento o algo para que pare. Me dijo “Lo que tiene que hacer es preguntarle a su médico”. “Pero ya le pregunté y me le pusieron suero” le dije, “y con el suero y con el suero. Lo único es que me dicen con el suero le va a calmar. Con el suero”. Pero no... no le calmó... ¿no le digo que está viniendo como tal²¹?... pero siempre está viniendo cada diez o quince minutos siempre está vomitando”, le digo. “Y tengo miedo”, le digo. Entonces me dijo “Bueno, te voy a dar un medicamento pero vos no digas nada a nadie. ¿Me estás escuchando?”. “Sí”, le digo. “Agarrá y dale con agua”. Gotitas. Bueno, agarré y el doctor me había dicho que ella no podía tomar agua, no podía comer nada, mientras estaba vomitando no podía recibir nada. Que no le dé nada. Pero agarré, le llevé el agua, le di las gotitas... le dí. No sé si eso o qué o el suero, no estoy segura, como al... como a las dos horas... así... dejó de vomitar. Ella había dicho que yo le de quince gotas y yo le dí veinticinco gotas [...] Después empezó a vomitar menos... elle me empezó a pedir de tomar jugo, que quiero comer... (Elisa)

Resuelta su principal preocupación, la emesis, Elisa se tranquilizó y ya no pensó en trasladar de hospital a su hija. Además, a lo largo de su estancia en el hospital aprendió que quien no reclama no obtiene atención.

Ya estaba un poco más calmada, más tranquila y por lo menos ya pude salir al pasillo, a respirar un rato y no a ponerme nerviosa. Ya no pensé más en llevármela... Por eso insistía bastante con los médicos... “¿Por qué no me lo ven a mi hija?”. “Tiene que venir a ver el traumatólogo”. “Él le tiene que ver”. “Pero ¿a qué hora va a venir? Porque tienen que verla y no sé qué otra cosa tienen que hacerla...”. “No, tiene que esperar”. O sea que insistía yo. “Que la vean, que la vean”. No estaba vomitando pero ella decía “Me duele la cabeza, me duele la cabeza.

²¹ Vomitando.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Me siento mareada, me duele la cabeza. Me siento mareada”. Ésa era mi preocupación... (Elisa)

Sobre el final de la tarde, llegó finalmente el traumatólogo para revisar a Kathy, que ya había dejado de vomitar, y le dio el alta. Sin embargo, todavía debería guardar reposo en su casa.

Después agarro y después viene como a las 5 o a las 6 viene el doctor. Viene y me dice “A ver, ¿quién es esa paciente que tanto... tanto lío hace? ¿Quién es la mamá de esa paciente?” Justo yo me había ido al baño y no estaba. Sino “Soy la mamá yo”, le digo... Después me dice “A ver, dígame qué problema tiene”. “Mire, este es los papeles que me dejaron. Esto es... no sé qué... no sé, lo quiero saber para... quiero saber si se va a quedar mi hija o se va a ir o se va a quedar así en observación para poder ir a mi casa a traer por lo menos un colchón o una colcha poder tender en esta cama (da golpecitos sobre la mesa una vez más). Mire cómo está”, le digo. “Amaneció en éste”, le digo. Yo quisiera... sino me lo deriven a un... a una sala, a un... no sé... algo tiene que tener acá”, le digo. Porque... Había mucha gente que estaba ahí. Bueno... El doctor me dijo “A ver, venga señora”, me dijo. Me llevó en otro... a otro sala y después me dijo que vio sus estudios, todas sus cosas vio y me dijo “No, se puede ir a su casa. Pero lo único, que ella no se puede pasar física²², no puede golpearse la cabeza, tiene que tomar bastante leche, comer huevo, cosas que le calcifiquen. Para que... porque eso no se le va cerrar en un día, en tres días ni en un mes. Eso demora. Demora mucho”. Así que... bueno... me tuve que venir. (Alina)

Kathy estuvo aproximadamente dos semanas sin ir a la escuela. La familia tuvo que organizarse para que siempre estuviera acompañada ya que Elisa debía retomar su trabajo. Se corría el riesgo de que al levantarse de la cama se maree, se caiga y se golpee nuevamente, por lo que los médicos aconsejaron que siempre debería haber alguien cerca para ayudarla a movilizarse. El médico claramente les impuso esa responsabilidad.

Claro, en casa queda... porque ella no podía quedar sola. Eso es lo que me dijo él... no le dejen sola. Entonces, como siempre venía la Juliana que es la tía de ella a verla... ella es mi cuñada” [...] Entonces nos tuvimos que turnar. O sea, en la mañana solía estar con mi... con las chicas que no van al colegio, y a la tarde a veces venía Juliana a cuidarle, después mi hijo llegaba, Juliana se iba. Mi hijo se quedaba, después ya llegaba yo. [...] Pero no tenía que hacer esfuerzo, levantarse, caminar mucho [...] tenía dolor de cabeza que no podía

²² No puede realizar educación física.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

agacharse, no podía... o sea, siempre que se paraba le daba mareos... Sí, se mareaba, entonces teníamos que llevarla al baño. [...] Empezaba a confundir las cosas, empezaba a confundir los días, empezaba... o se olvidaba muy pronto las cosas, preguntaba la misma cosa a cada momento... cada 10 minutos o cada media hora volvía a preguntar la cosa... y... no sé, después cuando le llevé al médico, le había comentado estas cosas que ella estaba pasando y me dijo que era... no sé... un nombre muy... algo raro era...

[...] Claro, estuvo en casa sin moverse porque el médico me dijo si es que sigue... me dijo “Le paró el vómito, ¿no?”, me dice. “Sí, le paró”, le dije. “Bueno, si otra vez vuelve a vomitar o tiene bastante dolor de cabeza lo vuelves a traer... (Elisa)

Después de las dos semanas de recuperación en la casa, y como Kathy quería volver a la escuela, Elisa tuvo que llevarla al control médico para que las autoridades accedan a que regrese, ya que sin esa autorización no le permitirían retomar las clases.

[...] Después... pero ella, de terca, como que dijo “Yo quiero ir al colegio”. Sí... porque ella tenía miedo como ya había repetido, otra vez a repetir decía “No voy a repetir otra vez. Voy a repetir otra vez. No quiero, no quiero ya repetir” [...] Sí le tuve que llevar sino en el colegio no le dejaban volver... La volví a llevar y el médico me dijo que sí podía ir al colegio pero no podía pasar educación física, no podía hacer esas cosas porque... Eso iba a tardar, iba a demorar bastante... en cicatrizar o en sanar... No es como la mano... te ponemos un yeso o te ponemos esto... esto no es lo mismo porque sólo se tiene que curarse. (Elisa)

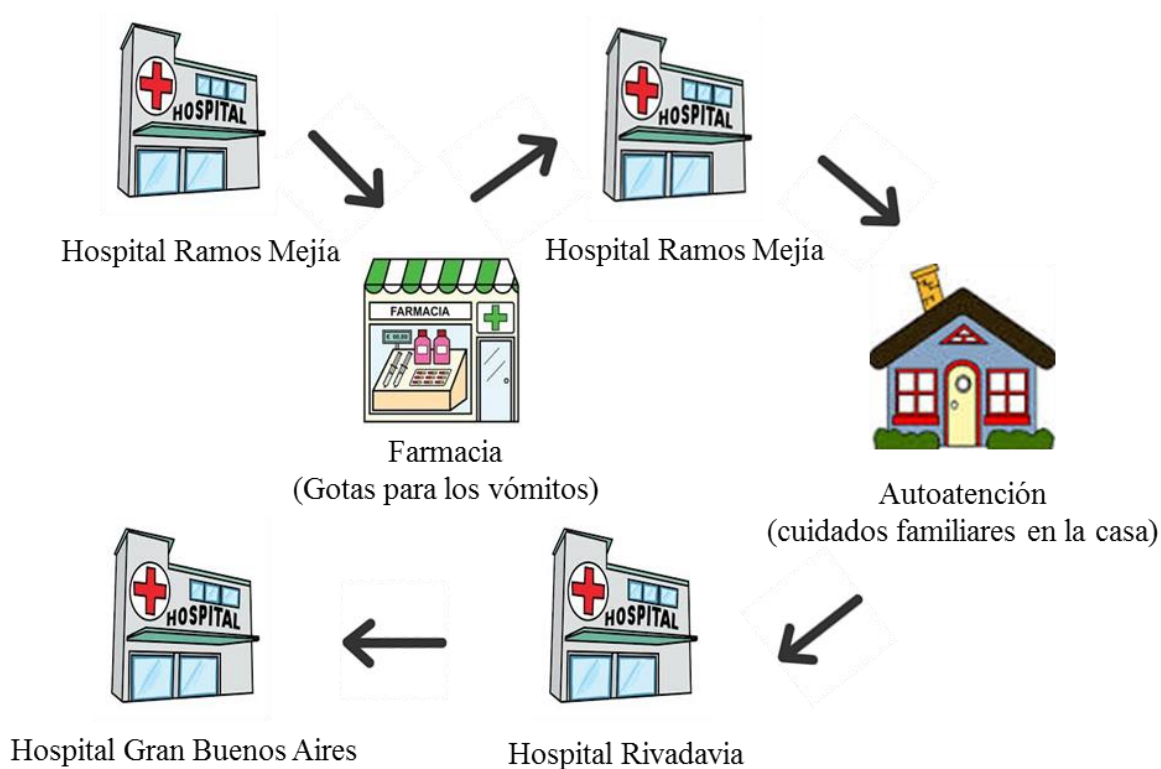
Un personaje importante para Elisa es Juliana, su cuñada, quien no sólo colaboró con el cuidado de Kathy una vez que estuvo en su casa, sino que insistió para consultar en otro hospital luego de que recibiera el alta, para cerciorarse de que todo estaba bien (Figura 13).

[...] Juliana fue la persona que más me ayudó. Ella incluso la llevó a otro hospital, ella le llevó. [...] Dice que fueron en el tren. Viajaron en tren. No sé qué hospital será. Tengo ahí la dirección pero no recuerdo. Incluso ella le llevó a ese hospital y en el hospital ese le hicieron otro análisis. Le dijeron lo mismo, que ella tenía que cuidarse, que tenía que hacer reposo y que todo estaba bien, que estaba sana. [...] La llevó por eso, por eso que se olvidaba y... Era en provincia. No era acá en capital. Ella le llevó. Porque ella me había dado otro hospital para llevarle porque me dijo “No Elisa, llevale porque esto es peligroso. Hay que hacer esto, movilizarla y acompañarla.” Entonces yo la llevé acá al Rivadavia, la llevé. Pero en el Rivadavia me dijeron que tengo que sacarle unas placas, hacerle un nuevo... Por guardia la llevé. Y le

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

dijeron que había que hacerle otros estudios... hay que hacer esto, tiene que venir a sacar un turno... Después de eso ya... después de eso me lo llevó Juliana. (Elisa)

Figura 13 – Itinerario terapéutico de Elisa



Fuente: elaboración propia

5.1.4 Lucinda, el altiplano en la Villa 31

Han pasado exactamente tres semanas desde que Lucinda llegó de Bolivia. Cuenta con cincuenta y un años pero el transcurrir de una vida dura y el sufrimiento que carga desde hace un lustro, la han convertido en una abuelita de unos setenta años. Habla muy poco español. De hecho, si su hermana Alina no estuviera presente representando el rol de intérprete, no nos podríamos comunicar. Su voz es un quejido agudo y sordo, apenas audible. Tiene esculpida en la cara una mueca de sufrimiento y malestar, que permanece impasible mientras responde nuestras preguntas. Camina dando pequeños pasos, sopesando su cuerpo, como si un mal movimiento pudiera terminar en el derrumbe de su afligida anatomía.

Tal como su hermana Alina, nació en el pequeño poblado de Cajas Baja, cerca de Potosí, pero ella nunca fue a la escuela. Llegó directamente a la Villa 31 acompañada por el marido de

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

una de sus hermanas, a la casa de su hija donde viven las dos junto a su nieta. De hecho, ése fue el motivo de su traslado a Buenos Aires. Su hija se separó del marido, quien dejó la casa que compartían y le reclama ahora la mitad del valor del inmueble. Como ella no cuenta con el dinero exigido, convocó a su madre para que cuide a su pequeña hija y así poder trabajar para juntar la cantidad necesaria para saldar la deuda.

Lucinda desde hace cinco años se siente mal pero, desde que llegó al barrio, se siente aún peor. No es necesario preguntarle para saberlo, sólo mirar su mortificado rostro. Por eso no está en condiciones de cumplir la tarea para la que fue convocada. No sólo por su limitación física sino también por su desconocimiento del barrio y del idioma que complica las idas y venidas hasta el jardín de su nieta, para llevarla o ir a buscar. Todo esto resintió la relación entre ellas.

Dice que a veces su hija, como dijo a su hija que la ayudaba, ahora dice su hija a veces “¡Ay! ¿A qué traje a mi mamá? Me está perjudicando mamá si se enfermó ahora. ¿Qué voy a hacer ahora? Yo tengo que trabajar. Le debo. No sé qué voy a hacer... Estoy muy renegada.” Así me dijo a mí mi sobrina... “Porque está mal, dice que no puede hacer nada, que quién va a llevar ahora... quién le va a cuidar”, dice. “Yo no puedo, yo necesito, yo tengo que trabajar. ¿Quién me va a dar a mí?“, dice. (Alina)

Por suerte, también residen en el barrio las hermanas de Lucinda, nuestra intérprete y otras tres que colaboran con ella e incluso la acompañan cada vez que tiene que hacerse entender. Dice al respecto nuestra traductora:

A ella le deja... su hija, que sola cuidando ella se queda... Por eso ella no conoce acá en el barrio, no conoce... Se olvida... Hay que llevar a un jardín, en una guardería está su nieta... Yo la acompaño porque ella se olvida, sino se tiene que acordar. Como ella nunca lo entra en la escuela, tampoco puede mirar una letra como ir para a la casa, como conocer las manzanas, todo... (Alina)

Lucinda dejó en Bolivia a sus padres y tres hijos. Desde que comenzó con este malestar, dejó de trabajar. Los ingresos del hogar son exclusivamente los de su hija: el sueldo por cuidar niños y hacer limpieza en una casa de familia, el programa Ciudadanía Porteña y los víveres que recibe de una organización migrante, que son insuficientes para mantener a las tres. Más aún cuando tiene que dedicar parte de ellos a su ex marido, que increíblemente no realiza ningún

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

aporte para mantener a su hija (por los distintos testimonios recabados, se trata de una práctica frecuente entre los varones de la comunidad).

Al consultarle a Lucinda por los síntomas que padece, respondió con los ojos humedecidos, como si compartiera un recuerdo doloroso, angustiante:

Me duele todo, dice [...] Dolor tiene. Por ejemplo, ella no puede ni caminar. Nos avisaba cuando hablábamos mi mamá, lloraba mi mamá. Dice “¿Qué tendrá? ¿No sé qué le hicieron? no sé, no se puede... nada no le cura, con todo le hicieron curar pero con nada le sacaron. Tirada, a veces no podía ni caminar...” [...] Ella siempre estaba enferma... Hace como cuatro... Unos cinco años, por ahí... Todo el tiempo... que no puede alzar pesados, que no puede trabajar... Dolores tiene... La cabeza, la panza, los pies... [...] Eeh, le dolía el pie. Más que todo las piernas... (le pregunta) Le agarraba que no podía respirar, por ejemplo... Que en la noche no puede dormir, que es más en la noche que le duele la panza. Le quema. Y cuando camina mucho, dice que le duele la espalda... las piernas cuando camina dice que como se quiere caer dice... siente ella... (Alina)

Su itinerario terapéutico, obviamente, comienza en Bolivia. Inicialmente, cuando se sentía mal, tomaba mate de coca que (al menos) le aliviaba temporalmente el malestar estomacal, y otras infusiones con hierbas que no pudo precisar. Luego de un par de meses, los síntomas no cesaban por lo que consultó con un curandero conocido de su madre. Además de los dolores, sufría de una profunda tristeza: trece años atrás, aproximadamente, Lucinda perdió su marido y, sola, tuvo que hacerse cargo de sus hijos.

Ella tenía pena, mucha tristeza, lloraba, de eso por ahí le habían dicho... O renegaba también mucho... como ella se quedó sola con los chicos que eran chiquititos... Que no le hacían caso sus hijos... Su marido se murió hace unos 13 años, por ahí... Y hace 5 que se puso más triste (Alina)

El especialista diagnosticó envidia y gloria. Nuestra intérprete le tuvo que repreguntar varias veces a Lucinda porque no entendía lo que significaba la palabra gloria “Sí, envidia. Le dijeron que tenía envidia... algo como... y no le entiendo eso... gloria... El trueno dice que llega a ese por ahí... Es como un espíritu o algo así...”

Para hacer el diagnóstico, miró hojas de coca sobre una mesa. En general, la forma (ancha o alargada) de las hojas refiere a las personas involucradas y el diagnóstico se hace en

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

base a las características relativas a la conservación de las hojas de coca y a los colores, defectos naturales, rupturas, o huecos en el cuerpo de la hoja.

Esa coca, viste que le hacen... con eso miraron qué tenía... dice que se asustó lugares que estaba feo caminaba... donde caminaba porque esos lugares que era feo y... Por ejemplo, hay una mesa, le pone la coca y con eso va para otro lado... Y en esos lugares donde andaba dice que era feo. Y se asustó. Sí. Ese lugar era, por ejemplo, feo.

Alina le volvió a consultar a Lucinda sobre lo que vio el curandero y sobre el significado de la palabra gloria, y su semblante delató la misma sorpresa e interés que sentíamos nosotros.

Dice cuando llegó había llovido fuerte... Ella, por donde estaba ella. Llegó, dice que a una planta llegó... todo le... partió la planta... Un rayo ¿no? (le pregunta a Lucinda). Rayo llegó, cuando iba con la oveja dice... Cayó al lado y ella estaba y cuando después se olvidó ella, había venido parece y se había sentado... En ese lugar donde cayó el rayo. Sí. Y eso dijo el curandero, por ejemplo, que le puede hacer mal también. Es porque se sentó encima de donde cayó el rayo. (Alina)

Es decir, Lucinda estaba cuidando sus ovejas cuando un rayo cayó en un árbol y lo partió. Ella continuó con su labor y, cuando estaba volviendo a su casa, hizo un alto y se sentó en el sitio donde había caído el arma de Zeus. Eso fue lo que la afectó. Primero, la trataron frotando un lechón por su cuerpo, especialmente el pecho, para luego sacrificarlo en un lugar lejano. Luego, le dieron de beber sangre de un cordero recién sacrificado.

Fue con un chancho... Con el chancho dice que le curaron así su pecho, todo su cuerpo, pero vivo, no estaba muerto... que era chiquitito... De ahí se lo llevaron no sé... a matar o algo por ahí... Le mataron parece, pero lo tenían que llevar a matar... lejos... Y de ahí le hicieron estee... con cordero también... Le mataron y le hacían tomar la sangre. Así... (Alina)

La terapia no tuvo efecto alguno. De hecho, beber la sangre de cordero la hizo sentir peor aún. Por eso, ya no volvió a ver al curandero. Ante la persistencia del malestar, Lucinda decidió consultar en el hospital. Esta vez el diagnóstico fue diferente. Le dijeron que, para mejorarse, deberían extirparle la vesícula y le señalaron que padecía otra enfermedad, pero no recuerda cuál era. Para operarse, Lucinda debía pagar la intervención quirúrgica por lo que continuó con su malestar a cuestas.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En Bolivia iba a hospital... le dijeron que tenía otra cosa más que la vesícula. No se acuerda. Pero tres cosas le dijeron que tenía. Aparte de la vesícula. Pero no se acuerda qué le dijeron que tenía, qué enfermedad... tiene que hacerse curar... tiene vesícula también le sacaron... sí... “Y tenés que hacerte operar. Sino no te vas a curar”, le dijeron. Como no tenía plata, no... [...]Allá tenés que pagar para operación. Gratuito no... (Alina)

A partir de allí, continuó bebiendo mate de coca y otras infusiones para morigerar los síntomas. En algunas oportunidades, se acercó a una farmacia en su pueblo y solicitó que le recomienden un medicamento que la hiciera sentir mejor, con el que tampoco logró grandes resultados: “*Le iba a comprar a la farmacia unas pastillitas también dice... Para la vesícula... ‘Algo me hacía pasar’, dice. Inyecciones también le ponían, dice... (Alina)*

Así hasta el día de hoy, que se encuentra en Buenos Aires. Una de sus hermanas, la acompañó hasta el CESAC N° 21, que se encuentra en la entrada del barrio. Cabe recordar que la llegada de Lucinda a la Argentina no estuvo motivada por la búsqueda de atención de su padecimiento, sino para ayudar a la hija con el cuidado de su nieta.

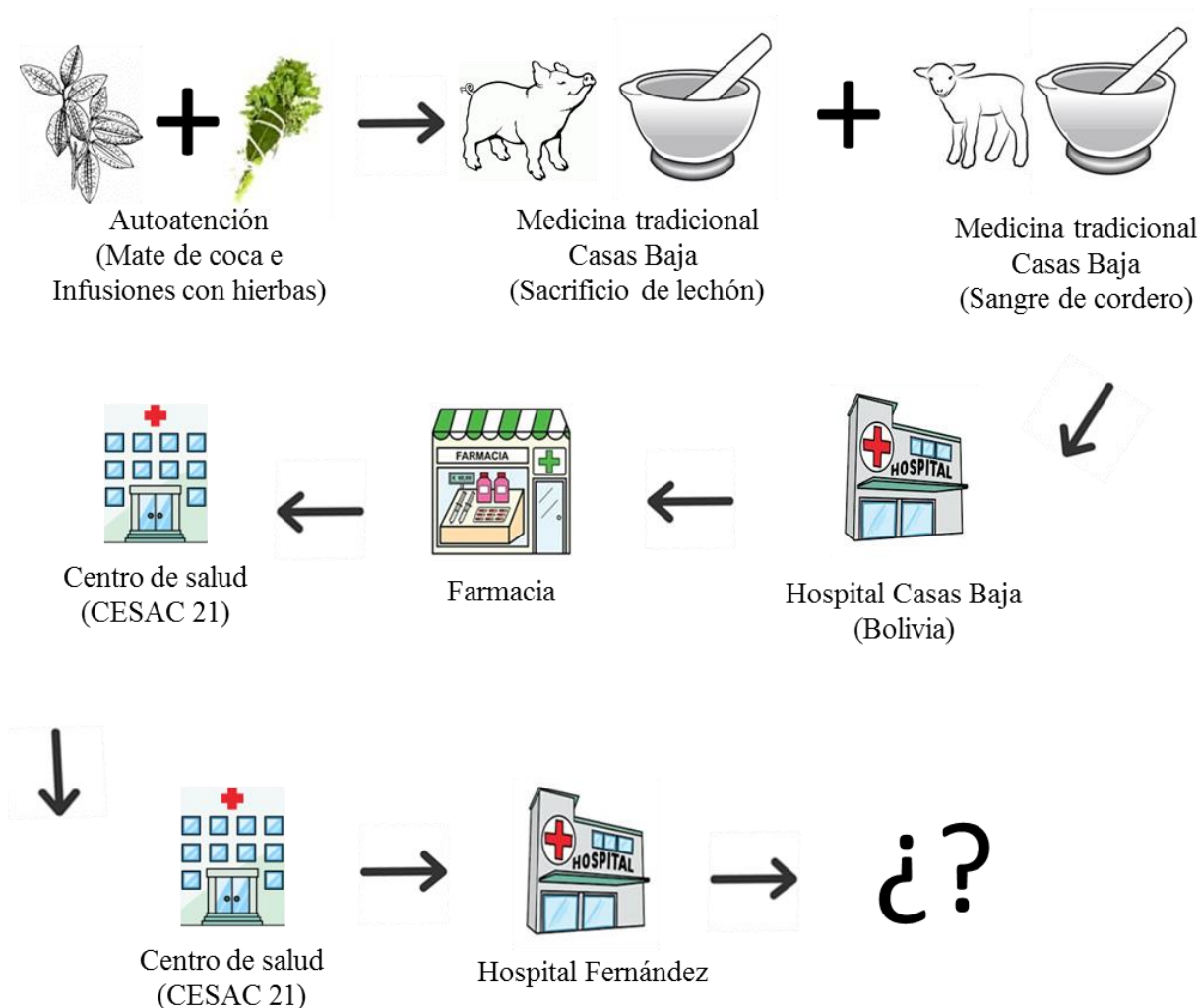
A la salita le llevó mi hermana al control la primera vez... A la de atrás de Coto. Le dieron calmante en la salita, dice. Un rato le hace calmar. Le dieron dieta también. Arroz todo blanco, porque le dicen sin tostar nada... arroz blanco, no fritos... (Alina)

La segunda consulta al CESAC fue con la compañía de Alina, en la que le realizaron una ecografía abdominal y le indicaron un análisis de laboratorio urgente, que se realizó en el Hospital Fernández, porque los resultados estarían antes que en el centro de salud (Figura 14).

Ahora me dijeron que, cuando llevamos por guardia, que le dolía mucho la panza, que tiene la vesícula... en la ecografía. Le llevé yo y me dieron turno para análisis de sangre en el Hospital Fernández... Hoy lo llevé y ya le sacaron... me dieron un turno urgente, ya lo saqué la otra vez y ahora ya le sacaron sangre... ecografía también ya lo saqué... Le pidieron... Ahora eso tengo que... resultado... el viernes... el viernes voy a retirar... Sí, con eso tengo que volver a llevar al médico. (Alina)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 14 –Itinerario terapéutico de Lucinda



Fuente: elaboración propia

Ya les indicaron que la solución del padecimiento de Lucinda es quirúrgico. Hay que extirparle la vesícula. La preocupación de sus hermanas se refiere a la posibilidad de que sea operada sin contar con el documento nacional de identidad argentino. Hasta ahora, tanto en el CESAC como en el Hospital Fernández, fue atendida sin ningún reparo, pero sospechan que en el caso de la cirugía no será tan simple. Infiere en esa suposición la experiencia anterior de otro familiar de Alina:

También tengo acá a mi sobrino que va a Hospital Pirovano... le dijeron que no se podía operar, que no tenía documento [...] Yo no le pregunté todavía al doctor, como yo no le estoy llevando todavía, no le pregunté. Así que no sé... (Alina)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Este testimonio es elocuente respecto de la importancia de las redes de contacto para acceder a la atención en el sistema público de salud. A pesar de que Lucinda cuenta con sólo unas semanas en la Argentina, logró acceder a la atención tanto en el centro de salud como en el hospital gracias al conocimiento y guía de sus hermanas.

5.1.5 Juliana, la risa más contagiosa de la Villa 31

Juliana es madre soltera y vive con su hijo de ocho años en la Villa 31. Habla muy rápido, tanto que las palabras salen como tropezando unas con otras de su boca alternando con risitas y carcajadas. Juliana nunca deja de reír, de bromear. Ése es su mecanismo de supervivencia. Su sentido del humor no sólo le ha permitido sobrellevar situaciones difíciles en su vida sino que le permite conseguir cosas de otro modo inaccesibles. Así se ha ganado el favor de administrativas y médicos del sistema de salud, o que una paisana le enseñe como coser el primer día de trabajo después de haber mentido sobre su experiencia para conseguirlo. Es imposible no reír estando con Juliana.

Nació hace 45 años en Bella Vista, en el municipio de Cotagaita del departamento de Potosí, pero se crió en realidad en las minas dado que su padre era minero. Primero en la mina La Rosita y luego en La Candelaria. La vida del pueblo giraba, obviamente, en torno a la actividad minera y allí llegó a completar el 7° grado de la escuela primaria. Juliana se reconoce descendiente quechua. Desde allí se trasladó con su familia a la ciudad de Tupiza en la provincia de Sud Chichas, cercana a la frontera con la Argentina a la altura de la ciudad de La Quiaca, donde aún viven su madre y sus hermanos.

