

Volumen 2 - Número 1 - Enero/Marzo 2015

# REVISTA INCLUSIONES

REVISTA DE HUMANIDADES  
Y CIENCIAS SOCIALES

ISSN 0719-4706

Homenaje a

Adalberto  
Santana

MIEMBRO DE HONOR COMITÉ INTERNACIONAL  
REVISTA INCLUSIONES

Portada: Kevin Andrés Gamboa Cáceres



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS  
CAMPUS SANTIAGO

## CUERPO DIRECTIVO

### Directora

**Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

### Subdirectora

**Lic. Débora Gálvez Fuentes**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

### Editor

**Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

### Secretario Ejecutivo y Enlace Investigativo

**Héctor Garate Wamparo**  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

### Cuerpo Asistente

#### Traductora: Inglés – Francés

**Lic. Iliá Zamora Peña**  
*Asesorías 221 B, Chile*

#### Traductora: Portugués

**Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón**  
*Asesorías 221 B, Chile*

#### Diagramación / Documentación

**Lic. Carolina Cabezas Cáceres**  
*Asesorías 221 B, Chile*

### Portada

**Sr. Kevin Andrés Gamboa Cáceres**  
*Asesorías 221 B, Chile*

## COMITÉ EDITORIAL

### Mg. Carolina Aroca Toloza

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,  
Chile*

### Dr. Jaime Bassa Mercado

*Universidad de Valparaíso, Chile*

### Dra. Heloísa Bellotto

*Universidad de San Pablo, Brasil*

### Dra. Nidia Burgos

*Universidad Nacional del Sur, Argentina*

### Mg. María Eugenia Campos

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México*

### Dr. Lancelot Cowie

*Universidad West Indies, Trinidad y Tobago*

### Lic. Juan Donayre Córdova

*Universidad Alas Peruanas, Perú*

### Dr. Gerardo Echeita Sarrionandia

*Universidad Autónoma de Madrid, España*

### Mg. Keri González

*Universidad Autónoma de la Ciudad de  
México, México*

### Dr. Pablo Guadarrama González

*Universidad Central de Las Villas, Cuba*

### Mg. Aleksandar Ivanov Katrandzhiev

*Universidad Suroeste Neofit Rilski, Bulgaria*

### Mg. Amelia Herrera Lavanchy

*Universidad de La Serena, Chile*

### Mg. Cecilia Jofré Muñoz

*Universidad San Sebastián, Chile*

### Mg. Mario Lagomarsino Montoya

*Universidad de Valparaíso, Chile*

**Dr. Claudio Llanos Reyes**

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

**Dr. Werner Mackenbach**

*Universidad de Potsdam, Alemania  
Universidad de Costa Rica, Costa Rica*

**Ph. D. Natalia Milanesio**

*Universidad de Houston, Estados Unidos*

**Dra. Patricia Virginia Moggia Münchmeyer**

*Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile*

**Ph. D. Maritza Montero**

*Universidad Central de Venezuela, Venezuela*

**Mg. Julieta Ogaz Sotomayor**

*Universidad de Los Andes, Chile*

**Mg. Liliana Patiño**

*Archiveros Red Social, Argentina*

**Dra. Rosa María Regueiro Ferreira**

*Universidad de La Coruña, España*

**Mg. David Ruete Zúñiga**

*Universidad Nacional Andrés Bello, Chile*

**Dr. Efraín Sánchez Cabra**

*Academia Colombiana de Historia, Colombia*

**Dra. Mirka Seitz**

*Universidad del Salvador, Argentina*

**Lic. Rebeca Yáñez Fuentes**

*Universidad de la Santísima Concepción, Chile*

**COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL**

**Comité Científico Internacional de Honor**

**Dr. Carlos Antonio Aguirre Rojas**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dra. Patricia Brogna**

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México*

**Dr. Horacio Capel Sáez**

*Universidad de Barcelona, España*

**Dra. Isabel Cruz Ovalle de Amenabar**

*Universidad de Los Andes, Chile*

**Dr. Adolfo Omar Cueto**

*Universidad Nacional de Cuyo, Argentina*

**Dra. Patricia Galeana**

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México*

**Dr. Carlo Ginzburg Ginzburg**

*Scuola Normale Superiore de Pisa, Italia  
Universidad de California Los Ángeles, Estados  
Unidos*