Llegó hace aproximadamente quince años a la Argentina, reclutada por una tía de Milton, su pareja de ese momento, para venir a vender empanadas en la Terminal de Retiro. Como no tenía documento argentino, comenzó trabajando en un pequeño negocio que esta señora tenía dentro de la Villa 31. Después de un tiempo, se fue a trabajar al restaurant de unas paisanas que nunca le pagaron pero, como aún tenía miedo de que la denunciaran por no tener documento, no reclamó nada. Hablando con unas amigas, se enteró que en la calle Bonorino había empresarios textiles de origen coreano que se acercan a buscar personas para trabajar.

[...] en Bonorino que es, bueno ahí, que hacen fila, ¿viste? Para las chicas... Bueno, ahí me fui a hacer la cola. Venían a buscarte

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

coreanos... yo sin saber de costura... “¿Sabés de costura?”. “Sí, sí, sí”. Ni siquiera sabía pa dónde se empezaba eso. Ya por querer trabajar [...] “No, sí, sí, sí... yo sé trabajar”. Después llego, me llevan allá y había una máquina y yo decía “¿Qué hago? ¿Cómo empiezo? ¿A quién pregunto?”. Como no conocía a nadie, había muchas chicas... paisanas todo... porque hay paisanas que algunas son malas, no te explican... Yo le miraba... a la chica, le miraba lo que ella hacía pero no se me entraba, no sabía qué. Después pensé “Que se te vaya el miedo porque... Yo le digo “¿Cómo es que hacen esto? Diferente yo lo hacía porque yo en el otro trabajo era diferente, era otra clase. ¿Cómo hay que hacer?”. Entonces así me fue explicando. Todo eran mentiras que yo le dije jajaja (Juliana)

Ahí en Flores trabajó casi un año. Entraba a las 8 de la mañana y salía a las diez de la noche, extenuada. Pero lo peor era bajar del colectivo y entrar en la villa a las once de la noche, con miedo, a tal punto que siempre llevaba un poco de plata preparada por si la asaltaban.

Salía a las diez de la noche, desde las ocho de la mañana salía a esa hora. Me tenía que tomar el colectivo con miedo. Acá con susto, la entrada. Hasta que una vez me agarraron, me pidieron plata, que dame plata, que esto, que te vamos a... Porque siempre tenía plata, le daba “Tomá, tomá”. Para que, después me iba y no me hacían nada, después que le daba la plata no me hacían nada. Pasó otra vez, otra vez así pasó hasta que los chicos ya no me dijeron nada, hasta que me conocieron ya ¿viste?, ya no... (Juliana)

A partir de ese momento hasta la actualidad, siempre realizó tareas de limpieza en casas de familia y nunca estuvo registrada. Sus únicos ingresos son su sueldo, la tarjeta Ciudadanía Porteña y los víveres que recibe de una organización de personas migrantes del barrio. Una parte considerable de ellos debe dedicarlos al pago del alquiler de su casa.

Hace aproximadamente seis meses, Juliana comenzó a sentir un dolor que le recorría toda la cara posterior del miembro inferior derecho asociado a una sensación de quemazón que le impedía sentarse o pisar:

Sí, me bajaba de acá... así, de acá me venía todo como una herida acá (se señala el glúteo derecho) hasta el tobillo... todo eso, de acá... todo esto me venía así como un nervio, me venía todo acá nervioso. Era como si fuera una herida [...] como que la herida, como que me... me quemaba, ardía... (Juliana)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Los primeros cuidados fueron en su casa (Figura 15), frotándose con una pomada de ruda y molle, que su hijo mayor le trajo de Bolivia. Es un ungüento que preparan y venden las curanderas en las ferias y que no se consigue en farmacias. De todos modos, sólo la aliviaba temporalmente. La primera consulta de Juliana fue con el farmacéutico, al que le describió el dolor que sentía y le vendió un antiinflamatorio (Diclofenac®). Pese a tomar la medicación, el dolor no cedía, por lo que decidió acudir al hospital. En el Hospital Rivadavia la atendió un médico clínico quien le indicó que debía consultar con un traumatólogo. Como ese día ya no entregaban turnos, tuvo que regresar al día siguiente a las cinco y media de la mañana para conseguir la cita con el especialista. Luego de atenderla, le indicó una radiografía de columna y la volvió a ver a los cuatro días. Examinó la radiografía y le indicó que tome Oxa® B12, entregándole él mismo la medicación. Una vez que terminó de tomar el medicamento y ante la persistencia del dolor, Juliana volvió a consultar con el traumatólogo quien esta vez le indicó una resonancia magnética y que volviera a visitarlo con el resultado del estudio. El examen de resonancia magnética resultó ser una experiencia un tanto traumática:

“No. No me calma”, le digo. “Me duele, me duele, no me puedo sentar”, le digo. Entonces me mandaron a hacer la resonancia. Me mandaron a... a Fernández y de Fernández me mandaron a Hospital de... de Niños... Gutiérrez, sí... ahí me hizo hacer la resonancia magnética esa... ya tenía turno a las 2 de la mañana... No me cobraron nada. Me metieron en una máquina que estaba asustada yo, ahí abajo... yo asustada que se olvidaron y no me sacaron. Viene el doctor y me dice “Ya está”, me dice... Y me dan un turno para ir a retirarlo. No sé si era dos días que pasó y me fui a retirar también. De ahí, de nuevo llegó el lunes, tenía que sacar otra vez turno para traumatología. Sin ese turno, no me...nadie... no te atienden. Bueno, tenía que sacar sí o sí. (Juliana)

Cuando volvió al Hospital Rivadavia con el estudio, el traumatólogo le anunció que debían operarla porque su columna estaba desviada, para lo que primero debería realizarse un examen de sangre. Pero en seguida, misteriosamente, le señaló que debería hablar primero con el jefe de traumatología que tenía que comunicarle algo:

Me atendió un doctor mayor que también me dice “Señora, a Ud. le tenemos... le tienen que operar. Porque está de la columna... tiene mal de la columna. Váyase al consultorio 22 que el doctor, el jefe de traumatología, el jefe, le va a decir algo a Ud. Sí, él le va a decir algo”, me dice... Bueno, me fui, me llamó por mi nombre, entré y me dice:

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

“Señora”, Ud. ¿cuántos años tiene?”, por mi edad ¿viste? me preguntó. Entre ellos estaban un montón de médicos... no sé si eran... bueno... y pasaron a hablar entre ellos “Porque tu columna tienes desviada”, me dicen. Ahora hay que hacer... te vamos a hacer una... no sé de la sangre eso... eso y bueno... “Sí, le haremos esto”... empezaron a hablar “Le haremos esto. Pedile, pedile una aguja” así empezaron a hablar... “Mejor si es dos”, así dijo el otro médico. Bueno... “Le haremos esto. Si eso lo reduce, si te hace bien, no necesitas operación”, me dijo. Bueno... y bueno... así me pasaron, me fui, me mandaron a comprar las agujas allí, fui... (Juliana)

En el hospital la mandaron a comprar las agujas “a la calle Córdoba” pero Juliana no preguntó a qué altura. Fue así que fue en colectivo hasta Córdoba y Scalabrini Ortiz y, luego de preguntar, se fue caminando desde allí hasta la altura del Hospital de Clínicas (unas treinta cuadras), donde finalmente encontró la farmacia.

Pensé que eran agujas inyecciones, para inyectables, para eso, pero yo me imaginaba eso. Yo había llevado cien pesos pensando que costaba alrededor de cincuenta pesos. [...] “¿Tiene estas agujas?”, le digo. “Sí, esperame”. “Está la aguja acá”. Me muestra, así largo era (muestra con las manos). Yo le miraba, como el envase era de papel transparente... “¿Esta es la aguja?!”. “Sí”, me dice, “ésta es la aguja”. “¿Y cuánto sale?”. “400”, me dice. “¿¡400 pesos?!”. “Sí”. “Ah, bueno. Voy a regresar”. Supuestamente tenía que llamar al médico para decirle si conseguía o no la aguja. Y no me llamaba, no me llamaba. Entonces me tenía que ir a sacar turno. A traumatología temprano me tenía que ir. Para decirle que estaba la aguja. “Sale 400 le digo”. “Sí, sale eso”, me dice. “Yo voy a comprar una nomás porque no me alcanza para la otra.” “Bueno. Tráigase una”, me dice. (Juliana)

Como a Juliana le habían informado en la farmacia que no había agujas de la medida que le habían solicitado los traumatólogos, éstos le pidieron que volviera para chequear la longitud de las que tenían allí y retornara al hospital para ver si servían antes de comprarlas. Luego del trámite, Juliana volvió al hospital pero ya con poco entusiasmo para realizarse el procedimiento. Además, el dolor ya no era tan intenso como al inicio de su padecimiento.

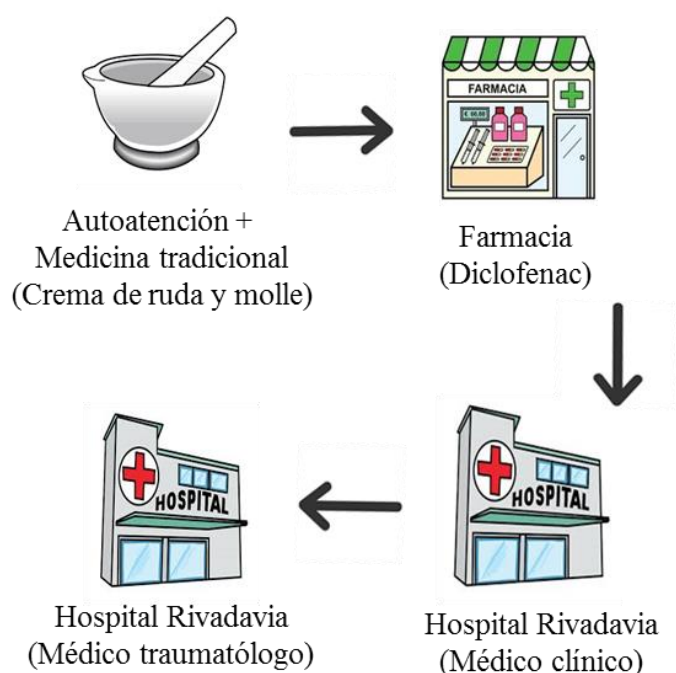
Vuelvo a llevar, tengo que seguir sacando turno otra vez en el hospital. Y fui. Después que me han hecho caminar tantas veces ya se me pasó todo. No tenía más dolor, ya estaba bien, caminaba bien. Voy igual por las dudas. El médico me toca acá la espalda, me dice “Estas delgadita. Traete esa medida”. ¡Ya no volví más! Y ya se me pasó. (Juliana)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Con el dolor en retirada, Juliana decidió no comprar las agujas ni realizarse el procedimiento. Tal como ocurrió en varios de los testimonios recabados, la opinión de otras personas con quienes se comparte el tiempo en los pasillos o salas de espera de hospitales y centros de salud termina, a veces, definiendo las decisiones que determinan los itinerarios terapéuticos.

“No”, dije, “yo no me hago esto. Me dieron vuelta y vuelta y cuando más necesitaba era que me ya hagan ahí nomás”, dije. Y aparte, me dicen, “¿Por qué te van a pedir aguja?”, me dice. “Si en el hospital tienen que dar...” Unas señoras ahí que estaban, ¿viste?, me dijeron así. Y bueno... pasó, ya no me lo hice [...] No volví más... (Juliana)

Figura 15 – Itinerario terapéutico de Juliana



Fuente: elaboración propia.

Si bien está mucho mejor, continúa con dolor especialmente cuando camina durante mucho tiempo y, al momento de realizarle la entrevista, se le estaba terminando la medicación. Juliana planeaba ir a la farmacia con el envase del medicamento vacío para comprar más.

5.1.6 Norma, el recorrido de una mujer militante

Norma tiene 46 años y una anatomía avasallante, una émula de un personaje de Botero

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

o de una fortaleza aérea. Su presencia impone respeto, no sólo por su complexión sino por la seguridad con que despliega su discurso, como si no le importara su ocasional interlocutor. Daría lo mismo tuviera enfrente a un niño o al presidente de un país.

Nació en Trinidad, la capital del departamento del Beni, Bolivia, siendo la menor de cinco hermanos, quienes (salvo ella, claro) todavía residen en la ciudad natal con su madre. Su padre falleció hace ya tiempo. En el pueblo, las actividades principales son la agropecuaria y el comercio y, allí, llegó hasta el tercer grado de la primaria. Norma se considera descendiente de la etnia mojeña. Más tarde, se casó y tuvo cuatro hijos, y confiesa que desde ese momento prácticamente no trabajó. Como Norma es inquieta, aun cuando se ocupaba de sus chicos y de las tareas de la casa, se las ingeniaba para cocinar pan o empanadas para vender y generar algunos recursos extra. Unos años después de casarse, la familia se mudó a Cochabamba ciudad en la que consiguió trabajo en una carnicería. Recuerda amargamente este empleo tanto por las jornadas interminables (desde las cuatro de la mañana hasta las cinco de la tarde, de lunes a lunes) como por lo pesado de la labor, dado que hacía la limpieza, cortaba y preparaba la carne y atendía al público.

Fue aquí en Cochabamba donde montó un restaurant familiar junto a su marido e hijos. Para hacerlo, pidió un préstamo en el banco que, mientras el negocio funcionaba muy bien, pagaba religiosamente. Hasta que el trabajo empezó a decaer y cada vez se les hacía más complicado cumplir los vencimientos del crédito.

Necesitados del dinero para cumplir con el banco, decidieron venir para Argentina. Primero, llegó su marido y tres meses después viajó ella con una de sus hijas y una nieta. Su marido vivía en la casa de un pariente lejano a un par de cuadras del obelisco, pero ahí no había lugar para ellas, por lo que al día siguiente de llegar, tuvo que salir a buscar una pieza para vivir.

Así llegó al barrio de Flores, donde reside actualmente. Al poco tiempo comenzó a militar en el MTL²³ (Movimiento Territorial de Liberación) participando de reuniones, marchas y cocinando en un comedor para gente en situación de calle. Su participación le fue granjeando relaciones y, a partir de ellas, pudo acceder a distintas viviendas.

²³ El MTL es un movimiento social y político de trabajadores ocupados y desocupados que nació en 2001. Tiene representación en 17 provincias y más de 20000 militantes sociales, y forma parte de la Mesa Nacional de la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) de la línea de Hugo Yasky, En la Ciudad de Buenos Aires, este movimiento comienza a desarrollarse ante la emergencia habitacional que viven miles de habitantes en la zona sur de la ciudad (fundamentalmente), y que vienen de experiencias barriales, asentamientos, casas tomadas, hoteles y villas desarrollando una fuerte impronta en la resistencia a los desalojos expulsivos de cientos de familias que quedaban en la calle. Fuente: <http://www.radiosur.org.ar/mtl.php>. Visitado el 2 de julio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Desde ahí me quedé en el barrio... Después, de ahí me metí a... a un movimiento que es el MTL, me metí ahí y también... entonces ahí participé todo... y así mi militancia me llevó a que conozca un poco más también [...] entonces poco a poco fui conociendo y cuando ya me pidieron la ocupación de este de acá yo ahí les dije a ellos que me iba a salir del movimiento porque yo no iba a poder participar porque me iba a ir más lejos.... estee... y yo les dije que lo dejaba... y ellos buscaron ¿viste?... me prestaron una piecita, iba a pagar alquiler, pero no mucho. Pagaba \$ 557... en aquel tiempo ¿no? Ahí me llevaron... ahí estuve viviendo hasta 3 meses... sí... de ahí me llevaron a una casa que era tomada, me llevaron a esa casa y ahí en esa casa viví ocho meses... y ahí nos desalojaron. Acá en Méndez de Andes, de ahí nos desalojaron... bueno, prácticamente estábamos en la calle y de ahí el movimiento se hizo cargo de nosotros y nos quedamos en esta casa que es transitoria, del Gobierno, aquí en Bacacay. Ahí me trajeron, entonces ahí me gané como un transitorio yo ¿no? ahí me dieron una pieza donde yo no pagaba el alquiler, sólo pagaba las expensas... eso... después ahí estuve como 3 años, 4 años ponele, y ya me salí. (Norma)

Su marido trabaja en un lavadero de autos, está registrado y tiene recibo de sueldo, obra social, etc. y, a partir de su empleo, también consiguió vivienda: su patrón le cedió una casa en Bajo Flores para que cuide y se instale con su familia sin cobrarle alquiler alguno. Fue entonces cuando Norma dejó el movimiento.

Como mi marido consiguió este trabajo y le dieron acá... entonces yo ya me retiré del movimiento... Nos trajeron a vivir por Portela... los dueños del lavadero. Nos vinimos ahí donde estamos ahora y yo me retiré del movimiento. Y donde conocí a una amiga que también me invitó estee... a la organización y ahí... donde voy ahora. (Norma)

El año pasado Norma empezó a experimentar molestias estomacales que se fueron volviendo cada vez más frecuentes y, a veces, invalidantes. En un primer momento, se trató ella misma en su casa tomando antiácidos y mascando coca, lo que la calmaba momentáneamente.

Me dolía mucho el estómago, náuseas... sino vomitaba no me pasaba... tenía que vomitar para que me pase el dolor, me dolía la espalda, quería caminar agachada, no podía enderezarme mucho, acidez... Y pensaba que era algo que me caía algo mal y tomaba un Alikal® o Uvasal® o Buscapina® o algo... O mascaba coquita [...] Y... eeh... tenía en mi casa un freezer... ahí me echaba así... me sentía más cómoda encima del freezer... como no podía echarme... ahí agachada nomás era... apoyada... (Norma)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 16 – Itinerario terapéutico de Norma



Autoatención (Buscapina®, Uvasal®, hojas de coca, Alikal®)



Hospital Álvarez

Fuente: elaboración propia

Este delicado equilibrio se desmoronó cuando cometió un desarreglo importante con la comida y según sus propias palabras “reventó”. Un dato llamativo es que Norma, aun con su personalidad avasallante, no consultó en el hospital porque tenía miedo y se quedó en su casa aguantándose el dolor. Su marido y sus hijas hablaron con ella y le insistieron en que concurra al hospital, en que era importante para ella, hasta que la convencieron.

Me fui por guardia... un día que no podía más ya... Entré y después me pasaron... me dijeron que al otro día, lunes venga... porque era sábado creo... que venga el lunes para que saque un turno para que ya para que me vean y me hagan una ecografía... Y me dieron un calmante. Volví el lunes... saque un número y... hacerte una ecografía... bueno... ahí era la vesícula... Sí. Y ahí empecé a llevar un tratamiento... lo que me decían, llevaba... Y no tardé más que seis meses haciendo esto hasta que me operaron. Me dieron una hoja así para... dieta... (Norma)

Norma siguió la dieta durante meses y se fue controlando hasta que llegó el día en que tuvo que operarse. La idea de la operación la angustiaba profundamente pero, de todos modos,

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

la sensación permanente de malestar y sus ganas de recuperarse le ayudaron a enfrentar sus miedos.

Me daban para tal día, tal fecha... meses... para controlar... y mientras hacía los estudios que me pedían, avanzando, pasando los días, meses, hasta que llegó el momento en que me iban a operar. Cuando me dijeron que te tenían que operar, pensaba que me iba a morir [...] ¿Asustada? No, básicamente, claro, uno se asusta ¿no? pero igual. Si me moría, me moría. Pero quería sentirme mejor... (Norma)

Luego de la intervención quirúrgica, ya no tuvo más molestias y la recuperación le llevó cerca de tres meses en los que no pudo realizar sus tareas habituales. En la actualidad, Norma está plenamente recuperada (Figura 16).

5.1.7 Clodivina, la tragedia de Medea se repite

¡Gran Zeus y Temis augusta! ¿Veis lo que sufro, encadenada con grandes juramentos a un esposo maldito? ¡Ojalá que a él y a su esposa pueda yo verlos un día desgarrados en sus palacios, por las injusticias que son los primeros en atreverse a hacerme! ¡Oh padre, oh ciudad de los que me alejé después de matar a mi hermano! (Eurípides 2008, p.121)

Tiene treinta años y reconoce descendiente aimara. Nació en Guaqui, provincia de Ingavi, en el departamento de La Paz, a orillas del lago Titicaca en el límite con Perú, en el seno de una familia numerosa de diez hermanos. Ese fue el motivo por el que sus padres no pudieron hacer que terminen la escuela. Llegó a completar el segundo grado del primario y el año pasado comenzó a cursar la escuela de adultos aquí en Buenos Aires, por lo que está muy contenta. Su padre falleció hace tiempo y por eso todos los hermanos tuvieron que dejar el pueblo natal para buscar oportunidades de empleo. Cada tanto, llama por teléfono a su madre para ver cómo está, con un resabio de nostalgia:

Mis hermanos están en diferentes lugares. Mitad está en Perú, mitad está en Bolivia. Cada uno hizo sus vidas. No están con mi mamá tampoco. Cada uno fue en busca de plata a todos lados. Mi mamá está solita en Guaqui. Cuando hay plata llamo, cuando no hay plata no llamo... a mi mamá. Una de mis hermanas vive con ella y me hace hablar porque está mal de un oído. Es la edad también. Es viejita. Yo también me pongo triste. “Cuánto quisiera estar con mi mamá”, digo. Pero no quiero ir a Bolivia porque acá es gratis hospital, por eso.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

(Clodivina)

Describe su pueblo como un paisaje bucólico, cerca del lago, pleno de recursos naturales pero yermo en cuanto a posibilidades laborales o de generar ingresos. Un lugar con un ambiente puro, donde la gente nunca se enferma pero no consigue trabajo.

Cerca de lago es. Son casitas alejaditas. No hay nada. Sólo campo nomás. Nos criamos animales, vacas, ovejas, chanchos, esos criamos nomás. Se planta papa, cebada, quinoa, sí. Nosotros comíamos de eso. Pero no hay plata. Hay para comer, tienes de todo para comer pero plata, plata nunca hay. Siempre caminamos así pobres. Ahora hay luz, antes no había. Y gas. Es frío. Es cerca del lago, del lago sopla. Allá más bien sanos son. Porque puro... no es así químico. Puro natural es. No tanto, no se enferma. (Clodivina)

Hace siete años ocurrió algo que cambiaría su vida para siempre. Clodivina era asistente en un comercio de venta de ropa, empleo a partir del cual generaba un pequeño ingreso. El ómnibus en que se trasladaba al trabajo protagonizó un serio accidente en el que el chofer y algunos pasajeros perdieron la vida, y otros sufrieron heridas de gravedad. Ella sintió un dolor fuerte en la pierna, pero igual fue a trabajar. Cuando regresó a su casa no quiso que su familia supiera lo ocurrido dado que, como todavía era chica, no querían que trabaje. Aquí comienza su itinerario (Figura 19), cuando consultó a su tío al no poder caminar más.

Chocaron dos minibús. Chofer se murió. No era la única lastimada, eran hartos. Hay otros que murieron. Pero a mí me dolía un poquitito y así mismo me fui a trabajar. A una señora ayudaba a vender unas ropitas. Yendo, viajando me choqué así. No le avisé yo a mi familia porque pensé que sino no me van a mandar. No querían que yo trabajar porque yo era chica todavía. Entonces le mentí “¿Por qué estás cojeando?” Yo les decía “Zapato apreta”, le decía. Así nomás rengueaba. Tampoco era fuerte. Después ya he dicho 6 meses a uno “Me he enfermado”. Y no caminaba. No paraba. Yo me asusté que no podía caminar “¿Qué será?”. Primero fui a ver uno de mis tíos que curaba con yuyos. Que pescaba de los huesos, cuando está salido entraba, así. Me revisó y me dijo “Está mal. Andá.”, y me mandó a hospital. Cuando estás con calentura ellos también bajaban. Hacía hervir unas cosas, con eucaliptus, algo, te ponían y te mejorabas. (Clodivina)

Tal como se lo recomendó su tío, consultó en el hospital pero allí todo es pago y la

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

solución a su problema, quirúrgica y onerosa: cinco mil dólares, más los gastos de internación y los materiales descartables.

Todo cuesta. Fui a hospital y me dijeron que me tenía que operar y que salía cinco mil dólares. Sólo operación, fuera de cama, fuera de... Acá cuando te enfermás es gratis pero en cambio allá no es gratis. Fui varias veces. Como cinco. Era consulta cincuenta bolivianos. Intenté pero... mi mamá también... intenté pero la plata no se podía conseguir tanto. Tampoco era cien dólares. Cinco mil dólares era mucho. Así le dejé. Porque pensé que así me iba a quedar [...] Me dijo “Juntale ese tanto, y te curamos”, fuera de medicamento, fuera de esto o cama, me dijo. (Clodivina)

Este fue el motivo de su viaje a la Argentina: juntar el dinero para pagar la intervención quirúrgica en Bolivia. En sus propias palabras, “*Yo vine acá para conseguir plata y volverme hacer curar allá. No pensaba que era gratis hospital. Solamente vine a trabajar para juntarle*”. Llegó a la Argentina hace aproximadamente seis años, con la promesa de ganar cien dólares por mes trabajando en el taller textil de un vecino de su hermano en Bolivia, pero como en tantos relatos de migrantes bolivianos, sólo se trataba de una quimera. El enriquecimiento personal a costa de la explotación de sus propios compatriotas.

Es que un señor me dijo “Te voy a pagar cien dólares.” Y era plata para nosotros. Porque era cambio más aquí. Y ahora de eso he venido. O sea, ayudante de costura trabajaba. Acá en Flores [...] Ese señor me ha hablado bien bonito, que acá se gana y uno se confiando vinimos aquí. No me pagaba. Me ha hecho cumplir un año, recién me pagaba. “Así juntito te voy a pagar”, decía. O sino “Toma, mitad te daré para tu vale”. Bien poco nomás se hacía. No cumplió. Ahora ese señor sigue, vive. Tiene talleres, tiene sus hijas, bien... Acá en Zuviría está. Dos hermanos eran. Paisanos. Y se abrió el otro en Pergamino, coches bien grandes se han comprado. Pero no era a mí que me ha hecho sino que a todos han hecho así. (Clodivina)

Clodivina viajó junto con otras sesenta personas, todas para trabajar en el mismo taller, el dueño y su mujer. Trabajó dos años en ese lugar y se volvió a Bolivia. Pero la situación allí no había cambiado. Recuerda: “*Y después también me volví porque en Bolivia no había trabajo y dije por lo menos hay, me iré*”. En esta frase queda establecido blanco sobre negro, por qué los migrantes de origen boliviano toleran situaciones de explotación extrema y por qué hay que ser sumamente cuidadoso al tratar el tema. Aun esas condiciones en el límite de lo

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

humanamente aceptable son para ellos soportables en comparación con las que experimentan en su lugar de origen. De hecho, cuando regresa a Buenos Aires, Clodivina retorna a trabajar al mismo taller del que huyó un año antes. En esta nueva etapa conoce al padre de su hija y queda embarazada, soportando las mismas condiciones que en su experiencia anterior lo que, en su estado, es aún más grave. Ni siquiera la permitían salir para controlar su embarazo. Ya en la dulce espera, su pareja la “invitó” a volver a Bolivia con el pretexto de que allí estaría mejor con la nena, y luego volvió a la Argentina para formar una familia con la mejor amiga de Clodivina:

Después volvía a trabajar con él. Porque él me amenazaba porque en otro lado no pagan, que te abusan, te botan, decían. Como es de mi casa de enfrente y confiada nunca me buscaba trabajo. Trabajé otro año, no me pagaba y me volví a ir. Antes de irme conocí al papá de mi hija aquí. Hemos vivido un año también y me embaracé. Me dijo “Aquí se sufre con la guagua. Con los chicos se sufre. Andá a La Paz. Ahí vas a vivir tranquila”. Me fui embarazada y mi nena nació en Bolivia. Faltaban dos meses así, y me fui. La tuve allá. Y aquí nunca me hice control, porque nunca nos daba permiso para salir. Me sacó el documento. Nada, nada. Nos tenía así adentro [...] Él se volvió aquí y se metió con mi mejor amiga. Ahora vive... tiene casa, tiene coche, tiene hijos, pero él nunca tiene plata pa nosotros. Vive aquí en provincia, vive. (Clodivina)

Clodivina logró escapar del taller diciendo que iba a ver a su mamá en Bolivia. Una vez allí, mantuvo en secreto el maltrato del que fue objeto en Buenos Aires. Tuvo su hija pero se convirtió en blanco de la crítica familiar, específicamente de sus hermanos, que le imputaban no haberse cuidado y quedado embarazada, complicando aún más su situación, pese a que ellos le habían advertido. Por eso decidió volver una vez más a la Argentina.