**Dra. Antonia Heredia Herrera**

*Universidad Internacional de Andalucía, España*

**Dra. Zardel Jacob Cupich**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Miguel León-Portilla**

*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

**Dr. Miguel Rojas Mix**

*Coordinador de la Cumbre de Rectores de  
Universidades Estatales de América Latina y el  
Caribe*

**Dr. Luis Alberto Romero**

*CONICET / Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Dr. Adalberto Santana Hernández**

*Universidad Nacional Autónoma de México,  
México  
Director Revista Cuadernos Americanos, México*

**Dr. Juan Antonio Seda**  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Dr. Miguel Ángel Verdugo Alonso**  
*Universidad de Salamanca, España*

**Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni**  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Comité Científico Internacional**

**Ph. D. María José Aguilar Idañez**  
*Universidad Castilla-La Mancha, España*

**Dr. Luiz Alberto David Araujo**  
*Universidad Católica de San Pablo, Brasil*

**Mg. Elian Araujo**  
*Universidad de Mackenzie, Brasil*

**Dr. Miguel Ángel Barrios**  
*Instituto de Servicio Exterior Ministerio  
Relaciones Exteriores, Argentina*

**Dra. Ana Bénard da Costa**  
*Instituto Universitario de Lisboa, Portugal  
Centro de Estudios Africanos, Portugal*

**Dra. Noemí Brenta**  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

**Ph. D. Juan R. Coca**  
*Universidad de Valladolid, España*

**Dr. Antonio Colomer Vialdel**  
*Universidad Politécnica de Valencia, España*

**Dr. Christian Daniel Cwik**  
*Universidad de Colonia, Alemania*

**Dr. Carlos Tulio da Silva Medeiros**  
*Universidad Federal de Pelotas, Brasil*

**Dr. Miguel Ángel de Marco**  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina  
Universidad del Salvador, Argentina*

**Dr. Andrés Di Masso Tarditti**  
*Universidad de Barcelona, España*

**Ph. D. Mauricio Dimant**  
*Universidad Hebrea de Jerusalén, Israel*

**Dr. Jorge Enrique Elías Caro**  
*Universidad de Magdalena, Colombia*

**Dra. Claudia Lorena Fonseca**  
*Universidad Federal de Pelotas, Brasil*

**Mg. Francisco Luis Giraldo Gutiérrez**  
*Instituto Tecnológico Metropolitano,  
Colombia*

**Dra. Andrea Minte Münzenmayer**  
*Universidad de Bio Bio, Chile*

**Mg. Luis Oporto Ordóñez**  
*Universidad Mayor San Andrés, Bolivia*

**Dra. María Laura Salinas**  
*Universidad Nacional del Nordeste, Argentina*

**Dra. Jaqueline Vassallo**  
*Universidad Nacional de Córdoba, Argentina*

**Dr. Evandro Viera Ouriques**  
*Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil*

**Dra. Maja Zawierzeniec**  
*Universidad de Varsovia, Polonia*

Asesoría Ciencia Aplicada y Tecnológica:  
**CEPU – ICAT**  
Centro de Estudios y Perfeccionamiento  
Universitario en Investigación  
de Ciencia Aplicada y Tecnológica  
Santiago – Chile

## Indización

Revista Inclusiones, se encuentra indizada en:



Information Matrix for the Analysis of Journals



**¡PERO YO A ESA SEÑORA LE TENGO UNA FE! SIGNIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN  
DE PADECIMIENTOS ENTRE MIGRANTES DE BOLIVIA EN BAHÍA BLANCA, ARGENTINA<sup>1</sup>**

**BUT I HAVE GREAT FAITH IN THAT LADY! ILLNESSES' SIGNIFICANCE AND SOLUTION AMONG MIGRANTS  
FROM BOLIVIA IN BAHIA BLANCA, ARGENTINA**

**Dra. Graciela Beatriz Hernández**  
Universidad Nacional del Sur, Argentina  
grahernandez@bvconline.com.ar / gbhernan@bvconline.con.ar  
**Dra. © María Belén Bertoni**  
Universidad Nacional del Sur, Argentina  
belen\_bertoni@hotmail.com

**Fecha de Recepción:** 10 de diciembre de 2014 – **Fecha de Aceptación:** 29 de diciembre de 2014

**Resumen**

El principal objetivo de este trabajo es analizar representaciones sociales acerca de la salud y la enfermedad y las maneras en que estas generan distintas prácticas que articulan a los distintos modelos de atención. La metodología de trabajo es la cualitativa etnográfica. En este artículo ponemos en juego dos estrategias de investigación características tanto de la disciplina histórica, especialmente en la historia oral, como de la antropológica: el relato de vida y la observación participante. A partir de estas técnicas, analizamos el proceso de salud, enfermedad y atención de varones y mujeres llegados/as de Bolivia a Bahía Blanca.