[...] le dije “Voy a viajar a mi casa, adonde mi mamá”. Entonces como somos vecinos me dejó nomás. Y nunca le conté a mi familia... que nos maltrataba, así. No, no. Sino no me iban a dejar venir, pues. A veces sientes... piensan que aquí ganamos bien y ahora por qué no quiere volver, saben humillarse. Piensan que hartó plata llevamos. En cambio... hay plata pero lo malo que no te pagaban. Volví porque mis hermanos me reñían. Decían “Mirá, yo te he dicho con los hombre no hay que juntar. Solamente guagua nomás, sacan. Después ni siquiera te miran: me encargaban a mí. Yo tonta. No sé qué me ha pasado. Me encargaron mis hermanos mayores. Tenían hijos así. Pero que no son

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

separados ellos. “Tienes que cuidarte, cuidarte”, me decían. No tienes que ser fácil. Los chicos para eso nomás te buscan. Sabe hablar. Yo no le daba importancia a mis hermanos. Cuando nació allá mi nena, me reñía mi hermano me dijo “Ahí está, ahora pues aprende, aprende bien. Porque yo te he hablado ¿no ves? ahora no puedes trabajar con tu hija. Estás todo el tiempo porque era chiquitita. (Clodivina)

Regresó a Buenos Aires de la mano de otro dueño de un taller textil, esta vez en el barrio de Mataderos, en el que no sólo no le permitían salir sino que la mujer del patrón maltrataba a la pequeña hija de Clodivina. Al poco tiempo, se escapó hasta la verdulería de una amiga en el barrio de Flores con quien compartió su difícil situación. Ella le ofreció quedarse cuidando su casa por dos o tres meses mientras viajaba a Bolivia.

Después me vine con la nena. Pero yo... Uno de nuestros paisanos también me ha traído. “Yo te voy a pagar bien”, decía. Otro dueño, otro. Pero era su mujer celosa. A mi hija, si la ponía en el coche o en el andador me lo empujaba la mujer, siempre me lo empujaba. De ahí, yo me enojé un día. “No, no voy a trabajar”. Me ha traído por Mataderos. Acá abajo. Y su señora a mi hija le maltrataba. Apenas un mes, dos meses ahí me he aguantado. Después ahí, me viní, como ya conocía un verdulería acá, una amiga tenía. Como yo compraba, ahí le conocí. Un día igual no me dejaba salir. Un día le dije “Voy a ir a pasear”, le dije. Después me vine, escapadita me vine un parejita le digo “Llévame al Flores, quiero ir al Flores”. Y le conté a esa amiga “Así me está haciendo. Quiero salirme”, le digo. Y mi hija tenía pelo también, tenía crecido ya. Y justo entró el piojo a su pieza. Como era recién nacida, lloraba. El piojo tenía. Justo le dije así a mi amiga “Por favor ¿me lo cortas? Por una gaseosa nomás cortámelo pelo”, le dije. Y me lo cortó pelo, ese rato mismo. Después me dijo “Ay, ahora ya mi comadre eres. Quedate a cuidar casa. ¿Pa qué vas a sufrir? Venite aquí a cuidar mi casa”, me dijo. Así porque mi hija este haciendo mal. Yo un día le dije a su marido “Yo me voy a ir nomás”, le digo. “¿Por qué?”. “Tu mujer hace así”, le digo, “maltrata a mi hijita”, le dije. Y después me viní un día acá y él se y he cuidado dos meses o tres meses se lo he cuidado su casa. (Clodivina)

Su amiga había dejado comida y bebida para Clodivina y su hija, pero ella no tenía plata para comprar pañales o ropa. A través de paisanos conocidos, se entera de la existencia del Ticket Social y la orientan sobre la tramitación del mismo. Pero luego la comida se acabó y, hasta que tuvo el carnet para comprar alimentos, tuvo que conseguir dónde comer.

Se fueron a Bolivia. Yo me quedé con mi hijita y yo nomás. Sin plata,

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

sin nada porque ellos solamente me han dado comida, para tomar, todo me han dejado. Pero menos sueldo. Y yo feliz me quedaba. Pero mientras no tenía ni para pañal, no tenía nada. Mi hija no conocía leche. Simplemente conocía té, té, té, té. Un poco nerviosa es mi hija. Puro té le daba entonces. Porque no me alcanzaba nada. Tenía que comprar pañales ¿viste?, ropita, siempre te hacía falta y no nos alcanzaba. Y así unas señoras me dicen “Debes hacer anotarte en ticket social”, me dicen. [...]. Pero yo me he enterado de... otro paisano me dijo. “Tanto sufres de leche y pañal. Debes anotarte. Ciento cincuenta están dando, por lo menos para pañal te va a servir”, me dijo una señora. “Es verdad, señora. Llevame ¿Dónde es?”, le digo. Me indicó un día. Después por mi cuenta me fui así buscando, buscando y me han dado un carnet. Así que no tenía para comer yo. Tenía pieza para dormir pero comida no tenía. Así que fui a Rivadavia, a la Iglesia esa. Ahí frente a la plaza. Me llevó a comer. Dos veces me llevó. “Vamos a comer”. Todo maleaditos comen ahí. Esos chorros, comen... que duermen en la calle. Ellos han sabido ir a comer y yo he ido a comer junto con ellos. Dos veces fui. Después me han dado alimentos en una iglesia china parece que era... coreana. Me han dado para que yo retirara alimentos. Cada miércoles, cada miércoles retiraba y con eso me cocinaba. Único que carne me faltaba. Y alitas vendían, diez pesos dos kilos. Eso me compraba. Con lo que me daban, eso le cocinaba. (Clodivina)

Luego de tres meses su amiga retornó de Bolivia con su familia y le ofrecieron a Clodivina seguir viviendo con ellos, pero su hija estaba siendo nuevamente maltratada, esta vez, por los hijos de su amiga. Consiguió un taller de costura ahí mismo en Flores, en el que tampoco duró mucho por los celos de la mujer del dueño. De ahí, busco una pieza para compartir y se mudó junto con otra señora con tres chicos en una pequeña pieza sólo por un tiempo, hasta que llegó a la casa en que vive desde hace tres años.

De ese verdulería tenía cuatro hijitos que a mi hijita también la abusaban, pues. Me lo pegaban, el mayor tenía ocho años. Me lo empujaba como si... chiquitos se peleaban y el otro me lo empujaba. Y me dolía a mí. Ahí le dije “No. Me voy a ir a trabajar a otro lado”. Por ahicitos nomás me he buscado un costura. Así de coser. Cerca de la verdulería. En calle Manco Capac era. Y esa señora un tiempito trabajé, el marido era bueno conmigo. Me decía “Doña Clodivina no hagas eso. Andá a descansar”. [...] me pagaban. Pero no hartó. Mil pesos me pagaban. Y trabajaba desde 6 de la mañana hasta 11 de la noche. Para que me pague mil pesos. Mi nena estaba al lado mío. Vivía ahí mismo, casa adentro. Cama adentro era. A mi lado estaba [...] La mujer era muy idiota y me celaba porque su marido me hablaba bien.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Un día se habían tomado y le gritó “¡Ay qué cosa! Estás con doña Clodivina. Andá a dormirte con ella”, gritó. Ahí. Y yo me enojé al siguiente día, cuando se levantaron le dije “Quiero saber por qué me celas con tu marido. ¿Qué me has visto? Abrazando o qué haciendo me has visto para celarme porque yo nunca me ha gustado porque yo tengo mi hijita”. Y así me decía su mujer. De ahí le dije “Me voy a ir”. De ahí me busqué una pieza a compartir. Una señora compartía una pieza, 4 x 4 era, pero teníamos... con una cosa separaba. Y aparte la señora que compartía tenía tres hijitos, yo tenía uno. Como es separado nomás no teníamos puerta. Chiquito donde mi cama se hacía pis, a mi hija nomás a veces le pegaba y yo “Mira lo que haces”. Y sus hijas... y entre nosotros peleábamos también. Después nos buenábamos también. “Ay, pa qué. Chicos son. Nos cocinemos”. Y así. Después llegué a la casa que estoy ahora. (Clodivina)

Actualmente, trabaja dos días a la semana realizando (como puede) tareas de limpieza en la casa de una señora, sin estar registrada. Trabaja mientras su hija está en la escuela. Los ingresos del hogar están compuestos por su sueldo, un subsidio habitacional del GCBA con que paga el alquiler, la tarjeta de Ciudadanía Porteña y los víveres que recibe de una organización migrante.

Limpieza voy a hacer. No hay otra forma. Dos días. Así nomás. Después voy a hospital. Limpieza en casa de familia. Tampoco, como estoy mal, puedo hacer mucho. Dependiendo del día trabajo una o dos o tres horas. Me regala leche y yogures pa mi hijita. A veces estoy un poco cansada. Pero qué le voy a hacer. No hay otra forma [...] No me pagan hartito. Treinta pesos me pagan por hora. Dos horas sesenta pesos y a veces quiero comprarme una ropa o la escuela, cuotas, cooperadora, fotocopias todo lo que yo me gano invierto en ahí. Si sobra compramos ropa. Para mi hija y para mí. Porque tampoco es ropa barata. Quinientos, seiscientos una campera. Tengo yo que juntar aunque sea así de poquito para comprar [...] Yo tramité y hay un habitacional que yo tengo. El gobierno de la ciudad te lo paga. Un tarjeta me dan. Con eso lo saco y le doy. (Clodivina)

Desde que sufrió el accidente siempre tuvo dolor y problemas para caminar, pero la situación empeoró francamente durante el embarazo por el aumento en la carga sobre su cadera. La fractura mal soldada, su renguera y su embarazo se combinaron fatalmente para lacerar la articulación y franquear el paso a una infección que comenzó allí para avanzar a todo su cuerpo.

Nomás antes cojeaba y no sentía. No iba a hospitales. Pensé que toda la vida así me iba a quedar. Pero no. Cuando me enfermé y mi hija

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

también embaracé y cojeaba y dice que de la cadera adentro tiene un líquido. Como tantos años que pasó cojeando y panza que tenía embaracé, dice que cada vez que cojeaba el peso, ese líquido se secó entró carne viciosa, ahí adentro y entonces con carne viciosa el hueso se masticaba cada vez que cojeaba. Y ahí sí entró infección cuando estaba embarazada. Y aquí líquido venía, todo el tiempo, como una pila que chorrea así. Salía líquido para afuera todo el tiempo. Toda parte, no ese lugar. Todo lugar. Aquí me reventé, salía (se toma la muñeca). Aquí todo cicatrices. Por todos lados me salía. De mi brazo también. Todo, todo. Así toda parte me quedó cicatriz. De ahí ya no he podido trabajar. (Clodivina)

Su primera consulta en la Argentina (Figura 17) fue en una clínica privada del barrio Liniers (cree que se llamaba San Salvador) porque aún no sabía que el hospital era gratis, en la se gastó todo su sueldo y a la que ya no volvió.

Otro allá, cuesta pero plata. No es Santojanni, más allá en Liniers, es particular, un consultorio. San Salvador parece. Fui primera vez ahí, pero todo mi sueldo y nomás ahí. Y no. Porque te atienden fin de semanas nomás, porque no me dejaban permiso. Ahí cuesta plata igual. (Clodivina)

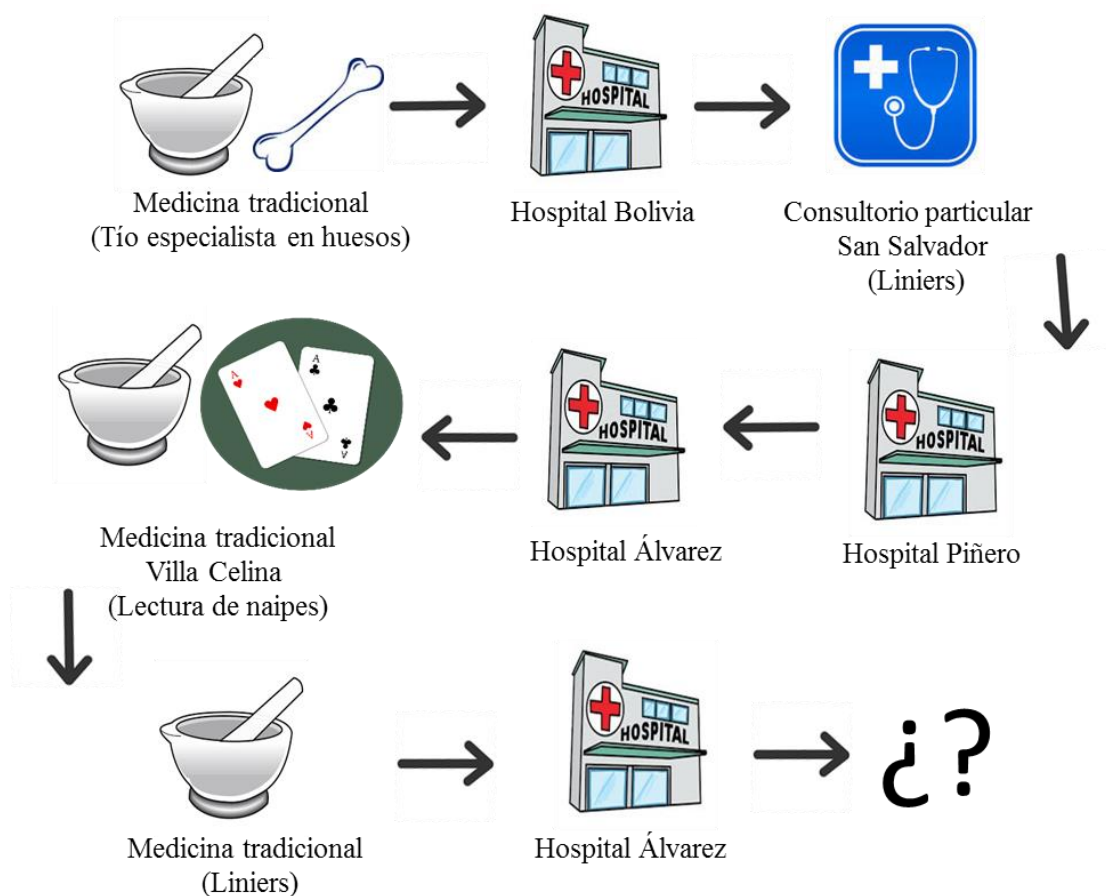
La infección fue avanzando y Clodivina ya no soportaba el dolor. Unas señoras que la encontraron en la calle le recomendaron que fuera al Hospital Piñero, su primer encuentro con el sistema público de salud que no fue fácil. Le tomaron unas radiografías y la derivaron al Hospital Álvarez, ya que no había en el hospital banco de huesos:

Mi guagua era chiquitita. Yo el coche manejaba. Después me he ido llorando. Apretaba así... harto venía. Mi pantalón mucho se pegaba a mi piel. Y cambiarme, acá fuera (señala el muslo), chorreado, como orinado, así. Chorreado estaba. Tenía que cambiarme sí o sí [...] Me indicaron señoras que nos encontramos. “¿Por qué lloras?”. “Mi pierna, me duele”. “Andá a tal”. No conocía. Era a 4 cuadras y así al final ya conocía ya [...] Me dolía y fui a Hospital Piñero. Me dicen tal día venite, tal día ventie, tal día venite, y nada. Casi dos meses me ha hecho pasar. Y al final le dije “Doctor, ¿me va a atender o no me va a atender? Miralo mi pie cómo estoy”, le dije. “¿No tiene siquiera pena? Yo tengo unan nenita”, le digo. Mi hijita a veces llorando llevaba. De ahí un día me dijo “Mañana venite, jueves, y especialista traumatología van a verte”, me dijo. Fui ese día. Me ha hecho esperar, me ha hecho esperar. Me dijo “No, señora. Tu cadera está mal, mal. Tenés que ir a algún hospital ¿Cuál querés? ¿Fernández o Álvarez?”, me dijo. Y yo le dije “¿cuál me queda cerca?”. Como no conocía tanto. “Te queda

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Álvarez”, me dijo. “Entonces ahí ándate señora, porque tiene banco de hueso. A vos te falta huesos”, me dijo. “En Piñero no tenemos banco de huesos”, me dijo. (Clodivina)

Figura 17 – Itinerario terapéutico de Clodivina



Fuente: elaboración propia.

Con los estudios que le habían realizado, se acercó hasta el Hospital Álvarez y la reacción inicial de los médicos fue enviarla de vuelta al Hospital Piñero. Una vez más, su llanto la ayudó:

[...] Entonces ahí yo me fui Álvarez con esas radiografías agarradas. Y tampoco me he llevado nada de eso. Cuando fui a presentarme a ese turno, fui al pabellón I, traumatología, y me dijo “No, no. Adonde te han atendido andá hacete atender”, me dijeron los médicos. Y le dije “Ya no me quieren atender, porque falta el hueso, no tiene hueso”. Ahí... nada. Nada, no me daban atención. Después lloré, lloré, y había

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

una enfermera ahí. Yo lloraba. “No. ¿Por qué tanto lloras? No llores tanto. No te preocupes. Yo te lo voy a hablar” Y ellos lo han hablado al médico. Le dijo “Por favor, pobre chica llora, mirá tiene una nena. No tiene familia”. Porque yo no tengo familia. Mi hija y yo nomás somos. (Clodivina)

Luego de la intercesión de la enfermera, el médico la atendió y le informó que deberían operarla. Finalmente, debieron intervenirla cuatro veces para drenar los focos de infección. La intención de los médicos era reemplazar la cadera por una prótesis que consiguieron a través de la asistente social. Pero cuando la consiguieron, lamentablemente, la infección ya había llegado al hueso, lo que hizo abortar el procedimiento.

En Álvarez me dijeron “Tenemos que operar”. Me dio una hoja que tenía que llenar. Análisis todos los días me tenían que sacar. Y ahí por eso todos los días iba. Al mes me operaron. Cada año me han operado, cuatro veces. No pensaban que tenía infección ellos. Ellos directamente con el asistente social han hablado al gobierno para donar un prótesis. Porque no es gratis y ellos con asistente social han donado un prótesis para mí. Querían ponerme. Y cuando han sacado muestra, ya no podían porque tenía la infección hueso. Y después me operaron porque ese líquido no paraba de venir. Cada seis meses se salía, vuelta, vuelta. Hasta final cuando ya paró totalmente. “Ahora sí”, me dijeron. Igual me han sacado hueso para saber cómo está. La última vez fue el año pasado que me sacaron un pedacito de hueso. Ahora me controlan, a veces me dan para sacar sangre, eso. (Clodivina)

A través de una conocida, Clodivina visitó a un especialista en medicina tradicional que más que curarla le tiró las cartas, le dijo que estaba “amarrada” por algo y le pidió cuatro mil pesos para curarla definitivamente y hacer que vuelva su marido. Pese a sentir la tentación de conseguir el dinero, buscó argumentos para convencerse de que todo era mentira. También consultó otro curandero en Liniers, más económico: le pidió seiscientos pesos por todo concepto. Esta vez Clodivina no pudo resistirse y pagó la suma pero, a las tres semanas, volvió pidiendo explicaciones por la falta de eficacia y, a cambio, sólo recibió excusas.

Aquí hay uno me han dicho, en provincia, en Celina. Un señor así que cura. Y fui un día. “Yo te curo”, me dice. “Pagame cuatro mil, yo te curo. Hasta tu marido va a volver”, me dice. Pero es mentira. ¡Qué va a volver mi marido si ya vive con otra! Así. Así que ese es mentira porque es por sacar plata nomás. Fui esa sola vez. Cincuenta pesos pagué. Con cincuenta pesos me dijo “¡Ay, no, estás amarrado con algo, algo nomás te amarra. Algo como un...” En Bolivia nosotros decimos

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

que hay lugares feos que te acercas, te atan. Si no le haces curar. Él me dijo eso “Eso nomás te amarra. Pagame cuatro mil pesos y yo te hago caminar bien”. Pero yo digo. ¿Cómo va a caminar bien si está descaderado, salido? Ahorita mi pie, mi mano, difícil que haga caminar bien. Ese es un mentira. Sólo miró unas cartas. “Estas aquí nomás, aquí nomás”, me dijo. Y a mi amiga entró igual, pagó cincuenta pesos y le había dicho “Dame mil quinientos pesos y te hago volver a tu marido”. Mentira. Su marido igual no tenía mi amiga que compartía. Tenía tres hijitos. Pero, mentira. Su marido ya ha vuelto. Ahora vive con su marido, pero eso ha sido mentira, quería sacarme plata. Yo casi digo “¡Ay! No, de verdad sería si mejor yo camino... Si así viene su papá estaría tranquilo...”. Ya estaba queriendo prestarme por acá, por allá. Ahí me han dicho “¿Estás loca? ¿Qué querés? ¿Regalar plata?”[...] Uno también en Liniers era. “Seiscientos pesos dame, y yo te lo voy a hacer volver a tu marido”. Y fui a regalar seiscientos pesos. Nunca más. Fui a reclamar. Le dije “Mirá, me has dicho que iba a volver mi marido”. “Ah, no. Esperale dos semanas más. Ya va a venir”. Nunca más. Me ha hecho alejar peor jajaja Es mentira. Para curarme era también. Me dijo “Ya te vas a mejorar. Vos no tengas miedo que ya te vas a curar. Es por bajarte plata nomás que ellos hacen. Y ahora ya no quiero saber nada. Casi le llevo todavía los cuatro mil... Después yo pienso. “¿Cómo me va a hacer caminar? Si mi pie está plantado ahí”.
(Clodivina)

En la actualidad, consulta periódicamente en el Hospital Álvarez, donde le controlan la evolución de la infección. Sigue en tratamiento prolongado con antibióticos y está a la espera de poder realizar una nueva biopsia para ver si está en condiciones de que le realicen el reemplazo de su cadera por una prótesis, para así poder caminar bien y no sentir más dolor.

5.1.8 Moira, del Hotel Plaza de La Paz al Bajo Flores

La noche que concurrimos al Bajo Flores a realizar el grupo focal, nos encontramos en la reunión con Moira a quien conocíamos por haber trabajado en el barrio hace unos cuatro años. Nos saludamos con afecto y nos consultó sobre el motivo de la nueva visita al grupo. Le contamos brevemente acerca del grupo focal, las entrevistas y de los ejes fundamentales de nuestra investigación. Enseguida se mostró entusiasmada por participar y convinimos una cita la semana siguiente en un bar de Avenida del Trabajo y José Martí, que en varias oportunidades funcionó como nuestra improvisada oficina en el barrio.

Moira es extrovertida y mueve animadamente las manos cuando habla, como si estuviera amasando en el aire una imaginaria mezcla que ligara las palabras que salen de su boca. Simultáneamente, abre ampliamente los ojos en un gesto forzado que la hace parecer

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

sorprendida. Pareciera que su cuerpo esconde un desconocido que tira de la gruesa trenza que hila su pelo en la nuca, arrastrando toda la expresión de su rostro hacia la frente.

Tiene cincuenta y seis años y hace ya veinticinco que llegó a la Argentina. Nació en el pequeño municipio de Mocomoco, en la provincia de Eliodoro Camacho del departamento de La Paz que cuenta con alrededor de quince mil habitantes, en un familia compuesta por sus padres y cuatro hermanos, uno de ellos, adoptado. Luego de la muerte de sus padres, ya no vive nadie de su familia allí, ya que todos sus hermanos residen en la ciudad de La Paz. Como la mayoría de la población de la provincia, se reconoce descendiente de la etnia aimara y su familia vivía de la agricultura y la ganadería en pequeña escala, especialmente de la producción de papas, habas, maíz, arvejas, llamas, ovejas y alpacas, siendo la principal actividad de la zona el comercio de esos productos con la vecina República del Perú.

Desde allí, a sus ocho años, se desplazó junto a una de sus hermanas mayores hasta la ciudad de Cochabamba donde encontró su primer trabajo cuatro años después, repartiendo a domicilio los telegramas para una empresa de telegrafía. Ahí mismo completó la escuela primaria y llegó hasta el segundo año de la educación secundaria. Luego regresó a La Paz, para trabajar de mucama en el Hotel Plaza por alrededor de ocho años durante los cuales Moira ahorró el dinero que le permitiría venir a “pasear” a la Argentina, acompañada por una amiga. Ella misma recuerda:

En el hotel estuve trabajando bien... Vine acá a pasear yo. Como yo tenía plata. Tenía como mil dólares que había juntado, entonces vine a dar una vuelta acá. “Bueno, ya que tengo, entonces voy a ir a pasear”, dije. Me quedé. “Bueno, hasta medio año me quedo”. Después ya me acostumbré trabajando en costura... (Moira)

Los seis meses planeados originalmente se convirtieron en un año, luego del cual regresó a Bolivia y llamó a su antiguo empleo para ver si podía regresar. Ante la negativa, se decidió a juntar un poco más de dinero y volver a nuestro país, ahora definitivamente. La falta de empleo en La Paz fue determinante. Además, ese año en Buenos Aires la había cambiado completamente, a punto de ya no sentirse cómoda en su propio país y de percibir un lazo especial con su nueva residencia:

[...] Después llamé al hotel si seguía habiendo vacancia, así, y me dijeron que no. “Junto plata y me voy para siempre”, decía allá. Llegó

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

fin de año y quería irme. Entonces, iba allá pero no era lo mismo para mí. Me había acostumbrado aquí con las cosas. En un año, me vine en enero y me volví para las fiestas, ya me había acostumbrado [...] Vine por conocer. Pero acá era diferente para mí. Un ambiente muy cómodo y había trabajo bastante. Allá luchamos por el trabajo [...] Iba a irme a Brasil, pero no sé, me acostumbré... siempre estaba luchando. “Me voy”... Quería irme, regresaba... Me parece que algo me ataba. Bueno, cuando yo estaba sola, durante cuatro años luché acá... Y bueno, después me hice de pareja... (Moira)

Los primeros trabajos en nuestro país tuvieron lugar en talleres textiles clandestinos en el barrio de Bajo Flores, al que llegó desde Bolivia y del que nunca se apartó. Esa experiencia laboral estuvo caracterizada por las rigurosas condiciones que padece gran parte de los trabajadores migrantes de origen boliviano que trabajan y viven en ellos.

Después la señora donde trabajaba no me dejaba salir. Se enojaba... Sí, acá en Flores. Con ese miedo... viste que allá somos... Uno sale con miedo... “Entonces, ¿qué hago?”, dije. Después enganché a los tres meses, a otro lado salí... bueno, ya no me pagó un poco... el doble y así... Después seguí con un coreano, después me dolía la cabeza... Me salí... Trabajaba muchas horas [...] Era un martirio para mí. Extrañaba, lloraba. (Moira)

Como vimos también en la narración de Clodivina, es muy común que los dueños de los talleres no paguen el sueldo acordado (o directamente no paguen nada) y los migrantes cambien de establecimiento, perdiendo todo el dinero ganado con su trabajo. Están a la merced del ánimo o la disposición de dueños y encargados. La situación de vulnerabilidad en la que son ubicados por la ausencia de la regulación estatal que permite estos abusos es uno de los principales desafíos que se les presentan a los migrantes a poco de llegar a nuestro país.

Cuando le preguntamos si pensaba volver a Bolivia nuestra entrevistada respondió: *“Pienso... Pero como tengo un hijo, yo quiero un futuro para él. Ahí estoy luchando, porque sino... a veces, si fuera por mí, alzo las manos y me voy...”*

Moira vive con su marido y su hijo, el centro de todas sus preocupaciones, en la casa que alquilan en el barrio. En la actualidad, trabaja haciendo changas de limpieza y/o costura unas cuatro o cinco horas tres días a la semana. Además, en sus horas libres, vende productos “Essen®” y “Avon®” para generar algún recurso adicional. Su esposo es peruano y llegó hasta el segundo año de la educación terciaria, pero también realiza changas aunque en trabajos de albañilería. Ninguno de los dos tiene un empleo registrado. Los ingresos del hogar incluyen los

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

sueldos de ambos, la tarjeta Ciudadanía Porteña y algunos víveres que reciben de una organización de migrantes, aunque cada vez más espaciadamente. Actualmente, están intentando ingresar al Programa de Formación e Inclusión para el Trabajo²⁴ (FIT) del GCBA, pero recién se encuentran en la etapa de reunir la documentación.

Moira sufre episodios de malestar relacionados con su vesícula desde hace más o menos tres años. Pero, unos nueve meses atrás, comenzó a experimentar eventos más severos y más seguidos, hasta que uno la tuvo imposibilitada en la cama alrededor de un mes: *“Sí, no estaba trabajando. Me sentía mal. Estaba tirada en la cama. Estuve así casi como un mes...”* Sintió un dolor invalidante en el abdomen que la hacía retorcer, náuseas, vómitos y acidez. El primer tratamiento (Figura 18) fue a instancias de su hijo que se acercó a la farmacia, le relató los síntomas al farmacéutico y volvió con una medicación (no recuerda cuál) que le calmó parcialmente el malestar. Luego de dos o tres días, ante la persistencia de los síntomas, concurrió a la guardia del Hospital Piñero, donde le realizaron una ecografía y un análisis de sangre y le comunicaron que nuevamente la vesícula estaba provocando su padecimiento, algo que ella sospechaba por su experiencia previa. No la medicaron pero le dieron una dieta a seguir para no tener una recaída, y le sugirieron controlarse periódicamente con ecografías aunque le advirtieron que la solución final es quirúrgica. Reflexiona:

Y bueno... por ahí que si tengo, si sigo teniendo, tengo que hacerme ver. Ya no me molesta. Pero tengo que hacerme sacar ecografía que si... que tenía unas piedritas, leves, y... no es tan grave... pero tengo que controlar. (Moira)

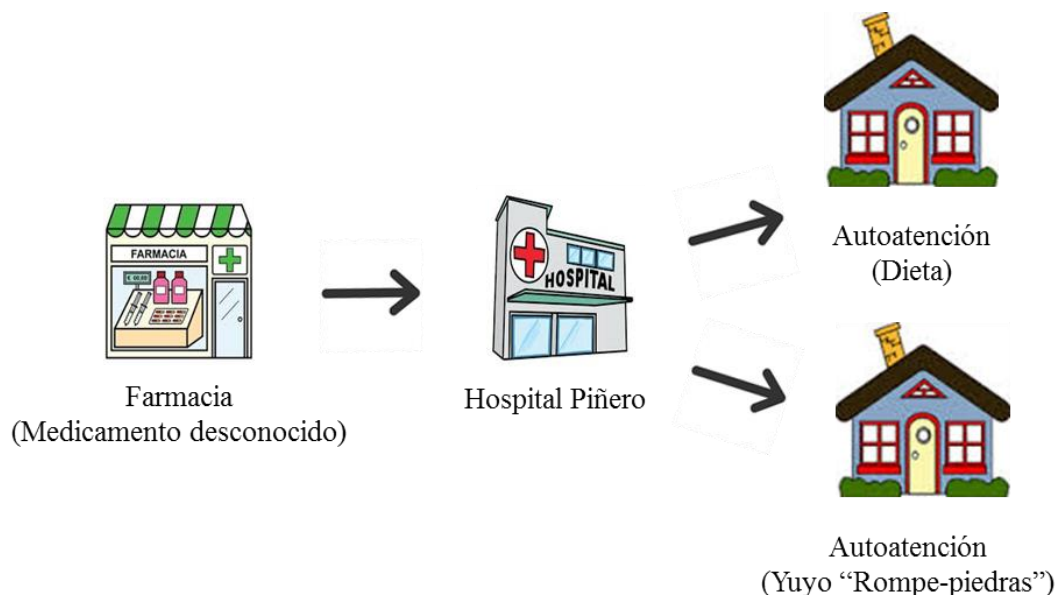
Le consultamos si estaba realizando alguna otro tratamiento aparte de la dieta y nos confesó que, por consejo de una amiga, compra en la farmacia un yuyo para hacer té llamado “rompe-piedras” que se utiliza para “deshacer” los cálculos (biliareos o renales). En sus palabras: *“Bueno, compré rompe-piedras se llama... en la farmacia... es un yuyo. Me lo recomendó una amiga...”* Pese a que fue adquirido en la farmacia, consideramos que la utilización de esta hierba forma parte de la autoatención en tanto no medió la participación de ningún especialista, ni siquiera del farmacéutico, sino que fue motivada por el consejo del grupo de confianza de

²⁴ Es un programa ofrece orientación laboral y apoyo en la búsqueda de empleo, formación y capacitación laboral, así como apoyo económico (subsídios), financiero y técnico para el desarrollo de unidades productivas. Los requisitos son ser mayor de 18 años, acreditar una residencia mínima de dos años en la Ciudad y estar en situación de pobreza y/o con problemas de empleo.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Moira.

Figura 18 – Itinerario de Moira



Fuente: elaboración propia

Los médicos del Hospital Piñero le aconsejaron sacar turno con un cirujano para programar la operación de la vesícula. Pero como su marido tuvo que viajar a Bolivia, Moira prefirió priorizar la atención de su hijo y aplazar la cirugía.

Por ahora estoy bien... Lo único es que... bueno, me tendría que hacer operar con la vesícula... Después me dijo que haga dieta... estaba haciendo... después me iba a dar un turno... en eso viajó mi marido y mi hijo tenía examen para entrar a la universidad. Yo tenía miedo de que por irme a internar cómo hacía las cosas de mi hijo. Porque mi hijo es el único y entonces... ¿quién le va a atender? Eso tenía un poco miedo... Entonces me fui y saqué todo esos estudios... Análisis todo lo saqué, pero trato... que me hizo entrar en dieta... (Moira)

Aquí queda claramente establecido cómo la diferente posición social y el desigual acceso a recursos económicos y sociales, determina diferentes situaciones de salud. Si bien la postergación de la cirugía de Moira parece una elección personal y sin negar la concurrencia de factores personales en la decisión, la imposibilidad de contar con alguien que se encargue de la casa y su profundo interés en que su hijo acceda a la educación universitaria configuraron un escenario que la impulsó a tomar esa determinación.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

5.1.9 Benedicta, una “okupa” en el Hospital Álvarez

Nuestro contacto con Benedicta fue por intermedio de Norma, quien luego de hablar con ella, nos facilitó el número de su celular para concertar una cita que finalmente tuvo lugar en nuestra oficina en el barrio: el bar de Avenida del Trabajo y José Martí. Convinimos en encontrarnos en la puerta. Como hasta ese momento Benedicta sólo era una voz para nosotros y llegó con unos quince minutos de demora, nuestra mirada ansiosa escrutaba los rostros de ocasionales transeúntes que podían corresponder a nuestra entrevistada recibiendo como respuesta algunas expresiones de fastidio. Hasta que la voz se convirtió en rostro, con ojos rasgados que prácticamente desaparecen cuando ríe y aparece el reflejo áureo de un diente dorado que encandila. Siempre que ríe, tose. Como si el espasmo de la risa desatase una reacción en cadena en el tórax que suena como un cajón peruano azotado por una infinidad de manos.

Tiene cuarenta y ocho años pero, como muchas de las señoras que entrevistamos, el rigor de las duras experiencias a lo largo de la vida se ensañó con su cuerpo y su apariencia desmiente su edad cronológica. Nació en Irupana, un poblado de poco más de dos mil habitantes separado de la ciudad de La Paz por ciento veintidós kilómetros a recorrer a lo largo de cuatro horas, en el seno de una familia numerosa con siete hermanos. Debido a que esa localidad presenta un clima tropical como el de Cochabamba, la principal actividad de la región es la producción de fruta, verdura y de la coca. Allí tuvo su primer trabajo siendo niña, ayudando a su padre en las tareas del campo, y terminó la escuela secundaria. Benedicta se reconoce descendiente aimara y entiende el idioma. Con el propósito de continuar sus estudios, se trasladó hasta La Paz, pero la falta de recursos finalmente le impidió lograr su cometido. Ya con veintiún años, partió hacia Santa Cruz de la Sierra, donde consiguió trabajo como vendedora en un negocio de ropa y pudo ahorrar el dinero que le permitió venir a la Argentina. Su empleo le permitió entrar en contacto con compatriotas que se habían trasladado a nuestro país y que aprovechaban para comprar ropa cuando visitaban a la familia, quienes le pintaron un panorama promisorio para mejorar su situación económica:

Llegaban... yo tenía clientas que llegaban de acá y compraban la ropa. El negocio tenía ropa chilena, brasileña, panameña. Entonces vendía en la galería, y tenía clientes que compraban. Y salía más barato allá... Ahora está envés... sale más barato acá... Antes era envés... Cuando venían me decían “¿Cuánto ganás?” “100 dólar”. “Allá podés ganar

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

500". Cuando estaba 1 a 1. "¿Por qué no te vas allá?", me decían. Entonces nos animamos a venir de paseo nomás, de vacaciones... con mi amiga... para pasear, para ver cómo... si es verdad lo que nos decían... Y me quedé... sí. Llegue a de una amiga. Al segundo día nos buscamos una pieza para alquilar. Vinimos con plata. (Benedicta)

La expectativa apuntaba a estar sólo un tiempo y ahorrar dinero para poner un negocio en Bolivia pero ya hace veintiún años que arribó a Buenos Aires. Como la mayoría de las personas que entrevistamos, recuerda la crudeza de los primeros momentos en la Argentina:

No tenía documento, no tenía trabajo. Antes era difícil tener documentos, si nos costó hacer los documentos... No conseguía trabajo. Me pagaban 150 y pagaba 150 la pieza. Nosotros habíamos traído dinero de allá y lo gastamos en tres meses. Nos compramos cama y apenas... Después hicimos los documentos y ahí empezamos a trabajar. (Benedicta)

Su primer trabajo fue como cocinera en un taller textil situado en el barrio de Flores, cuyos propietarios eran de origen coreano. El problema era que nuestra entrevistada y su amiga vivían en el límite entre las localidades de Isidro Casanova y Ciudad Evita, en el partido de La Matanza del conurbano bonaerense. La jornada laboral de doce horas (de ocho a veinte) sumada al extenuante viaje entre su casa y el trabajo, la dejaba agotada:

La primera pieza era en la provincia, en Crovara y Cristianía, en La Matanza. Estuvimos ahí un año. Teníamos que salir a las cuatro de la mañana para llegar a las ocho acá. Yo trabajaba en Flores, en un fábrica textil de los coreanos trabajaba. Trabajaba 12 horas... yo entré de cocinera... Entraba a las ocho y salía a las ocho de la noche... Y llegaba a mi casa más de las once de la noche. (Benedicta)

En cuanto pudieron se mudaron a la CABA, pagando un poco más de dinero pero evitando el interminable viaje:

Después de un año nos mudamos a Capital, Flores... nos salía un poco más pero me ahorraba el viaje. Después siempre me mudé en Capital hasta que llegué a donde estoy ahora... Zuviría y Culpina... Trabajé en esa empresa textil cuatro años, después me casé, tuve mi bebé y ya no volví. Estaba yo en blanco trabajaba, me pagaban con boleta, la obra social de mi hijo... A muchos de mis paisanos los trajeron (a otros talleres) y no los dejaban salir... (Benedicta)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Actualmente, Benedicta trabaja dos días a la semana, entre cuatro y cinco horas, realizando tareas de limpieza en una oficina, propiedad de la hija de una pareja de ancianos que cuidaba pero que ya fallecieron. Su marido, con quien se conoció hace veinte años a poco de llegar a nuestro país y tienen dos hijos (un varón de diecisiete años y una niña de diez), es electricista y trabaja de manera independiente realizando changas. Él completó hasta el tercer año de la carrera de odontología en Bolivia, pero no la pudo terminar allí por falta de recursos ni en nuestro país, porque se tuvo que dedicar a trabajar. Ninguno de los dos tiene recibo de sueldo ni obra social. Los ingresos del hogar están compuestos por los que ella y su marido perciben por sus labores y, además, son beneficiarios del programa FIT. Esporádicamente, reciben víveres de una organización migrante que trabaja en el barrio. También poseía la tarjeta Ciudadanía Porteña, pero la visita de la trabajadora social para corroborar el domicilio y los datos del beneficiario coincidió con la internación del anciano que cuidaba, por lo que fue dada de baja (pese a que su hijo atendió a la profesional y confirmó que se trataba de su madre). Nuestra entrevistada realizó el reclamo correspondiente para recuperar el beneficio, pero sólo recibió como respuesta que debe esperar.

Hace aproximadamente seis años comenzó a sentir un malestar, especialmente después de comer, que incluía dolor de estómago y en la espalda, náuseas y acidez. Inicialmente, la molestia cedía luego de tomar té de coca. Pero ante la persistencia de los síntomas, Benedicta decidió consultar en el Hospital Álvarez, donde le indicaron Buscapina® que adquirió en la farmacia. Pero el alivio inicial dio paso al regreso de los síntomas y tuvo que volver en reiteradas ocasiones al hospital hasta que los médicos, luego de realizarle una ecografía, le comunicaron que debería operarse de la vesícula. A partir de ese momento, tuvo que enfrentarse a las limitaciones estructurales del sistema público de salud:

Me pasó y comí una masita y otra vez... Me daba vinagrera (acidez), ganas de vomitar, me dolía el estómago, la columna... Después volví al hospital y me inyectaron. ¡Ni eso! Después, a lo último no te calma nada. Fui un montón de veces al hospital... hasta que me cansé... porque tenía que operarme, no había cama, no había [...] Hice todos los trámites, los análisis de sangre, no había donadores... Después que está mal la cámara, que se rompió, se canceló... Lo dejé... Me cansé y me dejé así... Como seis años... Ya mi nene tenía once, y la nena era chiquita... (Benedicta)

Allí fue cuando, por recomendación de una amiga, comenzó a tomar el jugo de aloe vera

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

que le alivió los síntomas durante casi cinco años, luego de los cuales perdió su efectividad. Benedicta volvió al hospital decidida a operarse a como dé lugar:

Tomando ese jugo de aloe vera y con eso... cuando me cae la comida pesada lo tomo, unas dos cucharas y tomo mucha agua... porque me limpia todo... me limpió toda la cara, porque tenía manchas, todo... ¡buenísimo es! Hasta que en un momento tampoco me calmó... Sí lo ha reducido, porque tenía seis centímetros la primera vez, tomando el aloe quedó a cuatro, con cuatro centímetros... después... las piedritas... Ahí me seguí sintiendo mal. Me fui y le dije “Mirá. Tengo todo sellado, tengo donador de sangre, me tienen que operar sí o sí”.

Nuevamente, surgieron las complicaciones por la falta de camas disponibles, pero ella estaba firmemente convencida de que no se iría del hospital sin resolver su problema:

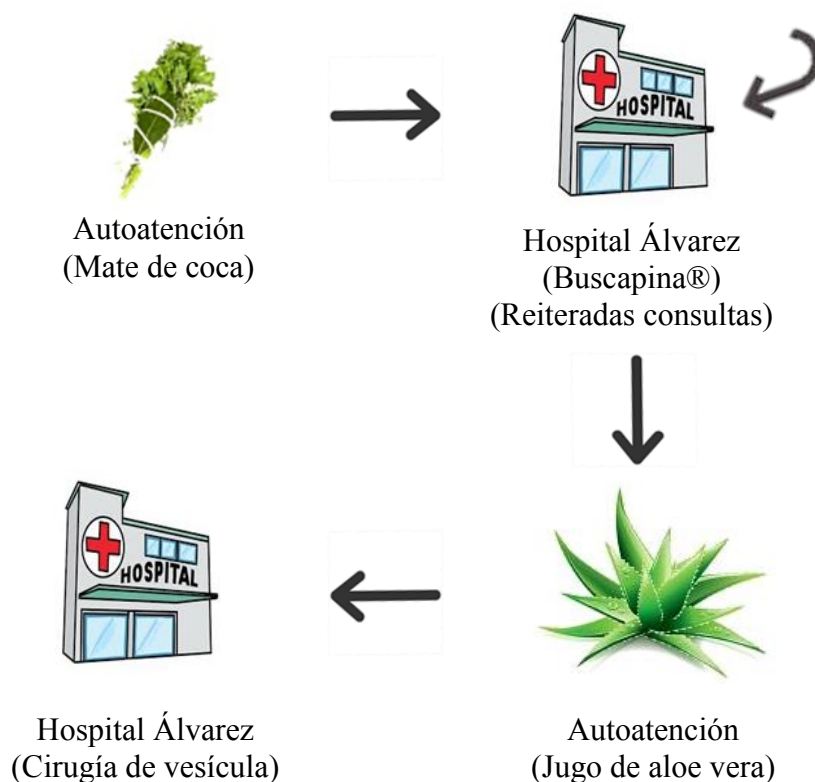
“No importa, me voy a operar”, le dije, “aunque no haya cama”. Ahí me quedé en hospital. Y ahí me quedaba. Después el sábado venía a verla a mi hija. Y así encontré la cama. Estuve una semana creo... viviendo en el hospital... en la sala de espera. Iba, venía, volvía... Como te decía, estaba cansada de esperar. Después daban la cama y llegaba otro peor de emergencia, lo metían antes... Estuve una semana internada sin cama... aunque estaba con dolores, me decían “Esperá, esperá...” Ya estaba aburrída... me escapaba un rato a ver a mis hijos y volvía... para que no me lo sacaran. (Benedicta)

Finalmente, fue operada a fines del 2014 y estuvo un mes sin trabajar luego de lo cual los síntomas desaparecieron definitivamente (Figura 19). De todos modos, Benedicta sigue tomando jugo de aloe vera a modo de elixir purificador que mantiene su salud. Lo adquiere en un negocio de la calle Arenales y Esmeralda, y le tiene gran confianza:

[...] Me operé nomás, porque tenía miedo pero estaba muy molesta. Es peligroso también, porque escapa la piedrita [...] Lo que yo tomaba era de la empresa que venden aloe vera, viene de Estados Unidos. En la calle Arenales, cerca de la Cancillería argentina. Son buenos esos productos [...] Con este aloe vera estuve cinco años tomando el aloe vera y no me dolía... como que te limpia... Es buenísimo. Yo lo tengo fe al producto. (Benedicta)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Figura 19 – Itinerario de Benedicta



Fuente: elaboración propia

5.2 El registro grupal

5.2.1 La Villa 31

Luego de dos intentos fallidos, logramos finalmente reunir a cinco mujeres de origen boliviano en la casa de una de ellas. Con algunas nos conocíamos de antes, pero había dos señoras con las que nos vimos ese día por primera vez y que se notaban un poco incómodas. Luego de informarles sobre los objetivos de la investigación y la dinámica que llevaríamos adelante propusimos, como una estrategia para aflojar la tensión, que cada una contara cómo era el pueblo o la ciudad donde nació y cómo era su vida en ese lugar, comenzando nosotros mismos hablando de nuestra infancia. Aunque algunas fueron un tanto escuetas, logramos nuestro cometido: en esta primera ronda, todas las mujeres tomaron la palabra. Ya estábamos en condiciones de sumergirnos en el tema de nuestra investigación.

Empezamos conversando sobre las alternativas de atención disponibles en cada uno de sus lugares natales y todas manifestaron la presencia de postas de salud donde se atendían los

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

problemas de baja complejidad y la disponibilidad de hospitales (más o menos cerca según el caso; el más lejano, a una hora) a donde acudían o eran derivadas desde las postas para los casos más complejos y donde se pagaba por todo concepto. A modo de ejemplo, el testimonio de Guadalupe:

El mío era un pueblo también. No tan lejos pero como veinte minutos de la ciudad. Yo nací en la zona de Cochabamba, en Tiraque. Ahí había también la posta de salud. Solamente funcionaba de ocho a doce y por la tarde, si te pasa algo, un chico con fiebre algo, ahí al lado había una clínica privada y si era algo más complicado había que ir al hospital al centro. Igual por más que era un hospital o algo, tenías que pagar la internación, la cama, una jeringa, alguien que te lo inyecte... tenés que pagar todo. Hasta ahora sigue siendo así, porque yo fui el año pasado, cuando mi hija nació [...] Y llegó con tos allá, y le llevé y tuve que pagar. (Guadalupe)

Sin embargo, varias de ellas estaban al tanto de que se ha avanzado algo en relación con el acceso a la salud de las personas más vulnerables. De acuerdo a los testimonios, los niños menores de dos años, los adultos mayores de sesenta años y las embarazadas tienen la posibilidad de inscribirse para recibir atención gratuita. En este punto registramos, más allá de la gratuidad de la atención, una diferencia entre los servicios bolivianos y argentinos, específicamente sobre la atención durante el embarazo.

Sí para embarazadas también creo que sí... Porque una ecografía... cuando yo tuve a mi hijo allá, la ecografía salía carísimo. Era un lujo hacérselo. Yo no me lo hice prácticamente. Porque me dio la orden, y al otro día nació. En ese tiempo estaba setenta bolivianos. (Guadalupe)

Aparte allá no exigen, no piden... O sea que hasta que no nace no sabes si es hombre o mujer. O sea yo no sabía. No sé si es por costumbre o para ahorrar plata, pero no piden... Lo mismo de los controles... (Elena)

No se sabe y no es que ellos te dicen "Mirá que te tenés que hacer una ecografía". Yo más que nada no estaba segura de cuánto tiempo estaba o de cuándo tenía que nacer. Por eso querían que me haga, pero nació antes de que me lo hiciera (Guadalupe).

Esto cambió en el último tiempo según nos señaló la propia Guadalupe:

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

“El tiempo que yo tuve a mi nene allá hace dieciséis años no veía mucha exigencia por el tema del control y todo eso, pero el año pasado cuando fui, me hermana estaba embarazada, tenía los controles, tenía el carnet de embarazada igual que acá, tenía que hacer ecografía, todo eso... (Guadalupe)

Todas las participantes manifestaron conocer especialistas en medicina tradicional en el lugar en que vivían, incluso en sus propias familias. Pero en los testimonios se insinuó el borroso límite entra la autoatención con remedios caseros y la medicina tradicional. Muchas de sus madres y abuelas, conocían remedios caseros que heredaban de sus antepasados pero ¿eso las convierte en especialistas? Este es un interrogante que también surgió en algunas de las entrevistas, por lo que decidimos compartirlo con el grupo: *“Mi mamá era partera. Ayudaba en los partos”*, inició Norita. Juana, en cambio, fue un poco más escéptica: *“Yo creo que todas las mamás en realidad ayudaban. Porque venían así, gente un poco menor que ella y mandaban a su hijo ¿qué sé yo? a llamar...”* Elena compartió su experiencia: *“Cuando está mal puesto lo acomodan. Sí. Por ejemplo, a mí me pusieron a una sábana o un colcha grande, y de los dos lados sacudían para que se enderece.”* En definitiva, no hubo acuerdo. De todos modos, la duda remite a una taxonomía que no tiene ningún sentido práctico. Ante un problema de salud, se consulta o se sigue los consejos de quien se considera versado, sea un especialista, un familiar o lo que fuere. Desde nuestro punto de vista de investigadores, entendemos que el especialista no sólo sabe preparar remedios caseros, sino que tiene conocimientos para diagnosticar y tratar padecimientos mediante maniobras y/o medios específicos, y que es consultado y reconocido como tal no sólo por su familia sino por la comunidad en que vive.

Al momento de consultarles por los servicios públicos de salud que conocen en el barrio, las respuestas fueron idénticas a las obtenidas en las entrevistas: los hospitales Rivadavia y Fernández, los CESAC 21 y 25 (más conocido como “banderita”) y el CAPS “Ramón Carrillo”. Cada una fue realizando aportes a partir de su experiencia con alguno de ellos, resaltando sus defectos o bondades. Conseguir turno para ser atendido tanto en los CESAC como en los hospitales es considerado una odisea, por eso Guadalupe valora que en el CAPS “Ramón Carrillo”, las citas futuras ya se reservan el día en que uno es atendido, comentario apoyado por Juana.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Yo ahí me estoy atendiendo ahora, ya casi... del año pasado en agosto fui... Me atienden bastante bien. Me programan el turno, no tenés que ir temprano a hacer fila. Una sola vez hacés fila... la primera. La primera vez si me fui temprano a hacer la fila y me atendió la pediatra y me dijo la de acá tres meses venite... la fecha... ahora tengo para el treinta de julio para mis hijos. El veintiocho creo que tengo para el otro. (Guadalupe)

Todas estuvieron de acuerdo con Elena, cuando afirmó *“En banderita también es lindo. Ese también es bueno. Es mejor que el de Coto²⁵”* Pero no sólo plantearon diferencias entre los centros de salud, sino que también son reconocidos algunos profesionales, especialmente por la calidez y dedicación de su atención. Norita rescató un médico del CESAC 25: *“El Dr. Roca aparte es puntual. A las ocho de la mañana está ahí el doctor.”* Guadalupe estuvo de acuerdo, e incluyó a la administrativa:

Y si no está el que está programado, puede ser que atienda a uno que está ahí que va a consultar algo... dice “¿Tenés el chico acá? Te lo atiendo”. Porque hay mucha gente también que saca el turno y no va. Sí son buenos. La señora se acuerda tu apellido, te atienden bien. (Guadalupe)

Cuando llegó el turno de los hospitales, la gran mayoría prefirió el Hospital Rivadavia al Hospital Fernández, salvo Elena, quien destacó este último por haber solucionado allí un problema de salud de su hijo, y Juana, por una cuestión más pragmática: *“Y yo los dos. Porque si te mandan de la salita²⁶, en el Rivadavia no quieren recibirte. Porque corresponde al Fernández”*. Guadalupe aportó:

“En cambio, aquella salita... la de San Martín, te manda al Rivadavia [...] Algo me explicó... de la Nación²⁷... Porque después en el Rivadavia muchas veces no te quieren atender. Yo he visto muchas veces... te dicen “Si sos de la villa, tenés que ir al Fernández”. Mi hijo nació ahí. Desde esa vez, yo voy al Rivadavia.” (Guadalupe)

Al inquirirles sobre algún especialista en medicina tradicional en el barrio, sólo Elena conocía uno, de origen paraguayo. El resto, refirió no saber de ninguno. Esto nos parece

²⁵ CESAC 21.