A partir de este trabajo cualitativo pudimos identificar y analizar las siguientes prácticas surgidas en modelos de atención de la salud no hegemónicos: la vinculación que existe entre el surgimiento de la festividad de la Virgen de Urkupiña en la ciudad de Bahía Blanca, la conversión a la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormones) y la sanación de una enfermedad. Con la misma perspectiva teórico-metodológica también focalizamos y analizamos prácticas de salud y atención articuladas con el Modelo Médico Hegemónico. Los resultados del trabajo producen un conocimiento situado que da cuenta de las formas en que los migrantes ponen en vinculación diversos modelos de atención en la carrera por resolver su padecimiento. Esto se produce en un tiempo y un espacio específico, al cual accedemos a partir de un trabajo de campo también acotado temporal y espacialmente.

**Palabras Claves**

Salud – Análisis cualitativo – Migración – Religión

**Abstract**

The main aim of this work is to analyze the social representations of health, illness and the ways in which these bring about different practices which articulate in diverse health care models. This is research carried out with ethnographic qualitative methodology. In this article we use two research strategies which are typical of the disciplines of history (mainly of the oral history) as well as of anthropology: life stories and participant observation. From these techniques we analyze the process of health, illness and assistance of men and women who come from Bolivia to Bahía Blanca.

From this qualitative work we could identify and analyze the following practices which have emerged in non-hegemonic health care models: a) the link between the origin of the celebration of the Virgin of Urkupiña in the city of Bahía Blanca (OJO! El texto dice la vinculación entre pero no menciona dos factores, no sería la vinculación con?); b) the conversion to The Church of Jesus Christ of Latter Day Saints (mormons) and the healing of an illness. Using the same theoretical-methodological perspective, we also focused on and analyzed health and assistance practices articulated in the Hegemonic Medical Model. (Esto parece ser una denominación, por la mayúscula que usaste. Mi duda es la palabra Medical?). The results of this work bring about a situated knowledge which shows the ways in which the migrants relate different health care models in the race for solving their medical struggles. This happens in a specific time and place to which we reach from a field work that is also limited in time and place.

**Keywords**

Health – Qualitative analysis – Migration – Religion

<sup>1</sup> Este trabajo es una profundización de la ponencia presentada en el XI Encuentro Nacional y V Congreso Internacional de Historia Oral de la República Argentina "Historia, Memoria y Fuentes Orales" que tuvo lugar en Córdoba, Argentina, del 25 al 27 de septiembre del 2014. Agradecemos los aportes de todos/as los/as participantes de la mesa.

...entonces ella me dice: “Mirá, querés que te diga una cosa, vos no todo, la enfermedad que vos tenés no es para que te hagas”, dice, “para que estés dando tu plata a los médicos del campo”, dice, “por qué no dejás para dar de comer a tus hijos”, y esa señora ¿sabés cuánto me cobró? Dos pesos me cobró, ¡dos pesos!<sup>2</sup>

N. B., nacida en Tarija

## Introducción

Las sociedades actuales latinoamericanas constituyen un campo sociocultural heterogéneo donde el proceso de salud, enfermedad y atención (s-e-a) implica la existencia de diferentes formas de desigualdad y estratificación social, las cuales suponen no sólo la presencia de relaciones de explotación económica sino también de transacciones en el marco de relaciones de hegemonía/subalternidad, planteado en términos ideológico-culturales, donde la biomedicina es hegemónica<sup>3</sup>. El antropólogo argentino Eduardo Menéndez plantea que si posicionamos nuestro análisis desde los conjuntos sociales, y no exclusivamente desde los curadores especializados, podremos ver las transacciones y las relaciones que las personas ponen en juego a la hora de resolver los padecimientos.