²⁶ Los CESAC 21 y 25 corresponden al Hospital Fernández.

²⁷ El CAPS “Ramón Carrillo” depende del Ministerio de Salud de la Nación.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

llamativo, dado que todas las mujeres entrevistadas individualmente manifestaron lo contrario, aun cuando algunas de ellas nunca habían consultado alguno. Guadalupe nos confió que conoce una señora argentina que cura cerca del Mercado Central (próximo a donde vive su hermano) y, a partir de su relato, conocimos la enfermedad de la “pata de cabra” y su itinerario terapéutico condensado, que incluyó además al hospital y una especialista boliviana:

Donde yo tengo mis hermanos, que viven allá por La Matanza, hay una señora que cura del pata de cabras que le dicen... Es argentina... Tenés que llevarle quince días... No sé qué es, pero llora el chico y... lo cura. Y ya le llevé al médico no tiene nada, le llevé a una curandera, que según la curandera estaba asustado. Al lado del Mercado Central... Boliviana creo que era la que según ella estaba asustado... Sí, porque yo le hice caer del camión. Yo me fui atrás y la nena quedaba arriba... Como de seis meses por ahí... Se ve que no había nadie... como en el Mercado Central hay changas y todo eso, que está merodeando por los camiones y bueno... alguien la vio, y la nena estaba ya pegadita... se desesperó y estaba pegadita a la puerta y se cayó. Cuando yo escucho ruido, bajo y la nena estaba en el piso. Era invierno y tenía mucha ropa. Enseguida dejé de comprar y me fui al hospital y no tenía nada... Supuestamente ahí se asustó, que el mercado es un lugar muy grande, tiene no sé qué cosas y que me tenía que cobrar tres mil pesos para curarlo. Y yo le dije que no tenía esa plata. “Bueno, te lo hago algo provisorio para que veas que sí curo que esta semana va a estar bien”. Trescientos cincuenta creo... Tres días por ciento cincuenta, cuatrocientos cincuenta en total... Y me lo curó y pasó esa semana y no mejoró... Después fui a lo de mi hermana a visitarle y la ve llorar y que hacía con la cabeza así para atrás y me dice “Yo también la hice curar por eso”. Hay una señora que cura. Y es un señora bien, bien mayor que me dice “Sí, tiene pata de cabra” (Guadalupe)

Quisimos saber sobre el origen de la enfermedad y cómo se cura, y Guadalupe nos detalló las maniobras terapéuticas de la especialista sobre la espalda de su pequeña hija, mientras el resto de grupo escuchaba asombrado:

No sé qué es. Según la señora es algo que crece por la columna y si llega a su cerebro el bebé muere. Te dice así que no te quedas con las ganas de dejarlo. Sí, lo haces curar. Quince días cada tarde [...] Maneja su dedo en la espalda, algo así... y ya está... Es suavito... no lo está tocando. Creo que ni le está tocando. Es como un masaje que le da. “Todos los chicos tienen, algunos despierta y otros no”, me dijo. Y después le curó, y como el tercer día mi hija estaba tranquila. Dijo “Bueno. Lo voy a creer y lo voy a llevar”. Estuvo como seis meses así bien y de nuevo. Y me había dicho la señora “Si está de nuevo así, tenés

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

que traerle porque la pata de cabra es como un bicho que tiene crías. Y si se despiertan, va a ser lo mismo”. Y después lo volví a llevar a los seis meses y me dijo “Sí, esta vez le vamos a curar y es la última vez”. Y otros quince días más y se curó. (Guadalupe)

En el extremo opuesto, Juana dio cuenta de su escepticismo sobre los especialistas tradicionales y hasta se mofó del halo misterioso que los rodea contando una anécdota personal. Cabe señalar que Juana es hermana de Alina y Lucinda, a quienes entrevistamos individualmente, ambas usuarias (y también su madre) de especialistas tradicionales en sus itinerarios terapéuticos.

Yo no creo en esas cosas pero no... No, no creo... A mí me dijeron hace muchos años en Bolivia. Por eso no creo nada yo. Me mira las uñitas, esta partecita²⁸ que tengo yo, que tenemos todos...entonces me dice “Uy... tienes chiquitita” hasta ahora tengo chiquitita... “Este tenés que tener un poco más grande”, me dice. “Esta al año te mueres”, me dice. Y yo pensando que me iba a morir jajaja Una curandera... (Juana)

Guadalupe respondió que no todos los curanderos son iguales y que ella también fue decepcionada por la primera especialista de que consultó, la de origen boliviano, introduciendo un nuevo aspecto en la discusión, la charlatanería:

No, porque hay muchos curanderos que te dicen cualquier cosa. A mí también me dijo ‘Si no lo hacés curar, se va a morir. Tenés que pagar 3000 pesos para que lo cure’. ¿Tiene tantas cosas... tanta gente que murieron? (Guadalupe)

Norita por su parte, manifestó no conocer especialistas en el barrio, aunque sí en su pueblo natal en Bolivia: “Yo tampoco conozco, no. Acá no. En Bolivia sí. La mayoría de la gente antigua ¿viste? Cualquier cosa, dolor de panza... o lo que sea...”

En el tramo final de la dinámica, hablamos sobre las diferencias entre los hospitales en Bolivia y Argentina, y las mujeres no encontraron grandes discrepancias salvo, claro, la económica. Manifestaron que, salvada esa cuestión, les daría lo mismo atenderse en un país u otro.

²⁸ Se refiere al cuerpo de la uña, que se encuentra entre la lúnula (la parte blanca con forma de semicírculo próxima a la cutícula de la uña) y el borde libre.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

También las consultamos sobre sus sentimientos frente a la consulta con el médico, la diferencia entre ser atendido por un profesional varón o mujer y la posibilidad de entender y ser comprendidas por ellos en sus primeras experiencias en los servicios de salud de nuestro país. A partir de este último tema, surgió un interesante intercambio de experiencias relatando situaciones de la vida cotidiana donde se hizo presente, pese a hablar el mismo idioma, la distancia cultural. En ellas tenemos la oportunidad privilegiada de captar el peso y la eficacia de lo social, la cultura, lo consuetudinario. Eso ocurre justamente cuando alguien que viene desde fuera, ajeno a lo normal o lo acostumbrado, cuestiona la facilidad con que el sentido común nos permite manejarnos en la vida cotidiana.

Para mí fue fácil porque yo y tenía mis hermanos acá, veinticinco años que ya estaban acá y llegaban allá y escuchaba como hablaban y todo eso. Después cuando llegué acá también estuve mucho tiempo con ellos antes de ir a un lugar a trabajar, estuve un año sin ir, sin salir sola, les pedía prácticamente así de un domingo salir, por eso. Porque la primera vez que vas a la verdulería no sabes cómo pedir porque allá es distinto [...] Muchas cosas... y vos podés también pedir y acá todo es por kilo y allá es por montoncitos, cuartilla, libra o arroba... por arroba mayormente se pesa... La fruta se compra por docenas... o por veinticinco mayormente, ¿sí?... quedás mal en una verdulería... yo atendí muchas veces en la verdulería de mi hermano, y los que llegan por primera vez no saben cómo te van a pedir, te hablan diferente. Para no pasar eso, mis hermanos me decían mucho “Te van a discriminar”, que no querían que salga a trabajar y todo eso... por más de un año estuve ahí en la casa. (Guadalupe)

Norita también compartió su experiencia:

A mí no me pasó, pero a mi suegra sí. Decía vinagrera por la acidez... sí, y yo le tenía que explicar al médico. Hacía de traductor, porque viste que cada uno tiene su jerga, su forma de hablar... (Norita)

Los relatos de las mujeres ponen de manifiesto también las estrategias orientadas a evitar la discriminación, incompreensión o el “choque” cultural. La compañía de un familiar, conocido y/o allegado con más tiempo de residencia en el país resulta fundamental en la mayor parte de las explicaciones de las mujeres sobre cómo se fueron incorporando al mercado de trabajo en la Argentina –aun cuando sólo accedan a los trabajos más precarios e inestables-. Otra cuestión que aparece fundamental es la de conseguir el documento argentino, ante el temor latente por

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

la denuncia de alguien. Ambas resultan imprescindibles desde su perspectiva, para salir de la reclusión “voluntaria” en el hogar a la que se ven sometidas en cuanto arriban a la Argentina.

5.2.2 Bajo Flores

Del mismo modo que nos ocurrió en la Villa 31, fue extremadamente más dificultoso coordinar el grupo focal que las entrevistas individuales. Luego de varios intentos fallidos, llegamos un sábado a la noche al local que pertenece a una organización social boliviana en la calle José Martí a un par de cuadras de la avenida del Trabajo, donde se reúnen semanalmente algunas de las señoras que participaron. Ingresamos por un pasillo a un ambiente amplio con piso de cemento, apenas iluminado y algunos banquitos dispersos cerca de las paredes, que se comunicaba con otro ambiente mucho más extenso, luminoso y del cual provenía un gran bullicio. Se trataba de una especie de festejo. Nuestras anfitrionas nos esperaban en el ambiente más oscuro, donde en definitiva, realizamos el grupo focal. El murmullo proveniente de la habitación vecina apenas nos permitía escucharnos, lo que complicó la transcripción de las conversaciones casi hasta imposibilitarla. Como sabíamos que seguramente sería nuestra única oportunidad para realizar la actividad, decidimos seguir adelante.

Tres de las cuatro participantes nacieron en La Paz y la restante en la ciudad capital del Beni, Trinidad. Es decir que se trata de un grupo con una experiencia mayoritariamente urbana en comparación al que reunimos en la Villa 31. Respecto a las formas de atención disponibles, todas refirieron la presencia de postas de salud, hospital, farmacias y médicos tradicionales. Además, y en congruencia con todos los testimonios recabados en los dos barrios, las mujeres declararon que prácticamente todos los problemas de salud se resolvían en sus hogares con remedios caseros. Si eso no bastaba, recurrían a la posta de salud o, ante un problema de mayor gravedad, al hospital. Todas estuvieron de acuerdo con las opiniones de Jesusa y Venancia:

Generalmente, ir al médico allá es... está bien...bueno... pero cuando te da algo fuerte o algo. Sino con matecito de eucalipto, fomento de eucalipto para el resfrío, matecito de manzanilla cuando te duele el estómago, matecito de anís... Todo eso. No era nada grave. Si era grave iba al hospital. (Jesusa)

Yo también nací en La Paz... capital... Vivíamos en el alto y había centro de salud. Pero allá generalmente se manejaba remedios caseros. Pero cuando era algo fuerte ahí si íbamos al hospital. También iba a

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

la farmacia... todo... (Venancia)

Con respecto a la consulta a los farmacéuticos, hubo experiencias disímiles. Venancia declaró que sólo venden medicamentos cuando se les lleva la receta correspondiente, pero Olga discrepó: *“Sí, allá si vas a la farmacia sí o sí te lo dan sin receta. No te hacen mucho problema. Cuando vas así, que te duele algo... bueno... te lo dan...”* Esta situación es análoga a lo que describimos en la Villa 31 en relación con la consulta al farmacéutico como sustituto del médico.

Todas las participantes manifestaron conocer algún especialista en medicina tradicional en Bolivia, muchos de los cuales también dicen la suerte: *“Están esas señoras, curanderas que preparan los yuyos... todo preparan... también los parches...”* (Venancia)

Consulté cuando tuve a mi hijo... yo tuve muchos hijos... no se imagina... once hijos... había esas señoras ¿no?, increíble, cuando estás embarazada te ponen la mano en la vena (se señala la muñeca) y te dicen “Es un varón. Vas a tener un varón” y así es. Yo siempre tuve en mi casa, en cucullas, porque acostada no iba a parir. (Jesusa)

Otros miran la suerte con hojitas de coca o con cartas también... otros miran en el alcohol, la cerveza... Yo fui una vez a Copacabana y había un hombre que miraba la cerveza... la cerveza lo ve por el vaso y como que habla y te dice “Vas a estar bien” y te dice lo que uno es, lo que uno es. Yo fui de vacaciones a Copacabana y vi eso. Miraba el vaso así... (Hace el gesto de elevar un vaso imaginario contra la luz) (Olga)

Al consultarlas sobre los servicios públicos de salud que conocen en el barrio o que hayan utilizado señalaron los hospitales Piñero, Álvarez, Garrahan, Gutiérrez, la maternidad Sardá y el CESAC N° 13 sito en el Parque Avellaneda (en el cruce de las avenidas Directorio y Lacarra). Aquí también acuden a las farmacias ante un problema de salud, pero los profesionales son más estrictos en cuanto a la venta de medicamentos sin receta: *“A la farmacia también voy acá, pero cuando es algo fuerte te mandan al hospital. Pero si es algo así que no es muy fuerte, te dan”*, declaró Jesusa. Olga, acordó:

Es que hay muchas farmacias que no te dan si no tenés receta. Te dicen ‘Por ahí te doy algo y te intoxicás. Traeme la receta’... Una aspirina sí, Alikal®, Uvasal®... Pero más de eso no te dan. (Olga)

Venancia, en cambio, habló de un recurso que no habíamos escuchado antes en ninguno

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de los dos barrios, el médico de cabecera²⁹:

“Yo, aparte, como voy a plan médico de cabecera y me atiende siempre el mismo médico y él me hace las recetas. Llamas por teléfono al 147, y... bueno, sacas turno, yo creo que es un poco más cómodo...”
(Venancia)

Nos llamó la atención que ninguna conociera ni hubiera consultado con algún especialista en medicina tradicional desde que llegaron a la Argentina. Sin embargo, quizás tenga que ver con las ideas que estas mujeres expresaron sobre los curanderos en nuestro país: *“En el barrio no. Hay en Liniers. También hay muchos que dicen que saben y no saben nada. Lo hacen pa sacarte plata...”*, opinó Jesusa. Venancia, por su parte, comparó a los especialistas en su país natal y en la Argentina, y a la calidad de los productos que utilizan:

Es que en Bolivia hay más eso que acá. Sí, pienso que allá son mejores, es todo natural, las hierbas mismas que usan para hacer los tecitos y la gente los conoce más... hay lugares que se sabe y los recomiendan.
(Venancia)

La idea de salud compartida por el grupo es aquella que la concibe como ausencia de enfermedad, destacando la importancia de la prevención y de la consulta periódica al médico para controlarse. Las conductas preventivas más referidas son las que se centran en la alimentación, la actividad física, la precaución al levantar elementos pesados, el cuidado frente al frío, etc.

Al momento de conversar sobre los servicios públicos de salud en el barrio, las protagonistas del grupo focal señalaron su preferencia por el Hospital Álvarez en comparación con el Hospital Piñero. Se discutió también sobre las disparidades entre los médicos y hospitales bolivianos y argentinos. Una vez más la diferencia más apuntada fue la económica. En el resto, en general, inicialmente no se señalaron disimilitudes, salvo Jesusa quien opinó que los médicos bolivianos tienen más paciencia. Pero al hablar sobre los partos, todas las mujeres confesaron haber nacido en la casa de sus familias y, muchas de ellas, haber dado a luz a sus hijos en sus

²⁹ El plan Cobertura de Salud Porteña ofrece un plan de atención médica personalizada, integral y gratuita para los vecinos de la Ciudad que no posean cobertura de salud. Se propone que las personas cuenten con un médico propio, que conozca a la familia, cubriendo mejor sus necesidades y fortaleciendo la relación médico-paciente, que atienda en los centros médicos barriales o en sus consultorios particulares. Los turnos se solicitan telefónicamente al 147. Fuente: <http://www.buenosaires.gob.ar/redentodoestavos/cuidamos-tu-salud/cobertura-portena-de-salud>. Visitado el 15 de julio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

casas ayudadas por sus madres o alguna mujer mayor, y en posición de cuclillas. Es por ello que es para ellas tan chocante tener sus hijos en el hospital, ya que no tiene nada que ver con sus costumbres: las desnudan, las acuestan, las pinchan, etc., y se sienten maltratadas. Ninguna manifestó preferencias de género en el caso de atenderse con médicos en general, pero todas expresaron su predilección por las médicas en el caso de las consultas al servicio de ginecología. Fue entonces cuando Venancia compartió una experiencia personal con una médica ginecóloga en el Hospital Álvarez. Sentía mucha vergüenza porque era su primera consulta con una profesional de esta especialidad y cuando le fue solicitado que se quitara la ropa, Venancia sintió pudor y quedó como inmovilizada. Lejos de contenerla la profesional le espetó: *“Vamos, sacate la ropa. Estás con la ginecóloga y hay que sacarse la ropa. Tenés que acostumbrarte”*

Los problemas de salud que más preocupan a las mujeres son el cáncer, el HIV y la tuberculosis. Esta selección contrasta con lo señalado, en general, en las entrevistas individuales en las que las mujeres eligen las enfermedades que ellas mismas padecen como las de mayor preocupación. Además, la tuberculosis aparece como la expresión biológica de la compleja problemática social de la comunidad boliviana en el barrio: la de los talleres textiles clandestinos. Venancia compartió su temor por la tuberculosis:

“A mí la tuberculosis. Hay veces que trabajás en un taller, estás con mucha gente, no sabes si... compartes la mesa, compartes todo, no sabes si el otro tiene o si está tomando el remedio...” (Venancia)

En este apartado podemos extraer como relevante la expresión de temores grupales frente a las problemáticas personales, mientras en lo personal las mujeres temen recaer o volver a sufrir un episodio siquiera parecido al narrado, grupalmente identifican claramente enfermedades y padecimientos que pueden afectarlas como “población vulnerable”: tuberculosis, VIH y cáncer son flagelos que expresan los vínculos frágiles que sostienen con el sistema de salud y el mercado laboral, especialmente en posibilidades de prevención. El hecho que aparezca la consulta regular al médico como preventiva (y no prácticas de autocuidado) es, en principio, relevante y necesaria de ser problematizada desde el sector salud.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

6. DISCUSIÓN

Varios días erré sin encontrar agua, o un solo enorme día multiplicado por el sol, por la sed y por el temor de la sed. Dejé el camino al arbitrio de mi caballo. En el alba la lejanía se erizó de pirámides y de torres. Insoportablemente soñé con un exiguo y nítido laberinto: en el centro había un cántaro; mis manos casi lo tocaban, mis ojos lo veían, pero tan intrincadas y perplejas eran las curvas que yo sabía que iba a morir antes de alcanzarlo. (Borges, 1992: 14)

6.1 *Sobre los recorridos y las decisiones*

La lectura en conjunto de todos los itinerarios registrados demuestra la variedad de alternativas disponibles y utilizadas por las mujeres migrantes de origen boliviano en los barrios de Villa 31 y Bajo Flores. Se trata de un abanico que incluye efectores del sistema público de salud de distintos niveles (hospitales, centros de salud, médicos de cabecera, etc.), consultorios privados atendidos por profesionales de la comunidad (el caso del centro “San Salvador” de Liniers) y curanderos en distintos lugares del AMBA y de Bolivia. En ese espectro debe señalarse, también, la ausencia del acceso a la salud a través de obras sociales a partir del empleo registrado, ya que ninguna de las mujeres entrevistadas (y una escasa proporción entre la población migrante en general) tiene recibo de sueldo o está contratada en blanco.

Existen varios factores que condicionan la elección de determinada forma de atención, de cambiar de una alternativa a otra, o combinar varias de ellas simultáneamente. Entre ellas pueden señalarse el diagnóstico y pronóstico del propio afectado, su conocimiento de la existencia o disponibilidad de determinada forma de atención, su experiencia al utilizarla y su evaluación del resultado obtenido.

6.1.1 **El malestar y el diagnóstico inicial**

Algo en apariencia tan relacionado con la biomedicina como lo es la percepción de síntomas o señales del cuerpo indicando que algo no funciona bien, está también atravesado por lo social. Boltanski (1975) señala que, en tanto las sensaciones de padecimiento sólo pueden expresarse a través del lenguaje, su percepción e identificación exigen un aprendizaje consciente. El sociólogo francés sigue a Melzack cuando afirma que, “El dolor no constituye una respuesta automática a los estímulos mórbidos, sino que su percepción está determinada

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

por las expectativas del sujeto, por sus experiencias pasadas y, más profundamente, por todo su aprendizaje cultural. La percepción y la identificación de sensaciones mórbidas, por lo tanto, dependen principalmente del número y de la variedad de categorías de percepción del cuerpo de que dispone el sujeto; vale decir que dependen de la riqueza y de la precisión de su vocabulario de la sensación y de su capacidad, socialmente condicionada, para manipular y memorizar las taxonomías mórbidas y sintomáticas” (1975, pp. 20-21). Es decir, que aquí ya hay un primer elemento para tener en cuenta: la percepción del malestar o el síntoma, condición necesaria para el inicio un itinerario terapéutico depende del nivel educativo pero además de su ámbito de socialización primaria, esto es, de su cultura y de las experiencias pasadas del doliente.

El lenguaje utilizado para describir esas impresiones en las sociedades con cultura científica, no proviene del lenguaje común sino del de la medicina científica, lo que determina que los médicos legitimen sólo los síntomas expresados y sistematizados en esos términos. Esta diferencia en la “capacidad médica” de la que habla Boltanski (1975) no es privativa de las personas migrantes sino que tiene lugar en las clases populares con respecto a las superiores. Pero, en el caso de aquéllos, se ve acrecentada por haber sido socializados en distinto marco sociocultural. Esto queda expresado claramente en uno de los testimonios que recogimos. Decía Norita: *“A mí no me pasó, pero a mi suegra sí. Decía vinagrera por la acidez... sí, y yo le tenía que explicar al médico. Hacía de traductor, porque viste que cada uno tiene su jerga, su forma de hablar...”* Y esa misma distancia cultural y social es la que desanima a los profesionales de “perder tiempo” explicando el diagnóstico y las posibles causas de determinado padecimiento, y la que impide a las mujeres migrantes comprender las descripciones que hacen los médicos de los procedimientos que van a indicar o el modo en que se debe tomar la medicación. Esto se aprecia claramente en la narración de Juliana:

No entendía bien cómo me iba a hacer. Me iban a poner de acá para acá (se señala la espalda). No sabía cómo me iba a meter la aguja adentro. O que me iba a meter un líquido. (Juliana)

Como vimos, esta y otras situaciones en las que no se comprende el valor o la necesidad de realizar determinada práctica médica, terminan expulsando a las usuarias del sistema de salud oficial, regresando cuando el estado de gravedad es tan avanzado que requiere internación o cuando la situación de agravamiento del problema resulta casi irreversible.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

6.1.2 El abanico de posibilidades de atención de la salud

Con respecto al conocimiento de las alternativas de atención disponibles en cada territorio, la circulación de información entre familiares, vecinos, amigos y paisanos es el medio más frecuente de acceso a la información. Tal fue el caso de Elisa, cuando Juliana hizo atender a su hija en un hospital que no conocía:

[...] Juliana fue la persona que más me ayudó. Ella incluso la llevó a otro hospital, ella le llevó. [...] Dice que fueron en el tren. Viajaron en tren. No sé qué hospital será. Tengo ahí la dirección pero no recuerdo. (Elisa)

Y el de Clodivina, cuando la orientaron para llegar al hospital:

Primero el Piñero. Me indicaron señoras que nos encontramos. “¿Por qué lloras?”. “Mi pierna, me duele”. “Andá a tal”. No conocía. Era a cuatro cuadras y así al final ya conocía ya. De ahí me mandaron a Álvarez. No conocía, ahora conozco Álvarez. (Clodivina)

A veces también se llega por derivación desde el centro de salud hacia un hospital, o entre hospitales. No registramos referencias que relacionaran la biomedicina con especialistas de medicina tradicional o viceversa, ni de estos últimos entre sí. De todos modos, con frecuencia las derivaciones entre efectores del sistema público de salud (del mismo nivel de atención o de distinto grado de complejidad) son problemáticas. Así fue, por ejemplo, en el caso de Clodivina, cuando la derivaron del Hospital Piñero al Hospital Álvarez:

Me dijo “No, señora. Tu cadera está mal, mal. Tenés que ir a algún hospital ¿Cuál querés? ¿Fernández o Álvarez?”, me dijo. Y yo le dije “¿cuál me queda cerca?”. Como no conocía tanto. “Te queda Álvarez”, me dijo. “Entonces ahí andate señora, porque tiene banco de hueso. A vos te falta huesos”, me dijo. “En Piñero no tenemos banco de huesos”, me dijo. Entonces ahí yo me fui Álvarez con esas radiografías agarradas. Y tampoco me he llevado nada de eso. Cuando fui a presentarme a ese turno, fui al pabellón I, traumatología, y me dijo “No, no. Adonde te han atendido andá hacete atender”, me dijeron los médicos. Y le dije “Ya no me quieren atender, porque falta el hueso, no tiene hueso”. Ahí... nada. Nada, no me daban atención. (Clodivina)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Nos parece importante señalar un aspecto que no encontramos en los trabajos relevados relacionados con nuestro tema de investigación. Es usual, de acuerdo a los testimonios recogidos, que las personas migrantes consulten al farmacéutico apelando a su “conocimiento médico” (tanto en el inicio de los síntomas como cuando se presenta alguna complicación en la solución de su padecimiento), a partir de obstáculos en la relación con el sistema de salud o luego de haber fracasado con otra forma de atención.

Entre las dificultades que pueden señalarse en el acceso a la atención en el sistema de salud se encuentran las demoras (por falta de turnos o de tiempo para acercarse al hospital, ya que muchas veces implica perder el día de trabajo) o la disconformidad con el trato o el tratamiento recibido. Para graficarlo, recurrimos al testimonio de Florencia que da cuenta de los dos tipos de inconvenientes desatacados:

Después de eso, todavía tenía el ojo rojo, rojo, rojo, todo... lo blanco que tenemos, tenía rojo, rojo, rojo... y como hay que madrugar para ir al hospital no fui más al hospital... y en la farmacia nomás, pregunté y era... me dieron un descongestivo en gotas. (Florencia)

En el caso de Elisa, el motivo para acudir a la farmacia fue su insatisfacción con la evolución del tratamiento de su hija en el Hospital Ramos Mejía:

Del hospital Ramos Mejía, al frente, yo me fui, le pregunté... ahí... a la farmacéutica, entonces le dije “Disculpe”, le dije, le pregunté... “yo tengo... tengo a mi hija ahí internada”, le digo, “pero está vomita y vomita. Le pusieron sueros... ya le hicieron y ya... con el tercer suero que se va a terminar y sigue vomitando”, le digo. [...]Le pregunté si yo podía darle algún medicamento o algo para que pare. Me dijo “Lo que tiene que hacer es preguntarle a su médico”. “Pero ya le pregunté y me le pusieron suero” le dije, “y con el suero y con el suero. Lo único es que me dicen con el suero le va a calmar. Con el suero”. Pero no... no le calmó... ¿no le digo que está viniendo como tal?... pero siempre está viniendo cada diez o quince minutos siempre está vomitando”, le digo. “Y tengo miedo”, le digo. Entonces me dijo “Bueno, te voy a dar un medicamento pero vos no digas nada a nadie. ¿Me estás escuchando?”. “Sí”, le digo. “Agarrá y dale con agua”. Gotitas. (Elisa)

Entendemos que hay algunas circunstancias que caracterizan este tipo de búsqueda de atención que, en general, es un modo de eludir las complicaciones que implica acudir al sistema público de salud o de hallar una solución a un padecimiento luego de fracasar con otra forma

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de atención (en general, los servicios públicos).

En primer lugar, se trata de una “consulta médica” *sui generis* en tanto no existe examen físico alguno, ni anamnesis o revisión de los estudios complementarios previos, sino que se basa en la sintomatología referida por el “paciente”.

En segundo lugar, estas características hacen que la relación de poder que caracteriza la relación médico – paciente convencional esté atenuada, debido tanto a la ausencia de intervención sobre el cuerpo y la intimidad (que incluye no sólo a la desnudez sino también a los sucesos personales de la vida a los que tiene acceso el médico) como a la presencia de cierta relación de complicidad que se gesta al compartir una circunstancia, para llamarla de algún modo, poco ortodoxa.

En tercer lugar, es una instancia en la que es imposible que se presente algún obstáculo en la accesibilidad, en tanto es meramente una relación comercial mediada por el dinero y para la que no se precisa sacar turno con anterioridad, sino simplemente hacer la fila y esperar ser atendido. Así, las personas pueden acomodar la visita a la farmacia de acuerdo a sus horarios (esto evita que pierdan días de trabajo o que transiten por el barrio en horarios peligrosos, como cuando deben hacer cola a la madrugada para sacar turno en los centros de salud).

En cuarto lugar, el carácter estrictamente comercial de la relación impide la emisión de juicios morales por parte del farmacéutico respecto de actitudes o de la propia enfermedad del cliente.

En quinto lugar, los síntomas que dan lugar a este tipo de consultas son, en general, de baja complejidad: dolores, vómitos, diarreas, malestares estomacales, alergias, etc.

Finalmente, la realidad descrita constituye el epítome de la “intervención médica” sobre la enfermedad, automáticamente a través del medicamento y sin mediar ningún contacto físico o personal significativo.

Por todo lo expuesto, y por compartir la perspectiva para explicar la salud, la enfermedad y su tratamiento, incorporamos esta alternativa de atención dentro del paradigma de la biomedicina. Debemos remarcar que incluimos la consulta a la farmacia como una forma de atención únicamente en el caso en que el farmacéutico es requerido como un reemplazante del médico.

También podemos arriesgar que esto representa una práctica tradicional adecuada al nuevo contexto cultural en el que se encuentran. Mientas las mujeres refieren que en su lugar de origen compraban “remedios de yuyos” o les recomendaban tecitos, aquí, ante la

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

imposibilidad de recurrir a esas “farmacias caseras” recurren a medicamentos de patente ya sea en la farmacia o en el kiosco –tanto el farmacéutico como el kiosquero se convierten en los referentes.

Otra de las opciones disponibles dentro del paradigma biomédico es el de los consultorios privados atendidos por médicos de origen boliviano. Sólo una de las entrevistadas manifestó haberla utilizado y lo hizo, en realidad, porque no tenía conocimiento de la gratuidad de la atención en el sistema público de salud:

Otro allá, cuesta pero plata. No es Santojanni, más allá en Liniers, es particular, un consultorio. San Salvador parece. Fui primera vez ahí, pero todo mi sueldo y nomás ahí. Y no. [...] No pensaba que era gratis hospital. (Clodivina)

El auge de este tipo de consultorios tuvo lugar en la época en que en los hospitales del sistema público de salud se exigía a los migrantes el documento nacional de identidad (DNI) argentino para brindarles atención y en la que la discriminación y el maltrato eran moneda corriente. Luego de la sanción de la nueva Ley de Migraciones que, tal como se expuso en un apartado anterior, avanzó en la garantía de derechos a los migrantes a punto de prácticamente igualarla a la de los nativos, esa exigencia dejó de existir. Análogamente, a partir del nuevo marco legal y de las reiteradas denuncias de organizaciones sociales, las situaciones de discriminación en un primer momento se sofisticaron (por ejemplo, se dejó de negar la atención pero se hacía esperar a los migrantes a que fueran atendidos primero todos los nativos, aun cuando ellos hubieran llegado más temprano) y, gradualmente, se van reduciendo a casos aislados. Sospechamos que es por esta flexibilización en las condiciones de accesibilidad que los centros médicos privados atendidos por profesionales de origen boliviano fueron perdiendo gravitación.

Al indagar sobre la presencia de especialistas en medicina tradicional, ninguna de las entrevistadas en el Bajo Flores manifestó conocer alguno en el barrio. Las que tuvieron consultas con curanderos, lo hicieron en otro barrio de la CABA (Liniers) o en alguna localidad del AMBA (Villa Celina).

En el caso de la Villa 31, la mayoría de las señoras consultadas sabían de la presencia de algún curador (tanto de origen boliviano como paraguayo) y dónde encontrarlo, aunque no todas utilizaron esa forma de atención. Es interesante señalar que algunas de las participantes

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de la investigación acudieron a especialistas de origen paraguayo, o incluso recurrieron tanto a bolivianos como paraguayos (el caso de Alina) lo que indica que, más que una adscripción a la medicina tradicional andina o la búsqueda de las formas de atención que utilizaban en Bolivia, hay una motivación más pragmática: la solución a su problema de salud.

Sería interesante dilucidar los motivos que explican la diferencia entre los barrios investigados en relación con conocimiento de especialistas en medicina tradicional. Nos preguntamos si la mayor cercanía y estrechez de las relaciones de vecindad en el asentamiento de Retiro favorecen la circulación de la información con respecto a los especialistas.

6.1.3 Las experiencias

La experiencia de la enfermedad, en especial cuando se trata de eventos que afectan la vida cotidiana y las actividades de las personas, establece un hito que separa claramente la vida anterior al padecimiento de la que sobreviene después de él. Esto es especialmente cierto en las personas, como las protagonistas de este estudio, que dependen exclusivamente de su trabajo para sobrevivir y para mantener, la mayoría de ellas, a sus hijos. Prácticamente la totalidad de las entrevistadas son mujeres solas, con hijos, que no reciben ayuda de sus ex parejas y que pese a recibir algún subsidio social, dependen de su sueldo para mantener a su familia. Es decir que a la preocupación por el propio estado de salud, se agrega el temor por la imposibilidad de trabajar y la caída de los ingresos del hogar.

Una vez iniciado el recorrido en busca de atención, las personas entran en contacto con los curadores (en el caso de la biomedicina, también con el personal de los servicios de salud que incluye administrativas, enfermeros, etc.) Esos intercambios van forjando experiencias, así como opiniones, reflexiones, etc., que muchas veces determinan la continuidad con determinada forma de atención o el cambio de rumbo del itinerario.

En la transcripción de los relatos de las mujeres en la sección anterior, incluimos las experiencias a lo largo de sus itinerarios y las reflexiones que fundamentaron sus decisiones. Aquí incluiremos sólo algunos para ilustrar la influencia de esas vivencias y opiniones en las decisiones respecto de la solución de los padecimientos.

Cuando consultamos a Florencia la razón por la que no había querido regresar al Hospital Santa Lucía, nos confió su opinión de lo vivido:

Y no, porque ¿qué se yo?... más lejos y más difícil... y me fui

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

directamente al Rivadavia y le llevé las gotitas y ahí me dijeron que no era adecuado la gota esa... Y ya no le tenía confianza... (Florencia)

Sin embargo, tiempo después la médica del Hospital Rivadavia la derivó nuevamente al hospital oftalmológico, específicamente al servicio de infectología, y ella no se negó. Probablemente, la confianza en esta profesional por haber mejorado su situación y la nota que ésta le dio para que la entregara a quien la atendiera detallando su problema, determinaron su aceptación. Llegar a un hospital con una nota de un profesional, si bien no garantiza la solución de todos los problemas, allana muchos de las trabas en el acceso a la atención.

Lo vivido por Juliana en el servicio de traumatología del Hospital Rivadavia, sumado a una mejora en su sintomatología, la llevó a suspender unilateralmente la intervención que tenía programada: “‘No’, dije, ‘yo no me hago esto. Me dieron vuelta y vuelta y cuando más necesitaba era que me ya hagan ahí nomás’, dije.”

Es conocido que, amén de las vivencias y reflexiones del propio enfermo, es importante la opinión de su círculo de allegados en la toma de decisiones relacionadas con los itinerarios terapéuticos. Pero encontramos también que los pareceres de otros pacientes (especialmente si son bolivianos), circunstanciales compañeros en las salas de espera de hospitales y centros de salud, inciden sobre sus juicios y acciones. Tal es el caso de Elisa en la guardia del Hospital Ramos Mejía:

Sí... ahí las mismas señoras que venían, los pacientes me decían “Llévatelo a otro hospital. Porque acá no te lo van a atender”. “Estás viendo cómo está. Llévatela, llévatela, llévatela al Fernández o al Rivadavia. Decíle que te den el traspaso porque son así. Este me parece que es el peor hospital que hay”, me dijeron. “Siempre me mandan a mí. Porque vivo acá”, me dijo una señora. Era paisana también y ella me decía “Llévatelo, llévatelo, porque yo a mi mamá le tuve acá y mi mamá casi muere. Ahora vine por mi hijo, igual. Porque tuvo un accidente”. (Elisa)

Algo similar le ocurrió a Juliana en el Hospital Rivadavia: “Y aparte, me dicen, ‘¿Por qué te van a pedir aguja?’’, me dice. ‘Si en el hospital tienen que dar...’ Unas señoras ahí que estaban, ¿viste?, me dijeron así.”

Alina fue la protagonista con más consultas a lo largo de su itinerario, muchas de ellas con curadores tradicionales. Aquí incluimos dos experiencias. Una de ellas, con un curandero en Bolivia: “[...] Yo no creía nada... Porque estaba con dolor. Yo le dije “Ya está”, le dije. El

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

hombre estaba borracho... se tomó... Sí, estaba re borracho. Y le dije “No sabe nada”, le dije a mi marido”.

La otra, con uno de origen paraguayo en Villa 31:

Cuando yo salí de hospital fuimos de vuelta conmigo a su casa. Y me dijo que me voy a poner bien. Voy a estar mejor, poco a poco. Que no haga más nada y que siga el tratamiento...Es un señor mayor... Sí, grande. Sí. Sentía bien con él, con lo que me decía, sí. (Alina)

Las dos experiencias de Alina tienen signo opuesto. La primera determinó el cambio de rumbo en su itinerario. En la segunda, ocurrió algo curioso. Mientras estuvo internada, sólo conocía al curador paraguayo a través del preparado que su marido le acercaba al hospital. De hecho, ella decidió en determinado momento dejar de tomarlo porque no sentía cambios. Sin embargo, cuando lo conoció personalmente, tuvo una excelente impresión y siguió su indicación.

En resumen, las vivencias de las personas durante las consultas con los distintos curadores son factores definitorios del rumbo de los itinerarios terapéuticos. En primer lugar, la empatía entre el especialista y el doliente es imprescindible para que cualquier tipo de intervención sobre determinado padecimiento sea exitosa. En segundo lugar, la distancia cultural del consultante con las técnicas y procedimientos utilizado por determinado curador pueden determinar su decisión de cambiar de forma de atención (por ejemplo, la forma de manejar los partos por parte del sistema de salud difiere de las costumbres de las mujeres bolivianas). En tercer lugar, el carácter amigable o expulsivo de la situación de atención también forma parte de la experiencia (el caso de Elisa en el Hospital Ramos Mejía es elocuente en ese sentido: las falencias estructurales del sistema de salud, que una adolescente que accidentada comparta el mismo espacio con gente moribunda o gravemente injuriada; o la actitud hostil de parte del personal del sistema de salud como administrativos o enfermeros, que promueven que las personas decidan cambiar de hospital o dejar de concurrir al sistema público de salud).

6.1.4 La evaluación

La evaluación, finalmente, refiere a la valoración que hacen los enfermos de la evolución de su padecimiento y de la eficacia del tratamiento instituido luego de haber

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

consultado con un especialista. Cabe aclarar que refiere a la percepción subjetiva de la evolución y de la eficacia terapéutica que se relaciona, en general, con la sensación de mejora en los síntomas. Y no pocas veces, el alivio en la sintomatología no significa un avance en la curación y, viceversa, en ocasiones, determinados tratamientos producen malestares transitorios antes de lograr la restitución de la salud.

En los testimonios recopilados, registramos evaluaciones positivas y negativas tanto de la biomedicina como de la medicina tradicional y el modo en que esas estimaciones definieron el rumbo posterior de los itinerarios.

Una de las evaluaciones en el itinerario de Alina, cuando toma una medicación que le vende una vecina paraguaya, ilustra sobre una valoración positiva de una mejora transitoria que no significa un avance en la curación:

[...] Me lo tomé un poquito, estaba así así, poco a poco el dolor todito se me fue, no tenía nada de dolor, ni en las manos, ni en la cabeza. Sanita, sanita. Me empecé a ayudar, a hablar con ellos, todo. “Se me fue esa pastilla lindo”, le dije, “me hizo todo bien”, le dije a mi marido. “No me duele nada”, le dije. (Alina)

Sobre el final de su itinerario, encontramos la situación opuesta: el malestar transitorio provocado por una reacción alérgica a un medicamento para tratar su enfermedad:

Eeh... de ahí salí... volví otra vez me interné... Me salió unos granos todo acá... (Se señala el muslo derecho por encima de la rodilla, hasta el flanco derecho). Todas las piernas hasta la espalda... Todo ampollas pero grandes... y que era eso de medicamento... (Alina)

A modo de ejemplo de una evaluación negativa de la eficacia de un tratamiento, incluimos la experiencia de Clodivina con un curandero en el barrio de Liniers:

Uno también en Liniers era. “Seiscientos pesos dame, y yo te lo voy a hacer volver a tu marido”. Y fui a regalar seiscientos pesos. Nunca más. Fui a reclamar. Le dije “Mirá, me has dicho que iba a volver mi marido”. “Ah, no. Esperale dos semanas más. Ya va a venir”. Nunca más. Me ha hecho alejar peor jajaja Es mentira. Para curarme era también. Me dijo “Ya te vas a mejorar. Vos no tengas miedo que ya te vas a curar. Es por bajarte plata nomás que ellos hacen. Y ahora ya no quiero saber nada... (Alina)

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

Podría señalarse que los relatos sobre el tratamiento de las enfermedades y padecimientos en Bolivia están plagados de referencias a experiencias con curadores locales, lo que supone una explicación causal del malestar particular, como vimos, completamente diferente de la causalidad biomédica. En ese sentido, la consulta a esta clase de curadores en nuestro país entre la población migrante resulta una alternativa culturalmente adecuada, como vemos, aun cuando los costos resulten mayores a los de cualquier medicamento y/o consulta médica privada.

Finalmente, tenemos que señalar el caso de Moira, ya que su decisión de no operarse no estuvo apoyada en ninguno de los factores analizados en esta sección, sino en circunstancias personales que consideró prioritarias a la cirugía de vesícula que necesita. Lo recordamos en sus propias palabras:

Por ahora estoy bien... Lo único es que... bueno, me tendría que hacer operar con la vesícula... Después me dijo que haga dieta... estaba haciendo... después me iba a dar un turno... en eso viajó mi marido y mi hijo tenía examen para entrar a la universidad Yo tenía miedo de que por irme a internar cómo hacía las cosas de mi hijo. Porque mi hijo es el único y entonces... ¿quién le va a atender? Eso tenía un poco miedo... (Moira)

6.2 La salud, la enfermedad y la curación

6.2.1 Las representaciones sobre salud

Para acceder a las representaciones sobre salud utilizamos las preguntas “¿Qué es para Ud. la salud?” y “¿Cómo se encuentra su salud?”. La gran mayoría de las respuestas apuntan a la salud como bienestar y como ausencia o prevención de la enfermedad. Alina por ejemplo sostiene: “Eeh... salud... eeh... no enfermarse... o cuidarse también...”. Elisa, en el mismo sentido, da su opinión: “Para mí la salud la verdad es una cosa muy importante, que uno tendría que cuidarse e ir al hospital porque si me enfermo va a ser peor... va a ser mucho peor”.

Una variante de esta perspectiva es la que asocia la salud con la prevención pero no por ellas mismas sino por las personas que tienen a su cargo, especialmente sus hijos y que recogimos en varias de las entrevistas realizadas. Dijo Juliana:

La salud es cuidarme por mi nene, mis nenes que no... mirá qué

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

importantes son mis nenes que tengo miedo que me pasara algo y se quedaran solos... y más a mi mamá también, que mi mamá también me necesita, que está un poco delicada también ella, entonces... (Juliana)

En palabras de Elisa: “Pero también pienso en mis hijos y digo ‘Yo me enfermo o pierdo un día de trabajo ¿qué les doy?’ ... por eso no puedo enfermarme”.

Aquí se percibe claramente la influencia de las inserciones laborales precarizadas que no reconocen días por enfermedad, ni obra social para atender los problemas de salud o aportes jubilatorios para evitar tener que trabajar en la vejez. La población migrante, especialmente las mujeres, están expuestas a estos abusos que a veces llegan hasta el límite de la trata de personas como se puede apreciar en el relato de Clodivina y su experiencia trabajando en los talleres textiles clandestinos. Esto todavía ocurre también con las personas que trabajan en casas de familia pese a la sanción de la nueva Ley del Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares³⁰ en el año 2013, y constituye un problema de considerable magnitud, dado que se trata de una de las ramas de ocupación más importantes de las mujeres migrantes de origen boliviano en la CABA.

Un parecer alternativo que complejizó al de la salud como ausencia de enfermedad, la relacionó con las condiciones materiales de vida. Es decir, entiende que la salud no es sólo no estar enfermo sino tener vivienda y trabajo dignos para vivir tranquilo.

Estar tranquilo... tener salud para vivir... no sé... Que quiero sanar mi pie, tener algo así, no vivir como estamos ahora, vivir tranquilo. Quisiera tener propio algo. Una casa, algo, trabajo mejor y para vivir tranquilo y así no sufrir de nada. Eso a veces pienso. Porque toda la vida así andar no da tanto... sufrir. Si no tienes pieza, ya... y el mes corre rápido y además te aumenta alquiler cada mes y a veces de mi sueldo tengo que aumentar algunas cosas porque tampoco me dan todo lo que precisaría. (Clodivina)

Florencia, por su parte, en el otro extremo, explicó la salud por su negativa y nos dio su teoría sobre el origen de los procesos patológicos que nos afectan.

“Y la salud... uno mismo... ¿cómo te explico?... o sea las enfermedades uno mismo lo crea... porque las enfermedades no... por ahí si vienen con los años, pero no siempre. Porque uno se enferma de acuerdo a la

³⁰ <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/210000-214999/210489/norma.htm>. Visitado el 15 de junio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

calidad de vida que lleva”. (Florencia)

En esta perspectiva, se soslayan todos los determinantes sociales de la salud que son, en realidad, los que terminan definiendo quién se enferma de qué cosa y, en cambio, se centra la responsabilidad de enfermar en el propio individuo. Nuestra referencia a los determinantes sociales es únicamente con fines analíticos ya que consideramos que forman parte del PSEA. De otro modo, podría pensarse que se trata de cuestiones exteriores a la salud y que influyen sobre ella.

También consultamos a las mujeres sobre los problemas de salud que más las preocupan y las respuestas, en general, se refirieron a los padecimientos que las aquejan o a sus maridos e hijos. Nos refirió Clodivina:

De mi pie, porque a veces me duele y a veces frío me hace doler... huesos me duele. Sólo tomo antibióticos. Le dije al médico pero me dijo que no puedo tomar uno y otra cosa porque me puede hacer daño.
(Clodivina)

Algunos otros testimonios:

Aah... O sea... o sea en las rodillas no tengo fuerza... Esa es mi preocupación más grande... La osteoporosis no es mucho porque total dejo de manejar algo pesado y queda ahí... pero las rodillas... tengo que caminar y es lo que... el peso que soporta... y ésa es mi preocupación... (Florencia)

El mío... es el de la columna... Porque me... Ahora más preocupación me dio porque como me dijeron el médico que tengo la columna desviada, entonces...ya ahora estoy mejor, no estoy bien todo... estoy trabajando pero en algún momento por ahí me paro. Como no me hice con la que ellos me dijeron... me van a ser las agujas, no sé qué me iban a poner no sé qué... yo mucho no sé... no sé... (Juliana)

Por ahora el de mi esposo... Tiene Chagas... Ahora le han pedido un montón de estudios. Su papá también murió de eso. Él es de Santa Cruz de la Sierra y hay más vinchuca ahí [...] Se estaba tratando en el Muñiz y no sé... que tenían que darle la medicación y no le han dado... y se cansó ya... Ahora está empezando a caminar. Yo le saqué turno y le mandé. “Andá, le digo. Tenés que hacerlo” (Venancia)

A mí lo que más me preocupan son mis hijos que se enfermen ellos. Porque el mayor y la más chica son asmáticos. Y viste que después

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

cuando son grandes, dicen que necesitan un pulmón, que necesitan un riñón y ¿qué sé yo? cosas feas ¿viste? (Norita)

Respecto a los problemas de salud del barrio que más les preocupan, estuvieron más relacionados con lo colectivo: los problemas ambientales, la influencia de la disposición de la basura como origen de enfermedades y el consumo problemático de sustancias como problema de salud: “Y el asma... en todos lados... es por el tema de la humedad ya que de por sí hay en el país, ¿no? Y acá hay más humedad... claro... por el río... El resfrío común...” (Flora)

De acá del barrio... la verdad... las drogas... no sé si está dentro de la salud pero... me preocupa eso, ver a tanta gente cómo se droga y no sé... alguien o algo hicieran para que no pase más. Y las infecciones... cómo es... hay muchos niños que están jugando ahí... siempre los niños veo que están con... en la cara con granitos... o manchas o [...] Yo creo que por la misma basura que tiramos nosotros mismos... tiramos la basura... juegan ellos y... Un niño está jugando, no se va a lavar las manos para jugar y tocarse la mano. Él está jugando... (Elisa)

Casi todas las problemáticas de salud señaladas fueron enfermedades, es decir, responden a la definición biomédica y hegemónica de patología, pese a que muchas de las mujeres entrevistadas consultaron con especialistas tradicionales y recibieron diagnósticos fundados en otra cosmovisión (como la envidia o el amarre). La falta de incorporación de los factores socioculturales como problemas de salud en una población que sufre su influencia determinante, da la pauta de la eficacia hegemónica de la perspectiva biomédica. También reconocemos el dominio de la enfermedad y del rol del médico en el campo de la salud en la definición de Moira: “La salud... Hay que estar todo bien... si hay algo que está enfermo, tendría que decirle que puede ir al médico... Porque no sé quién lo puede solucionar, si no es el médico... para eso estudió ¿no?”

En el grupo focal realizado en Villa 31, Guadalupe relató que una curandera le diagnosticó a su pequeña hija la enfermedad de “pata de cabra”, y que la curó durante dos semanas. La niña lloraba permanentemente y se arqueaba echando la cabeza hacia atrás:

Y es una señora bien, bien mayor que me dice “Sí, tiene pata de cabra” [...] No sé qué es. Según la señora es algo que crece por la columna y si llega a su cerebro el bebé muere [...] Maneja su dedo en la espalda, algo así... y ya está... Es suavito... no lo está tocando. Creo que ni le está tocando. Es como un masaje que le da. “Todos los chicos tienen,

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

algunos despierta y otros no”, me dijo. Y después le curó, y como el tercer día mi hija estaba tranquila. Dije “Bueno. Lo voy a creer y lo voy a llevar”. Estuvo como 6 mese así bien y de nuevo. Y me había dicho la señora. “Si está de nuevo así, tenés que traerle porque la pata de cabra es como un bicho que tiene crías. Y si se despiertan, va a ser lo mismo”. Y después lo volví a llevar a los 6 meses y me dijo “Sí, esta vez le vamos a curar y es la última vez”. Y otros quince días más y se curó. (Guadalupe)

Otra explicación tradicional sobre el origen de las enfermedades, es que las personas transitan en ocasiones por lugares “malos” o “feos” y quedan amarrados a ellos, lo que requiere un tratamiento específico por parte del especialista. En el caso de Lucinda, el lugar “feo” era un tronco que poco tiempo antes había sido alcanzado por un rayo en el que ella se sentó. El especialista lo diagnosticó mirando las hojas de coca y transportándose hasta ese lugar. La terapéutica incluyó una friega con un lechón que luego fue sacrificado y la ingesta de sangre de cordero recién inmolado.

Ahá, esa coca, viste que le hacen... con eso miraron qué tenía... dice que se asustó lugares que estaba feo caminaba... donde caminaba porque esos lugares que era feo y... Por ejemplo, hay una mesa, le pone la coca y con eso va para otro lado... Y se asustó. Sí. Ese lugar era, por ejemplo, feo [...] Dice cuando llegó había llovido fuerte... Ella, por donde estaba ella. Llegó, dice que a una planta llegó... todo le... partió la planta... Rayo llegó, cuando iba con la oveja dice... Cayó al lado y ella estaba y cuando después se olvidó ella, había venido parece y se había sentado... Ahá... Sí. Y eso dijo, por ejemplo, que le puede hacer mal también. (Alina)

Este tipo de explicaciones causales, prácticas diagnósticas y terapéuticas han sido bien documentadas por diversos estudiosos –especialmente en el campo de la antropología-, no sólo para la población de Bolivia, sino también de la Argentina, especialmente en el Noroeste de nuestro país (Metraux, 1973; Foster, 1976; Rodríguez Doldán, 1983; Módena, 1990; Idoyaga Molina, 1997; Crivos y Martínez, 1996a; 1996b; 2000; entre otros). Lamentablemente en esta tesis será imposible su abordaje y el establecimiento de vínculos étnicos e históricos entre las poblaciones.

6.2.2 Los problemas de salud y su solución en Bolivia

Todas las entrevistadas manifestaron la existencia de postas o centros de salud en sus

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

pueblos y ciudades natales y, más o menos distantes, de hospitales para casos de mayor complejidad, todos del sistema público. La gran diferencia con los servicios públicos de salud de nuestro país es que en Bolivia la atención es paga.

De todos modos, tal como surgió en el grupo focal que realizamos en la Villa 31, desde el año 2013 existe un programa del gobierno boliviano para la atención de personas sin cobertura de salud de grupos especialmente vulnerables: mujeres embarazadas, niños y niñas menores de cinco años, mujeres y hombres a partir de los sesenta años, mujeres en edad fértil (respecto a la atención de salud sexual y reproductiva) y personas con discapacidad. De hecho, el inciso 3 del artículo 18 de la Nueva Constitución Política del Estado de Bolivia³¹ propone un sistema de salud universal y gratuito.

La totalidad de las mujeres declaró conocer especialistas en medicina tradicional en los sitios en que vivieron en Bolivia antes de venir a la Argentina, muchos de ellos, incluso, eran miembros de sus familias. La abuela de Elisa sabía curar: *“Mi abuela sabía... ayudaba en los partos y sabía de remedios... era una genia... la gente la venía a ver mucho... estaba el hospital pero la gente venía a ver a mi abuela...”*. Y una tía y la abuela de Alina, también: *“Sabían pero de... mi abuela sabía... venían a verla... Sí [...] Mi tía sabía hacer nacer a los... como partos...”*

Sólo un par de las entrevistadas manifestó contar con seguro de salud a partir del trabajo de sus padres en alguna empresa minera. Pero todas acordaron en que la gente utiliza remedios caseros o tradicionales para resolver los problemas de salud. Refiere Elisa: *“La mayoría no va al hospital porque hay que pagar... lo resuelve en su casa...”* El testimonio de Moira acompaña lo afirmado: *“Y bueno... le duele y se aguanta... o bueno... toman algún yuyo...”*

El caso de Clodivina es paradigmático. La fractura que sufrió en un accidente de tránsito en su pueblo natal, requería solución quirúrgica y, debido a los costos que supone la atención de la salud en Bolivia, debió dejarla sin tratar.

Así se hacen curar pagando. Hay otros que tienen plata. Hay hospital, centro de salud, farmacia, todo hay. Pero cuesta. Hasta radiografía. Todo cuesta. Fui a hospital y me dijeron que me tenía que operar y que salía cinco mil dólares. Sólo operación, fuera de cama, fuera de... Acá

³¹ III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Disponible en: <http://faolex.fao.org/docs/pdf/bol117795.pdf>. Visitado el 29 de junio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

cuando te enfermás es gratis pero en cambio allá no es gratis. Fui varias veces. Como cinco. Era consulta cincuenta bolivianos. Intenté pero mi mamá también... intenté pero la plata no se podía conseguir tanto. Tampoco era cien dólares. Cinco mil dólares era mucho. Así le dejé. Porque pensé que así me iba a quedar. Nunca pensé que me iba a infectar así. (Clodivina)

Un hecho llamó nuestra atención: cuando consultamos a las mujeres sobre los problemas de salud prevalentes en Bolivia, varias de ellas nos respondieron que la gente no se enfermaba y que las pequeñas indisposiciones se curaban con los remedios caseros (infusiones, parches, masajes, etc.) o la consulta a curanderos. No sabemos si esa imagen corresponde a una imagen idealizada, una suerte de paraíso perdido, o si corresponde a la situación de salud del país vecino. De cualquier manera, el propósito del estudio es reconocer y apuntar esas representaciones. Nos confió Flora: “Antes no se veía mucha enfermedad, ¿sabés?... No... La gente no se enfermaba.” Moira expresó en el mismo sentido: “Casi nunca nos enfermábamos. Si era un fiebre, me ponía así con huevo, con papa...” Venancia, también: “No, la gente casi no se enfermaba... Todo caserito... Si una persona se enfermaba iba al hospital pero todo era más que todo yuyo”. Clodivina, en el mismo registro, declara que ella sólo cayó enferma por el accidente que sufrió:

Allá más bien sanos son. Porque puro... no es así químico. Puro natural es. No tanto, no se enferma. Yo único que estoy enferma porque me caí, me accidenté y hueso se salió y no lo hice acomodar a su lugar. Y por eso...se salió afuera de la piel... La cadera. (Clodivina)

El resto refirió problemas menores como fiebre, gripe, diarreas, asma, resfrío, etc.

Es decir que, pese a la existencia de los servicios públicos de salud, la mayoría soluciona sus padecimientos por fuera de él. Sin embargo, la mayoría de las participantes del estudio manifestó haber tenido una consulta médica antes de haber llegado a la Argentina. El interrogante que surge refiere a las estrategias de los habitantes de Bolivia con escasos recursos ante la presencia de problemas de salud que no puedan ser resueltos mediante remedios caseros o la medicina tradicional. ¿Tendrán todos el mismo devenir que el caso de Clodivina? De él deberán ocuparse futuras investigaciones.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

6.3 Sobre la accesibilidad

En el marco teórico señalamos el avance que supuso la definición de accesibilidad de Comes et al (2004) como una relación entre efectores y usuarios, superando aquella de Naciones Unidas que se centraba únicamente en la oferta del sistema de salud, pero apuntamos también la necesidad de tomar en cuenta la distinta distribución de poder y responsabilidad entre las dos partes involucradas en esa relación.

Para el caso de los servicios de salud, utilizaremos con fines analíticos la clásica taxonomía de obstáculos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, intentando rastrear singularidades y rasgos compartidos entre los dos barrios estudiados.

En los dos barrios se reconocen barreras administrativas, en tanto la forma burocrática en que se organizan los servicios es la misma a lo largo de la CABA. Todas las entrevistadas refirieron la dificultad para conseguir los turnos tanto en los hospitales como en los centros de salud y la necesidad de llegar temprano en la madrugada para conseguir uno. Esto supone, por un lado tener que transitar por el barrio en un horario peligroso (especialmente en la Villa 31) corriendo el riesgo de ser asaltadas o lesionadas. Por otro, perder el día de trabajo y, a veces, sin siquiera conseguir el turno. Además, en las derivaciones desde los centros de salud a los hospitales y de los hospitales entre sí suelen aparecer rechazos, dilaciones, etc., que retrasan la atención y, en ocasiones hacen que las personas desistan de concurrir a los servicios de salud. Nos parece oportuno recurrir a una reflexión de Testa (2009) cuando afirma que la atención primaria es la puerta de entrada al sistema de salud y que debe estar a cargo de personal muy calificado “[...] para responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema –inclusive definiendo su salida del mismo a partir de ese primer contacto- y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante; la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud.” (p. 162)

Cuando consultamos a las mujeres por el acceso a los medicamentos, en general, la mayoría manifestó que casi siempre los recibe en el hospital o centro de salud. Juliana, de Villa 31, nos confió que alguna vez fue a Cáritas³² y allí se los dieron. En caso contrario, deben

³² Cáritas Argentina es el organismo oficial de la Iglesia Católica que lleva adelante la pastoral caritativa para lograr el desarrollo integral de todo el hombre y de todos los hombres, con especial preferencia por las personas y por las comunidades más pobres y marginadas. Fuente: <https://www.caritas.org.ar/quienes-somos/>. Visitado el 3

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

comprarlos en la farmacia, con el consecuente impacto en la economía familiar o permanecer sin tratamiento. En este caso, esta barrera burocrática se transforma en una económica, como en el caso de Florencia, a la que le recetaron una medicación oftálmica en gotas y aún intenta conseguirla a través de redes de contacto, o el de Juliana:

Sí, siempre me lo dieron. Lo único que me dijeron que me lo comprara eran las... que se llama... ¿la inyectable? La... la B12... Pero inyectable... Pero eso quise comprarlo y costaba mucho... (Juliana)

Entre las barreras económicas deben sumarse a la dificultad para adquirir los medicamentos, los días perdidos en el trabajo por tener que regresar al no conseguir turnos o por problemas administrativos (inasistencia de los médicos, etc.)

Las barreras geográficas afectan específicamente a los vecinos de la Villa 31, ya que por la disposición de calles y pasajes internos (más allá de los problemas de violencia en el barrio) las ambulancias no llegan a todos los sectores. Además, los días de lluvia intensa (esto lo experimentamos nosotros mismos) las calles se vuelven cursos de agua y se hace imposible transitar por ellas.

Las condiciones señaladas en los párrafos previos no son padecidas únicamente por los migrantes sino que afectan a todos los usuarios del sistema de salud. A partir de la sanción de la nueva Ley de Migraciones ya no se escuchan testimonios sobre trabas burocráticas específicas para los migrantes, al estilo de solicitar el DNI argentino como ocurría anteriormente. Aunque existen mecanismos menos formales de discriminación como atender primero a los nativos, sin respetar el orden de llegada o dilatar la atención para que desistan. Así le pasó a Elisa:

[...] Me dijo “Bueno, vaya allá al... a la sala de vacunas y que el doctor... el enfermero se lo pase a otra libreta”. Bueno... voy al de vacunas... y el de vacunas me dice “Yo no tengo tiempo para hacer. Estoy muy ocupado. Porque estamos ahora vacunando y no tengo tiempo. Véngase otro día”. “Bueno, ¿puedo venir mañana, por favor?”, le digo. “Sí. Véngase mañana”. Voy y justo le encuentro afuera fumando un cigarrillo. Le digo “Doctor, ¿puede llenármelo ahora la... la libreta de vacunas de mi hija?”. “No. Espere un rato”. Le espero... Bueno... Viene otra señora. “Ah, tengo que salir”. Se fue. Nunca me lo hizo. Y hasta ahora no me lo hizo. Nunca. Fui a todos los

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

hospitales... porque siempre me piden la libreta de vacunas de acá. Yo tengo el de Bolivia que está pero... te digo que... Se deshace. Porque siempre que me lo vacunan me lo ponen por acá, por allá, y que no se entiende. Nunca me lo quisieron hacer en ningún... ni en el hospital, ni en la salita de acá, ni en la otra salita, ni en esta salita nueva que ahora se abrió acá en la San Martín. (Elisa)

Las barreras culturales tienen un impacto diferencial sobre la población migrante. Existen varios factores que dificultan el entendimiento entre los médicos y los pacientes tales como la distinta denominación de los síntomas y los procesos patológicos (ya se citaron testimonios que dan cuenta de ello), la falta de explicación de la necesidad de los procedimientos a realizar y en qué consisten, y la utilización de un lenguaje excesivamente técnico por parte de los galenos. Clodivina lo describió palmariamente, señalando la ironía del profesional y su temor a perder la posibilidad de ser atendida por insistir en que le explique con claridad:

Más o menos. A veces no le entendía. Muchas veces le decía con miedo “Vuelva a repetirme, por favor”. Con mi cara y diciendo por favor, ya me fui comprándolos. Después me decían “Ay, a vos ya te conocemos”. [...] No, no nos entendíamos. Porque diferente nombre... decimos eso, es otra cosa. No nos entendemos ni hasta ahora mucho. Yo le dije “Explicame bien”. “Ya vos nomás vení tal día, tal día”, me dice. A veces se ríe nomás. A veces no le entiendo, le digo “¿Qué me has dicho, doctor?”. Y él se ríe nomás. Después yo ya no puedo preguntar. Vuelta y vuelta. Si voy a insistir no me va atender más. A veces me explica, pero a veces no me explica porque no nos entendemos. (Clodivina)

Juliana desistió de realizarse una intervención por no comprender de qué se trataba:

No entendía bien cómo me iba a hacer. Me iban a poner de acá para acá (se señala la espalda). No sabía cómo me iba a meter la aguja adentro. O que me iba a meter un líquido. Yo estaba como que no quería hacerme tocar nada. Viste que la columna es... Tanto pedirle a diosito se pasó. Como tomé las tabletas, capaz que se arregló con eso. (Juliana)

Si centramos la atención en el otro polo de la relación que proponen Comes et al (2004), la gran mayoría de las entrevistadas no conocía en detalle los derechos que les garantiza la nueva Ley de Migraciones lo que, a su vez, se traduce en sentimientos como el de Clodivina, de acceder a algo que no corresponde y cuidarse de no insistir demasiado, porque ya no estará disponible. En el extremo opuesto, se encuentra la actitud de Elisa en el Hospital Ramos Mejía,

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

exigiendo a los médicos atención de calidad para su hija. Es por eso que una de las líneas de trabajo de nuestro equipo es el de profundizar en el derecho a la salud, como una forma de hacer circular la información. Si no se conocen los derechos, mal se podrá exigir su vigencia, especialmente en una comunidad que tiende a ser sumisa (aunque, obviamente, existen excepciones). Así lo refirió Norita en la Villa 31: *“A mí me da bronca cuando discriminan a la gente boliviana porque son muy humildes y no reaccionan, en cambio a mí, si hay que dar trompada se lo doy.”* Guadalupe estuvo de acuerdo: *“En la calle igual, ¿viste? los paisanos son re humildes, yo digo ‘¿Cuándo van a reaccionar?’ Están atentos para afanarlos”*.

Otro factor es la información (o la falta de ella) con que cuentan las migrantes de origen boliviano respecto de la disponibilidad y mecanismos de acceso a los servicios públicos de salud, que es diferente de acuerdo al tiempo de residencia en el país pero creemos que sobre todo, al acceso a redes de contacto por donde circula esa información. Recordemos el caso de Clodivina, que al llegar a la CABA no conocía la localización de los hospitales ni sabía de la gratuidad de la atención. En el caso de Lucinda, en cambio, pese a tener sólo dos semanas en Buenos Aires fue acompañada por sus hermanas y atendida en el centro de salud y el Hospital Fernández. El peso de las redes de contacto pareciera ser definitivo.

En resumen, la población migrante suma a las barreras que encuentra por ser pobre, aquellas que debe enfrentar por ser migrante. La accesibilidad para cada uno de los barrios estudiados toma la forma de la relación entre las barreras señaladas para cada uno de ellos y la actitud de las usuarias frente a ellas (de exigencia o sumisión). Ya señalamos el distinto grado de responsabilidad entre los participantes de la relación, por lo que en las consideraciones finales señalaremos algunas posibles líneas de acción por parte del sistema de salud para mejorarla.

6.4 La discriminación

Una de las experiencias compartidas por los “diferentes” -es decir, aquellos que se apartan de lo que es considerado normal por determinado grupo social- los pobres, los migrantes, los homosexuales, los pueblos originarios, entre otros, es haber sufrido o presenciado una situación de discriminación por la cualidad que los aleja de la norma. En el caso puntual de las mujeres migrantes de origen boliviano, confluyen varias de ellas: ser migrantes, ser pobres, ser mujeres y ser descendientes de pueblos originarios. Esto hace que la diferencia se porte en la cara, en los rasgos, en el color de piel, en la voz y hace que sea imposible ocultarla, un estigma

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

tal como fue definido por Goffman (2009).

Estos “diferentes” suelen ocupar el lugar de chivo expiatorio en los grupos sociales en que se encuentran, y se convierten en el foco donde la sociedad deposita la culpa por todos o algunos de sus estragos. Esta situación se exagera en momentos de crisis, cuando el descontento social precisa responsables y rápidamente los encuentra en quienes no son como ellos. Es así como en esas épocas comienzan a circular discursos racistas, xenófobos y discriminatorios hacia las minorías a las que se culpabiliza por los males sociales, en general insuflados por los grupos dominantes que defienden el ser social “verdadero” y se agita la figura de los “extraños” como amenaza. Así fue que a fines de la década de los 90’, en plena crisis del modelo económico neoliberal implantado en la Argentina, se imputa al aluvión de migrantes limítrofes por la falta de trabajo en nuestro país y se habla de “una extranjerización del crimen”³³. Por un pase de magia, desaparecen las responsabilidades del modelo económico, de los gobernantes que lo sostienen y de aquellos que se enriquecen con él a costa del resto de la población, para recaer en una minoría externa a nuestra sociedad. Algo similar ocurrió el año pasado, cuando los extranjeros fueron denunciados por el aumento en las tasas de criminalidad. En palabras del Secretario de Seguridad de la Nación, Sergio Berni, el país “está infectado con delincuentes extranjeros”³⁴.

Nos parece oportuno recordar que, en el momento de mayor llegada de migrantes a nuestro país entre fines del siglo XIX y principios del siglo XX, también surgieron reacciones xenófobas y se culpó a los recién llegados por los males de la nación. Una de ellas fue la sanción de la Ley de Residencia³⁵ impulsada por Miguel Cané en 1902 (bajo la presidencia de Julio A. Roca) a pedido de la Unión Industrial Argentina (UIA), que permitía la deportación de extranjeros sin juicio previo y que se utilizó, principalmente, para reprimir y desactivar los movimientos de resistencia obrera. Años más tarde, el espíritu de esa ley encarnó en la Liga Patriótica, protagonista de la Semana Trágica y del hostigamiento y vandalismo hacia los migrantes y organizaciones sindicales.

Además y continuando con la perspectiva histórica, así como en la actualidad se responsabiliza a los migrantes por el crecimiento de los asentamientos y las condiciones de vida

³³ <http://www.pagina12.com.ar/2000/00-04/00-04-16/pag14.htm>. Visitado el 15 de julio de 2015.

³⁴ <http://www.lanacion.com.ar/1739331-sergio-berni-estamos-infectados-de-delincuentes-extranjeros>. Visitado el 15 de abril de 2015.

³⁵ Ley N° 4.144 o “ley Cané”, disponible en http://archivohistorico.educ.ar/sites/default/files/IV_22.pdf. Visitado el 10 de mayo de 2014.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

en ellos, en aquella época los recién llegados se instalaban en los conventillos también ubicados en el centro urbano (como las villas, sus sucedáneos actuales) en los que se pagaban alquileres exorbitantes por pequeñas habitaciones en las que vivían hasta quince personas. Esta situación derivó en la Huelga de los Inquilinos de 1907 en la que según Girbal – Blacha (2000) participaron cerca de dos mil conventillos de la ciudad de Buenos Aires, y también de otras ciudades como Rosario y Bahía Blanca.

Esta digresión muestra que la discriminación, la xenofobia y la incriminación de los migrantes no son nuevas en nuestra historia, como tampoco lo son las paupérrimas condiciones de vida en las que se insertan, en general, en la sociedad que los recibe. Todas las entrevistadas recordaron con dolor los primeros años en la Argentina no sólo por la nostalgia de su país sino por lo mal que lo pasaban aquí, y recordaron haber presenciado o protagonizado hechos de discriminación, muchos de ellos por parte del personal del sistema público de salud.

A mí me pasó. En la salita, en la salita. La que entrega los números. Yo había ido a sacar turno para mí para hacerme un PAP... quería hacerme... “¡Todos vienen a ginecología! ¡Todas quieren hacer...! ¡Estas bolivianas de mierda!”. Yo le dije “¿Pero por qué me trata así?”, le dije, “Yo no tengo la culpa de que me enferme... Yo quiero cuidar mi salud, señora. Estoy pidiendo y acá es un centro hospital; me tiene que atender”, le digo. “Y yo no tengo la culpa de que Ud. esté de mal humor”. “Estas bolivianas de mierda vienen acá, vienen a invadir el país y todavía se creen dueños y quieren hacer todo a la mala”. O sea, que la gente de Bolivia vamos todos a gritar... Entonces agarró... y las otras señoras dijeron “Bueno, señora”... le dijeron “¿Cómo Ud. va a tratar así? Acá todos somos bolivianos, paraguayos, peruanos... de todo había... Ud. también no es de Argentina”, le dijo. La otra señora “No, pero Uds. son... acá...” Pero tampoco era de acá... Y sí, pero así nos trató... Después... “¡Bolivianas, indias! ¡Acá vienen a hacerse...! ¿Por qué no se van a su país? ¡¿Qué quieren acá?! ¡Uds. piensan que todo hay que regalarlas!” Le dije “Bueno, está bien. Gracias. No me dé nada...” le dije, y me salió... y sí... (Elisa)

Esa misma persona, la señora que da los turnos, volvió a aparecer en los relatos durante el grupo focal. Norita describió un cambio de palabras con la misma señora referida por Elisa:

Le decía “¡Eh! Boliviana, porque no te vas allá a Bolivia, a ver si te atienden”. En la salita de acá, sí. Pero no sólo médicos, sino los que te atienden y dan turnos. Y ahí hay una persona que es boliviana también y que ahora se cree mucho (están todas de acuerdo) y yo voy y le digo “¿Qué tenés? ¿Vos no te das cuenta de dónde venís? Y son tus paisanas

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

que vos atendés, ojo...” No, yo se lo digo... Soy de aguantar pocas pulgas... (Norita)

Pero no sólo ocurre con el personal administrativo. En ocasiones, también son los médicos quienes maltratan.

[...] Acá, en... en la banderita me pasó eso. Cuando le llevé a mi otra nena, le llevé. Sí. La llevé porque ella tiene problemas, no sé si del corazón, que le duele el pecho. Yo le había llevado. Un día le llevé digamos un lunes le llevé. Le llevé y el doctor me dice “¿Qué tiene la nena?”. “Tiene mucho dolor de pecho”. Entonces a mi hija le tocaba el pecho y le decía “¿Te duele?”. Y mi hija, “No, no me duele”, decía ella. Pero en casa se quejaba “Me duele, me duele”. Bueno... “Bueno, su hija está bien. ¿Para qué lo trae?”, me dice. “¿Ud. le gusta hacer perder el tiempo? O es que quiere que yo pierda el tiempo”, me dijo. “Bueno, Uds. los bolivianos se pasan ya, de todas formas quieren sacar una cosa de todas partes”, me dijo el médico. Bueno, entonces agarré y me fui. Después mi hija en la noche, al otro día dice “Me duele, me duele. Me falta el aire, me falta el aire”. Entonces agarré, la pegué yo. Le dije “¿A vos qué te pasa? Cuando estás con el doctor no te duele nada, “No me duele”, y cuando venís acá “Me duele, me duele.” Entonces le volví a llevar. Y esta vez le dije... el mismo doctor me atendió. Entonces me dice “¿Otra vez acá?!”, me dijo... Al día siguiente fue. “¿Otra vez acá Ud., señora?!”, me dice. “¿Qué hace?!”, así me dijo. “¿Qué hace Ud.?!”. “Le gusta perder el tiempo, ¿no?”, me dijo. “Pero doctor, mi hija anoche no pudo dormir. Se quejó y le falta el aire, le falta el aire. ¿Me puede dar...? Me dijeron que cuando Uds. nos daban un papelito nos atienden más rápido en el hospital. ¿Me puede dar solamente ese papelito?”. No sé qué papelito era porque recién había llegado yo. Entonces no sabía que ésa era una orden que tenían que darte. Por eso le pedía el papelito. “¿Qué papelito me pide Ud.?! Uds. son... analfabeto”. Era una persona grande. Después me agarró y me dijo: “¿Dónde está su libreta de vacunas?”, me pide. Yo tengo otra libreta de vacunas, de Bolivia. “¿Esto me trae? ¿Esto de dónde es? ¿Qué es esto?!”. (Elisa)

Juliana cuenta cómo defendió a una señora que estaba siendo maltratada porque las enfermeras no la comprendían cuando hablaba:

También una señora que también... pasó... Fue con la cédula de Bolivia... Pasó como me pasó a mí... Entonces ahí me metí... Era una unas enfermeras que ¿viste? vienen a... unas enfermeras que practican ahí... no sé qué parte tienen ahí... Porque las doctoras no te atienden mal así... te atienden... pero las enfermeras... La señora fue a hacerse ver. Entonces, como era una señora que hablaba en quechua, que era cerrada la señora... no le entendían pareciera... pero tampoco

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

era manera de tratarla así, ¿viste? “Que esto, que esto, que vayas a tu país, que no te entendemos, no sé qué cosa habla Ud., que todos están viniendo”, así empezaron a hablar... entonces yo me acerqué, le digo... y como yo le entendía lo que hablaba “¿Qué va a hacer?”, yo le digo “Bueno, decile bien a la señora. No es para que Ud. le grite”, le dije. “No puede ser. Atiéndale. Dígale... hágale algo”, le dije, “porque le duele”, le dije así... era una chica nomás era... igual la atendió, pero no sé cómo la va a atender adentro... eeh... yo no le vi más, porque entró... Después salió y le pregunté “¿Cómo te atendió?”, le digo así. Como allá le entiendo, más o menos le entendía también... le entendía en castellano, pero bueno... viste que habla más rápido... le entiendo igual. Más nervios cuando se ponen las cosas “Uuh... sí, me atendió pero me ha retado”, dice... “mucho me ha retado feo ahí adentro”, me dice. “Me ha retado, me ha dicho que me vaya allá, es que no tienen hospitales allá, así me dijo”. Y así le había dicho... Era una enfermera. Sí, con guardapolvito... esos color rosa o verde... esos... Una chica joven... o sea... yo no sé si tendrían paciencia o no tienen... Pero así la atendió... (Juliana)

A Moira le ocurrió algo similar, aunque la persona maltratada no era de origen boliviano sino coreano:

Fue con una chica coreana que no hablaba ni entendía. Bueno, ‘Habla bien’, le digo. Ahí yo me metí. Le digo, ‘Ella no puede hablar, pero no le trate así’, le digo. ‘Es igual persona de carne y hueso’, le digo. Y no me contestó nada... Bueno... Le trató bien... (Moira)

Clodivina comparte su experiencia en el Hospital Piñero de Flores, un barrio distinto pero una vivencia similar:

Ah, sí. Porque no tenía documento me decían en Piñero la primera vez que fui. “¡Paisano no!” decían. “Paisano siempre va a ser humillado”, era porque no tenía documento. Ahora ya tenemos documento. “¿Quién tiene documento?”... sí. Para sacar el turno. Me trató mal, gritaba. A veces me duele, apurado porque nos atiendan. Hasta ahora que me dolía mi rodilla, hueso. Fui al Piñero, no me han atendido. “No. Que ya se va a pasar. Esperate que no sos única, que hay un montón de gente”. Igual como cinco horas esperé y me viní nomás. Por no estar ahí esperando. Porque a veces mi hija tiene hambre, para estar esperando 5 horas. No me atienden y me vengo nomás. Las enfermeras siempre te gritan. (Clodivina)

La situación de discriminación que más nos impactó fue la que sufrió una de las hijas

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

de Elisa (y ella misma) en la escuela, no sólo por parte de los compañeros sino de los propios maestros:

Sí, en la escuela. En la escuela igual. Vos sabés que yo tuve bastante peleas acá en la escuela igual. A mis hijas me lo discriminaron pero, te digo, un montón en la escuela. Los mismos maestros. Los mismos maestros porque yo tengo una nena que es la del medio que es morenita, negrita. Los compañeros le decían “Negra, andá a lavarte la cara. Que estás pintada con carbón. Mi hija le avisaba a la maestra, “Seño, me molestó tal... Me están diciendo así...”. “¡Pero aguantátela! ¿¡Qué querés?! ¡¿A qué vienen entonces?! ¡¿Por qué no están en su país?!” ¡La maestra lo dijo eso! Mi hija vino llorando y me dijo “Mamá, la profesora me dijo esto”. “¿Pero por qué te dijo?”. “No sé”. Me lo dijo así. Entonces yo agarré al otro día fui y le dije. “Profesora con mi hija tengo este problema. Mi hija ya no quiere venir a la escuela”, le digo. “¡Pero ustedes hacen de todo, de todo! ¡De todo se quejan, de todo chillan ustedes!” Así... “¿Por qué no se van a su país y se dejan de fregar acá, dejan de hinchar las pelotas?”. Así me dijo la profesora porque yo recién había llegado. Entonces yo no sabía nada. Dije “Bueno... Está bien, profesora... Gracias”, le dije. Agarré y me vine. (Elisa)

Elisa estaba sola en Buenos Aires. Su marido había armado otra familia. Recién había llegado y toda esta situación hacía que quiera volver a Bolivia. Durante todo este segmento de la entrevista Elisa lloró desconsoladamente, pese a nuestros intentos por confortarla:

Pero yo estaba sola acá... cuando yo estaba sola... Me puse a llorar... Lloré. Por eso yo quería irme yo... “Me voy a ir” ... pero yo no tenía plata para el pasaje... Porque fui al Consulado a pedir ayuda al Consulado de Bolivia a pedir ayuda a pedir... pero... “Quiero volver a mi país... Por favor, ayúdenme por favor, quiero irme...” No me quisieron ayudar tampoco ahí. Me dijeron “Te vamos a dar la mitad, la mitad te tienes que buscar”. (Elisa)

Finalmente, decidió enfrentar la situación y cambiar sus hijas de escuela. Felizmente, en el nuevo establecimiento no tuvo problemas:

Y así agarré y entonces les tuve que cambiar de escuela a mis hijos. Les tuve que cambiar porque agarré... dije... “No”. Porque me maltrataban. Era la escuela Castelli. Ahí donde me las trataron mal. Después me las traje acá al José Manuel de Estrada. Ahí era mucho mejor. Había un poco más de alumnos entonces... y yo hablé ahí... ya como que ya me estaba empezando a abrir un poco más, a... a

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

socializarme más con la gente. ¿Qué se yo? Empezaba a expresarme más... Entonces fui a la escuela y le dije “Mire, eeh... si este año le dije... no sé si Ud. tiene vacante acá. Quiero cambiar a mis hijas”. “¿Por qué quiere cambiar sus hijas Ud.?” Yo le dije la verdad. Le dije “Quiero cambiarle por este motivo. Porque a mis hijas me lo tratan de bolivianas sucias, cochinas... que por qué las mandan ahí... que a una de mis hijas le golpearon con el banco, le lastimaron la cabeza y le rompieron el delantal. Por eso quiero cambiarles”, le digo. “Pero tus hijas deben ser traviesas...”. “No”, le digo, “haga la prueba”, le dije. “Si Ud. ve que mis hijas son así, me llama ahí y yo me las llevo”, le dije. “No, no, no... Ud. no, no, no... Ud. no se preocupe señora, nosotros no estamos haciendo eso acá”, me dijo. Inscríbale acá, Ud. vaya, inscríbale, pero tiene que traer un pase de la escuela”. “Bueno, voy a traer”. (Elisa)

Cuando se acercó a la escuela para retirar los boletines, habló con la directora y le refirió el motivo del traslado. No sólo nada ocurrió con los docentes que maltrataron tanto a ella como sus hijas, sino que ni siquiera le entregaron los boletines aun a pesar de haber concurrido en varias oportunidades:

Fui a la escuela a pedir el pase. Después “¿Por qué se las está llevando a sus hijas?”, la directora me preguntó. Yo le dije “Por tal motivo”. “Me trató así la profesora de inglés, después el profesor de educación física también me trató mal...”
Claro, “El profesor de educación física también me trató mal y así que no quiero que a mis hijas también las traten... mis hijas... de negra... de esto... no me le sacan porque mi hijita es negrita... que te pintaste con carbón... andá lávate con jabón... que esto, lo otro... mis hijas ya no quieren venir ya”, le digo. Por eso este año, como sea, terminaron y ahora me las voy a cambiar a otra escuela y me dijo la directora “Pero ¿cómo Ud. no habló conmigo?”... “No sé”, le dije. “Yo no sabía. Pero yo me quejé. Mandé en los cuadernos y todo. Si yo venía a las reuniones”. “Pero Ud. tenía que haber hablado conmigo”... No hizo nada. Es más, nunca me entregaron los boletines. Porque siempre que iba a pedir los boletines me decían que no llenó el profesor, que no firmó no sé quién... Nunca me lo entregaron... Se quedó así y... y así es que en esta escuela me lo trataron mucho mejor... sí... (Elisa)

Por todo lo expuesto en este capítulo y en el precedente, entendemos que nuestra aproximación a la situación de salud de las mujeres migrantes de origen boliviano -y a las prácticas relacionadas con ella- a partir de la reconstrucción detallada de sus itinerarios terapéuticos y del registro de sus opiniones y reflexiones a lo largo de esos recorridos, es una perspectiva original que aporta un conocimiento muy rico para comprender lo que esas mujeres

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

hacen realmente ante un problema de salud.

En algunos de los trabajos en que Goldberg (2009, 2010b, 2010c) habla de itinerarios terapéuticos, sólo se enumera una secuencia lineal que se inicia en todos los casos a partir de los cuidados en la unidad doméstica y de ahí pasa a un especialista en medicina tradicional o científica. En algunos de los testimonios que recabamos, hay mujeres que acuden directamente en busca de atención especializada sin realizar ninguna acción en sus hogares. Si bien Menéndez (2009) reconoce que la decisión de acudir o no a un especialista forma parte del proceso de autoatención, lo cierto es que muchas de ellas no realizaron ninguna acción concreta relativa a los cuidados domésticos para enfrentar el problema, salvo tomar la determinación de consultar con un especialista. En el restante (Goldberg, 2014), no se apuntan las distintas alternativas de atención utilizadas ni las reflexiones, experiencias y demás factores que intervienen en la toma de decisiones a lo largo de los recorridos.

Asimismo, tal como afirma Trad (2010) y nosotros intentamos analizar a partir de las narraciones, el proceso de toma de decisiones en cada itinerario responde a una variedad de factores que remite a una complejidad que inhabilita cualquier intento de establecer un patrón de conducta. Es más, encontramos mucho más interesante y productivo conocer las experiencias, reflexiones y decisiones a lo largo de los recorridos que simplemente apuntar cada una de las etapas.

El acceso a la historia y experiencias de estas mujeres nos permitió la llegada a un mundo inaccesible desde la mirada del sistema de salud y/o la de quienes producen estadísticas para el Estado que fundamentan buena parte de los trabajos citados sobre salud y migración (El Ágora, 2006; Michelli, 2006; Jelin, 2007; Elia, 2012; Cacopardo y Aguilera, 2013).

Además, ninguno de los testimonios relevados expresó quejas respecto de la calidad de atención del sistema de salud boliviano como señala la publicación de la OIM (2009). El reclamo apunta específicamente al costo que implica su utilización. Es más, cuando consultamos sobre las prácticas de salud en Bolivia, la mayoría de las mujeres entrevistadas mostró el hábito de tratar en el hogar la mayoría de los padecimientos y recurrir a especialistas tradicionales más como una costumbre que como una estrategia para reemplazar al sistema público. De hecho, muchas de ellas pagaron por tratamientos tradicionales en nuestro país mucho más dinero que el que implica atenderse no sólo en el sistema público sino también en la medicina privada.

También disentimos en lo referente a las “escasas” situaciones de discriminación que

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

señala la misma publicación. Es cierto que a partir de la sanción de la nueva ley, esas circunstancias han mermado notoriamente. Pero entendemos que las narraciones fueron elocuentes respecto a la intensidad y variedad de los hechos de discriminación que, aunque en menor cantidad, siguen ocurriendo y que son protagonizados no sólo por (además de la población general) el personal administrativo de escuelas y servicios públicos de salud, sino también por profesionales de la salud (enfermeras y médicos) y maestros.

Compartimos la apreciación sobre la predisposición de esta población a consultar por el servicio de guardia señalados en algunos trabajos (El Ágora, 2006; OIM, 2009) pero entendemos que es también una de las cuestiones a tener en cuenta para trabajar junto con la comunidad migrante que permitiría avanzar hacia una relación más fructífera en relación con la situación de salud de este colectivo. Un factor a considerar es que muchas veces, por la escasez de turnos en los servicios públicos para la atención en el día, se consulta en la guardia para no perder otro día laboral, un tema especialmente sensible para una población que necesita imperiosamente de ese dinero para vivir, ya que mayoritariamente trabaja en negro y no cuenta con días libres por enfermedad. De todos modos, es una práctica seguramente influida por otras cuestiones que requiere un estudio más pormenorizado para ser comprendida.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

7. CONSIDERACIONES FINALES

[...] Ignoro quiénes son, pero sé que uno de ellos profetizó, en la hora de su muerte, que alguna vez llegaría mi redentor. Desde entonces no me duele la soledad, porque sé que vive mi redentor y al fin se levantará sobre el polvo. Si mi oído alcanzara todo los rumores del mundo, yo percibiría sus pasos. Ojalá me lleve a un lugar con menos galerías y menos puertas. ¿Cómo será mi redentor?, me pregunto. ¿Será un toro o un hombre? ¿Será tal vez un toro con cara de hombre? ¿O será como yo?

El sol de la mañana reverberó en la espada de bronce.

Ya no quedaba ni un vestigio de sangre.

- ¿Lo crearás, Ariadna? -dijo Teseo-. El minotauro apenas se defendió. (Borges, 1992: 109)

El acceso directo a las mujeres migrantes de origen boliviano en los barrios estudiados nos permitió acceder a las prácticas de salud que ocurren por fuera de los servicios públicos de salud. A partir de ellas, constatamos el uso articulado de las distintas alternativas de atención que, como señala Menéndez (2009), hubiera permanecido desconocido si hubiéramos partido del testimonio de los curadores, incluso desde el sistema de salud –unidad sanitaria, hospital- para contactar a las mujeres y situaciones de enfermedad. La posibilidad que se abrió a las mujeres para hablar abiertamente acerca de aquel caso que ellas eligieran relatar consideramos resultó pertinente para identificar situaciones en las que ellas o personas a su cargo (hijos/hijas) se habían visto afectados especialmente.

La reconstrucción de los itinerarios terapéuticos a partir de narraciones en primera persona de sus protagonistas resulta de una enorme riqueza, evidenciando la existencia de una vasta variedad de formas de atención, fundadas en las más diversas explicaciones de la salud y la enfermedad, cada una con su propia lógica de intervención sobre los padecimientos, aunque sin generar conflictos o contradicciones imposibles de afrontar. Además, nos permitió analizar algunos de los factores intervinientes en la toma de decisiones para elegir determinada forma de atención, seguir utilizándola o buscar nuevas alternativas para enfrentar el problema de salud en cuestión (aspecto que no registramos en las investigaciones sobre itinerarios terapéuticos en población migrante en nuestro país -Goldberg 2009, 2010c, 2014-).

Si bien mucho se ha avanzado en lo relacionado con el acceso a la atención en salud de los migrantes a partir de la sanción de la Ley Nacional de Migraciones N°25.871, todavía hallamos obstáculos que lo dificultan, muchos de ellos compartidos con el resto de la población que utiliza el sistema público de salud (la gran mayoría de ellos pertenecen a los sectores más

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

empobrecidos de la sociedad, por lo que no pueden afrontar los gastos que implica la medicina prepaga ni tienen la cobertura de las obras sociales que benefician a los trabajadores registrados). Las barreras específicas que afectan a la población migrante de origen boliviano (aunque sospechamos que lo mismo se aplica a migrantes de otros orígenes) son las culturales que, lejos de ser problematizadas o tenidas en cuenta, muchas veces desembocan en el abandono de los tratamientos y/o las consultas o hasta, cada vez menos afortunadamente, en situaciones de discriminación.

También registramos en el trabajo de terreno algunas patologías definidas desde cosmovisiones distintas a la biomedicina que no son tenidas en cuenta por ésta, que se fundan en diferentes explicaciones de la enfermedad y que reclaman, en consecuencia, intervenciones terapéuticas específicas que responden a esas interpretaciones. Entre ellas, señalamos la envidia en el caso de Alina, el amarre en el caso de Lucinda y la pata de cabra en el caso de Guadalupe. Además, conocimos una enorme variedad de remedios caseros para atender los más diversos problemas de salud: infusiones con distintos tipos de hierbas (coca, anís, airampo, eucalipto, boldo, amor seco, barba del choclo, manzanilla, ginkgo – biloba y aloe vera son los más usados de una lista interminable) y con el carozo de la palta, el uso de la papa, el pepino y la mandioca (yuca para las migrantes de origen boliviano) en rodajas o molidas para bajar la fiebre, del Mentisan^{®36}, del huevo para cicatrizar heridas y aplicado con papel también como antitérmico, parches de barro mezclado con otras sustancias (orín, hierbas, polvos, etc.) como desinflamatorio y cicatrizante de heridas, ungüentos fabricados con hierbas (molle y ruda, por ejemplo) y pasta de polillas y la utilización de sapos o lagartijas recién muertas para entablillar y curar fracturas. Pese a que no tenía directamente que ver con nuestro problema de investigación nos parece interesante destacarlo y tenerlo en cuenta para futuras indagaciones.

El descubrimiento de estas explicaciones y del arsenal de remedios caseros que forman parte del acervo cultural de esta comunidad, transmitido de una generación a otra especialmente por las mujeres, nos llevó a mirar en nuestras propias costumbres y a advertir también, pese a la hegemonía de la biomedicina en nuestra sociedad, la existencia de enfermedades

³⁶ Mentisan es un ungüento mentolado fabricado en las altas montañas de Los Andes bolivianos. Inicialmente, Mentisan Ungüento se elaboró para aliviar los síntomas del resfrío común y de la gripe. Sin embargo, debido a su fórmula que tiene una balanceada combinación de aceites esenciales naturales de salvia, pino y eucalipto, con ingredientes como mentol, alcanfor, esencia de trementina y lanolina, también brinda alivio en casos de dolores reumáticos, neurálgicos y de cabeza. Asimismo, sirve para aliviar picaduras de insectos y quemaduras y heridas leves. Disponible en http://www.salinasenterprisesinc.com/mentisan_es.htm. Visitada el: 15 de julio de 2015.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

“heterodoxas” (como el ojeo y el empacho), la difundida utilización de remedios caseros (infusiones digestivas, alimentos específicos para determinados trastornos digestivos, el uso del alimentos para preparar ungüentos, preparados para el dolor de garganta, etc.) y la consulta a especialistas alternativos. Seguramente estos hallazgos tienen una extensión menor que en el caso de la comunidad boliviana, pero da la pauta de que en todo conjunto social existen estos conocimientos y prácticas que circulan de manera alternativa al de la medicina oficial y que deben ser precisados con investigaciones específicas.

7.1 Algunas propuestas en torno al problema

Dado que la mayoría de la población migrante proveniente de países limítrofes y Perú no posee cobertura de salud, uno de los posibles beneficiarios de la información generada por este estudio, decíamos al inicio, es el sistema público de salud que podría utilizarla para pensar la gestión y mejorar la calidad de la atención. De todos modos, la mayoría de las dificultades estructurales, de recursos y de organización de los servicios es sufrida por todos los usuarios, migrantes y nativos. Nosotros nos ocuparemos de las cuestiones particulares que afectan al colectivo migrante.

En primer lugar, se debe considerar si la postulación de un sistema universal de salud gratuito de la Ley Básica de Salud de la CABA es un ideal o es realmente el horizonte para los servicios públicos de salud. En segundo lugar, y siguiendo a Testa (2009) se debe conceptualizar a la salud como una arena de contienda política y de lucha por los recursos en juego, y la organización de los servicios no es ajena a esa disputa definiendo el modo en que son asignados los capitales y bienes escasos. En tercer lugar, es necesario identificar los nudos críticos que permitirían la utilización más eficaz de recursos logrando el mayor impacto posible.

El carácter expulsivo de algunos sectores del personal y del sistema de salud, implica en el nivel más abstracto (o filosófico si se quiere), exactamente lo opuesto que propone la ley que organiza el sistema. Es decir, desalienta la consulta pero específicamente para un sector de la sociedad en base a su nacionalidad o etnia (algo que el propio marco legal condena). En el terreno más concreto, esto supone que las personas terminan consultando en numerosas oportunidades en distintos hospitales y centros de salud, provocando un aumento en el costo para los usuarios y para el propio sistema. Por el contrario, la atención oportuna puede resolver en el momento las situaciones menos complejas, y guiar el rumbo hacia la resolución de las más complicadas con el consecuente ahorro de recursos.

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

En el mismo sentido, una mejora en el sistema de gestión de turnos y la ampliación del horario de atención, evitaría las largas filas a la madrugada y el descongestionamiento de los servicios en horas de la mañana. Así como se ha realizado en otras áreas del gobierno, podría habilitarse la gestión telefónica o con terminales en lugares estratégicos, y brindar información sobre los derechos y el acceso a la salud en sitios claves como consulados, ferias, festividades, etc. Más que una solución concreta, lo que debe haber es voluntad de acercar los servicios y la atención a la población.

Además, así como lo han hecho otros países con gran cantidad de migrantes, debería pensarse en incluir servicios interculturales de salud en los barrios de la CABA donde se concentra ese tipo de población. Es el caso de los hospitales y centros de salud de las comunas 1 y 7, pero también de otros barrios como Liniers, Mataderos, Villa Soldati, Barracas, etc. Para ello, primero debe existir el convencimiento de que se trata de una población que presenta particularidades que deben ser tenidas en cuenta para optimizar el servicio y que tiene el mismo derecho a ser atendida como cualquier residente de la CABA.

La presencia de interlocutores para solucionar los problemas de comunicación provocados por la distancia cultural no implica una inversión desmedida de recursos y significaría un gran avance, lo mismo que dispositivos de orientación para migrantes en lugares estratégicos (consulados, organismos públicos, hospitales y centro de salud, etc.) Asimismo los servicios públicos, para ser efectivos, deberían tener en cuenta las prácticas y creencias de esas poblaciones que, como hemos visto, recurren usualmente a la autoatención con remedios caseros y a curadores tradicionales. También es necesaria la generación de información epidemiológica específica sobre estos colectivos, que permita conocer su situación de salud y los problemas prevalentes.

Es imperioso el desarrollo de contactos entre los servicios de salud, organizaciones migrantes, instituciones académicas, ONG's, organismos del Estado y supranacionales y todos aquellos involucrados e interesados en la problemática de salud y migración, para sumar voluntades y recursos y articular acciones conjuntas.

Debemos señalar la existencia del grupo Salud y Migración del Ministerio de Salud del GCBA que dicta un curso anual sobre interculturalidad y salud que, pese a ser un recurso de valía en la estructura del Estado, es un dispositivo al que se acercan voluntariamente los profesionales interesados en el tema. Entendemos que se requiere una intervención más decidida y la capacitación obligatoria de los recursos humanos, ya sea que pertenezcan al

Buzzi PA. El hilo de Ariadna en el laberinto de la salud. Itinerarios terapéuticos en mujeres migrantes de origen boliviano en dos barrios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2014-2015). [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. Año 2015.

ámbito de la salud o de la educación, en los mencionados barrios.

En particular, respecto al problema de la discriminación, habría que pensar no sólo sanciones punitivas para quienes incurran en tales actitudes, sino también estimular las buenas prácticas capacitando al personal de los establecimientos sanitarios y educativos para trabajar en contextos pluriculturales y favorecer la interculturalidad en la escuela y en la atención de la salud.

7.2 Futuras líneas de investigación

Dada la escasa información específica sobre la población boliviana (y migrante en general) y su cuantiosa presencia en la CABA, es imprescindible la generación de información epidemiológica y la investigación sobre la situación de salud de ese colectivo. ¿Cuáles son los problemas de salud que más los afectan? ¿Cuáles son sus condiciones de vida y trabajo y qué impacto tienen sobre su situación de salud? ¿Cuáles son los factores socioculturales en juego y de qué manera operan? Estos son sólo algunos de los interrogantes posibles que profundizarían en el conocimiento de las cuestiones relativas a la salud de los migrantes de origen boliviano.

Además, es necesario conocer las opiniones y experiencias del otro polo de la relación, los profesionales de la salud y el modo en que perciben a los migrantes que se acercan al sistema público de salud.

También encontramos interesante indagar sobre las formas de la atención de la salud no biomédicas, como los remedios caseros y los curadores tradicionales. ¿Cuáles son sus explicaciones de la salud y enfermedad? ¿Cuáles son sus procedimientos diagnósticos y terapéuticos? ¿Cómo fueron adquiridos los conocimientos? ¿Dónde consiguen las hierbas y elementos para preparar sus remedios?

Finalmente, la investigación sobre los modos de enfrentar los problemas de salud en Bolivia en el propio lugar en que se desarrollan, permitiría comprender no sólo el marco cultural de referencia que portan las personas cuando llegan a la Argentina sino acceder a los modos tradicionales de curar disponibles sin la influencia de otros sistemas culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón et al. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*. 2003; 131: 1061 – 1065.

Asociación Civil Observatorio Social (OS), Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Organización Internacional para las Migraciones (OIM). Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008 – 2009 [Internet], s/d. [citado el 10 de julio de 2012]. Disponible en: www.feim.org.ar/publicaciones.html.

Bauman Z. Daños colaterales. Desigualdades sociales en la era global. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2011.

Boltanski L. Los usos sociales del cuerpo. Buenos Aires: Periferia; 1975.

Borges JL. El Aleph. Buenos Aires: Emecé Editores; 1992.

Cacopardo MC y Aguilera ME. La utilización de los servicios sociales entre las mujeres migrantes en la ciudad de Buenos Aires. *Papeles de población*. 2013; 19(75): 1 – 22.

Castro A. Sobre el derecho a la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2006; 1: 1 – 4.

Cerruti M. Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina, en Jelin, E (Dir.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES; 2007.

Cerruti M. Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. Buenos Aires: Documentos de la Dirección Nacional de Población [Internet]. 2009 [citado el 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.mininterior.gov.ar/poblacion/pdf/Diagnostico_de_las_poblaciones_de_inmigrantes_en_Argentina.pdf.

Comes Y. et al. Si pudiera pagaría: estudio sobre accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres de del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología – UBA; 2004.

Crivos M y Martínez MR. Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología. En: Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (Memoria del IV Simposio de Antropología Física "Luis Montané"). La Habana: Universidad de La Habana; 1996a.

Crivos M y Martínez MR. La narrativa oral de los "médicos campesinos" como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). En: Actas IX International Oral History Conference. Communicating Experience. Göteborg, Suecia; 1996b.

Crivos M y Martínez MR. Categorización de las enfermedades en una población de los Valles Calchaquíes, Salta, República Argentina. En: Antonio Guerci (Coord.). Etnofarmacología. Biblioteca di Etnomedicina. Génova: Erga Edizioni; 2000.

Diez M. Reflexiones en torno a la interculturalidad. Cuadernos de Antropología Social. 2004; 19: 191 – 213.

Dirección General de Estadísticas y Censos de la CABA. Censo de Hogares y Población. Villas 31 y 31 bis. Ciudad de Buenos Aires; 2009.

Duarte Gómez, M. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(2): 635 – 643.

Dumont JC, Lemaître G. Counting immigrants and expatriates in OECD countries: a new perspective. París: OECD; 2005.

El Agora. Migración y salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires (borrador previo para discusión) [Internet]. 2006 [citado el 10 de octubre de 2012]. Disponible en: www.elagora.org.ar/site/documentos/PreSeminarioSalud.pdf.

Elia L. Población migrante y acceso a la salud. Reflexiones a partir de la intervención del Trabajo Social en una sala de Clínica Médica. *Margen*. 2012; 67: 1 – 35.

Esteva M. et al. Percepción de las dificultades en la atención sanitaria al inmigrante económico en medicina de familia. *Atención Primaria*. 2006; 37(3): 154 – 159.

Eurípides. *Tragedias I*. Barcelona: Editorial Gredos; 2008.

Fleischer S. Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Antropológica*. 2006; 24: 51 – 75.

Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Editorial Morata; 2004.

Foster G. Disease Etiologies in Non- Western Medical Systems. *American Anthropologist*. 1976; 4: 773 - 782.

Gerhardt T. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; 22: 2449 – 2463.

Girbal – Blacha N. La huelga de inquilinos de 1907 en Buenos Aires. *Historias de la ciudad*. Una revista de Buenos Aires. 2000; N° 5.

Goffman I. *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu Editores; 2009.

Goldberg A. Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Temas de patrimonio cultural* [Internet]. 2009 [citado 2 de abril de 2015] 24: 233 – 245. Disponible en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/cultura/cpphc/archivos/libros/temas_24.pdf

Goldberg A. Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la Tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente. *Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la*

Tecnología. 2010a; N° 3: 1–18.

Goldberg A. Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses en Barcelona. *Cuicuilco*. 2010b; 49: 139 – 156.

Goldberg A. Factores socioculturales en el proceso asistencial de pacientes con tuberculosis en el Instituto Vaccarezza del Hospital Muñiz, 2009. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010c; 1(5): 13 – 21.

Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y Sao Paulo: una indagación comparativa. *Saúde e Sociedade*. 2013; 22 (2): 283 – 297.

Goldberg A. Trayectorias migratorias, itinerarios de salud y experiencias de participación política de mujeres migrantes bolivianas que trabajaron y vivieron en talleres textiles clandestinos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina. *Anuario Americanista Europeo*. 2014; 11: 199 – 216.

Idoyaga Molina A. 1997. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Etniológica*. 1997; 21:7 - 33.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo nacional de población [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2010 [citado el 8 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp.

IPPDH (Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR): Acceso a derechos de las personas migrantes en la provincia de Buenos Aires [Internet]. 2014 [citado el 10 de enero de 2015]. Disponible en <http://www.ippdh.mercosur.int/wp-content/uploads/2014/08/Informe-acceso-a-derechos-de-migrantes-en-la-PBA.pdf>.

Jelin E. (Dir.) Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires: IDES; 2007.

Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S. (Ed.) *Psicología social II: Pensamiento y vida social*. Barcelona: Editorial Paidós; 1985.

Kullgren J. Restrictions on Undocumented Immigrants Access to Health Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *American Journal of Public Health*. 2003; 10: 1630 – 1633.

Lerín Piñón S. Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*. 2004; 15 – 16: 111 – 125.

Magalhaes L. et al. Undocumented Migrants in Canada: A Scope Literature Review on Health, Access to Services, and Working Conditions. *Immigrant and Minority Health*. 2010; 12:132 – 151.

Márai S. *La hermana*. Barcelona: Ediciones Salamandra; 2010.

Martinez Pizarro J. Medición e información sobre la migración internacional a partir de los censos: lecciones, desafíos y oportunidades. *Notas de población*, N° 88. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL); 2009.

Mattosinho M, Vieira Da Silva D. El itinerario terapéutico del adolescente con diabetes mellitas tipo 1 y sus familiares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2007; 15 (6): 1113 – 1119.

Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud / enfermedad / atención. Del “teoricismo al movimiento continuo”. *Cuadernos Médico Sociales*. 1992; 59: 3 – 18.

Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*. 1994; 4 (7): 71 – 83.

Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Merino M, Marcon S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um

município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(6): 651 – 658.

Metraux A. *Religión y Magias Indígenas de América del Sur*. Buenos Aires: Aguilar; 1973.

Michelli V. et al. Inmigrantes de países limítrofes y el acceso a la salud en Argentina: el caso del trasplante de médula ósea. *Savia*. 2006; 4: 9 – 16.

Módena ME. *Madres, Médicos y Curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México DF: Ed. Casa Chata; 1990.

Moñivas A. Epistemología y representaciones sociales: concepto y teoría. *Revista de psicología general y aplicada*. 1994; 47(4): 409 – 419.

Naciones Unidas. *Recomendaciones sobre Estadísticas de las Migraciones Internacionales*, Washington DC: Publicación de Naciones Unidas; 1998.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). *Derechos sexuales y reproductivos en población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2008 – 2009*. Buenos Aires: OIM; 2009.

Ovidio. *Las metamorfosis*. Barcelona: Editorial Bruguera; 1979.

Pacecca M. et al. *Inmigración contemporánea en Argentina: dinámicas y políticas*. Serie Población y desarrollo N° 84. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL; 2008.

Perdiguero E, Tosal B. *Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto*. *Feminismo/s*. 2007; 10: 145-162.

PNUD. *Superando barreras: movilidad y desarrollo humanos*. New York: Publicación de Naciones Unidas, UN; 2009.

Prignano A. El Bajo Flores. Un barrio de Buenos Aires. Buenos Aires: Junta de Estudios Históricos de San José de Flores; 2009.

Rico Becerra J. Utilidad del seguimiento de las carreras curativas de los inmigrantes para la visibilización de sus prácticas: Los ecuatorianos en Murcia”. *Antropología Experimental*. 2009; 9: 169 –177.

Rodríguez Doldán S. Medicina Indígena, Medicina Folklórica y Medicina Científica. *Suplemento Antropológico*. 1983; 18(1): 137-148.

Said E. Cultura, identidad e historia. En: Schröder G, Breuninger H. (comp.) *Teoría de la cultura. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.

Sassone S. Migración, territorio e identidad cultural: construcción de “lugares bolivianos” en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires [Internet]*. 2007 [citado el 14 de diciembre de 2014]; 5(6): 9 – 28. Disponible en: http://www.estadistica.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/revista_nro_6.pdf

Schröder G. Prólogo. En: Schröder G. y Breuninger H. (comp.) *Teoría de la cultura. Un mapa de la cuestión*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.

Souza Minayo MC. *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

Spink M. Conceito de Representacao Social na abordagem Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993; 9(3): 300 – 308.

Taylor S y Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Editorial Paidós; 1994.

Testa M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2009.

Trad L. *Grupos focais: conceitos, procedimentos, e reflexões baseadas em experiências com o*

uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*. 2009; 19 (3): 777 – 796.

Trad L et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26(4): 797 – 806.

Tylor E. *Cultura primitiva*. Madrid: Editorial Ayuso; 1977.

Valles M. *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis; 1999.

Walsh C. *Interculturalidad en la educación. Programa FORTE-PE*, pp. 3 – 11. Lima: Ministerio de Educación; 2001.

Walsh C. (De) *Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador*. En: Norma Fuller (ed.) *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*. Lima: Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales; 2002.

Wihtol de Wenden C. *El fenómeno migratorio en el siglo XXI. Migrantes, refugiados y relaciones internacionales*. México: Fondo de Cultura Económica; 2013.

Wright Mills C. *La imaginación sociológica*. México: Fondo de Cultura Económica; 2003.