A partir de esta propuesta teórico-metodológica, en este trabajo retomamos los aportes de la aproximación biográfica a partir de entrevistas realizadas en profundidad y del trabajo de campo etnográfico para aprehender las migraciones recientes desde Bolivia al Sudoeste bonaerense, específicamente, al Partido de Bahía Blanca. Proponemos que la perspectiva elegida nos permitirá acceder a las diferentes problemáticas en salud que vivencia la población seleccionada, teniendo en cuenta que sus condiciones de vida y experiencias personales coadyuvan al entendimiento de las percepciones sobre el sistema de salud público y a la comprensión de las prácticas y estrategias que pone en juego la población migrante con respecto al tratamiento de la salud.

Para ello, hemos seleccionado dos estrategias de investigación: los relatos de vida, producto de entrevistas realizadas en profundidad a mujeres y varones llegados de Bolivia y la observación participante; ambas constituyen el eje de nuestra aproximación histórica y etnográfica. Realizamos este tipo de observaciones en distintas instituciones de salud y en diversas actividades generadas en instancias de investigación y de divulgación llevadas a cabo con los equipos de salud.

Específicamente, este artículo consta de cinco apartados. En primera instancia, planteamos un piso epistémico que constará de dos momentos: primero vamos a entender la salud, la enfermedad y la curación como procesos biológicos y simultáneamente socio-culturales, económicos y políticos. En el segundo apartado reflexionamos sobre los aportes metodológicos de la antropología y la historia oral, focalizando en los relatos de vida, las representaciones sociales y la observación participante. En un tercer momento, contextualizamos brevemente las migraciones de Bolivia a Bahía Blanca. En el cuarto apartado, analizamos los relatos de vida focalizando en tres problemáticas del análisis de

---

<sup>2</sup> Fragmento de una entrevista que se retomará en el cuerpo del artículo.

<sup>3</sup> Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades* Vol. 4 N° 7 (1994), 71-83.

la relación de la curación con las nuevas adscripciones religiosas: el surgimiento de la festividad de la Virgen de Urkupiña en Bahía Blanca y la zona; la conversión a la Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días (mormones); a la vez que relevamos las representaciones del proceso de s-e-a y los vínculos con las instituciones de salud puestos en juego en la “carrera del enfermo”<sup>4</sup> por resolver su padecimiento. Seleccionamos las voces que explican las diferencias entre autoatención realizada en Bolivia y la atención esperada en Argentina. Además comenzamos a estudiar cómo vinculan nuestros entrevistadas y entrevistados los diversos modelos de atención<sup>5</sup>, y qué representaciones expresan sobre las instituciones médicas. Finalmente, en un último apartado, retomamos las observaciones participantes realizadas en unidades sanitarias y contextos productivos y laborales.

## Líneas teórico-metodológicas

### 1.- La enfermedad como un proceso simultáneamente biológico y cultural

La (bio)medicina occidental moderna alopática es una “forma simbólica”, cultural y clasificatoria de aprehender y clasificar lo real<sup>6</sup> que está basada en la racionalidad médica mecánica<sup>7</sup> y que toma como modelo interpretativo a la biología<sup>8</sup>. Menéndez destaca ciertos “rasgos estructurales”: biologismo, ahistoricidad, individualismo, pragmatismo, mercantilismo, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento de los actores sociales, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica<sup>9</sup>. Esta forma cultural de resolver el padecimiento se presenta como hegemónica y se impone como natural en la vida cotidiana.

Desnaturalizar las formas biomédicas de conceptualizar y resolver los padecimientos, tan cotidianas en nuestra experiencia social, implica un proceso fuertemente anti-intuitivo y requiere un “firme acto de conciencia”<sup>10</sup>. Para ello, es primordial el aporte que la historia y antropología social realiza en su doble enfoque histórico-procesual y etnográfico-relacional.

<sup>4</sup> Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol. 8 N° 1 (2003) 185-207.

<sup>5</sup> Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos...”

<sup>6</sup> Kenneth Camargo, “A Biomedicina”. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento) (2005) 177-201.

<sup>7</sup> Es de carácter generalizante porque propone discursos con pretensión de validez universal; es de carácter mecanicista ya que se naturalizan las máquinas producidas por la tecnología humana en la producción de los modelos explicativos de causalidad lineal; y es de carácter analítico porque presupone que el conocimiento del todo está dado por la suma de las partes.

<sup>8</sup> Kenneth Camargo, “A Biomedicina”...

<sup>9</sup> Eduardo Menéndez, “Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina”. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, N° 28, (1985) 11-27; Eduardo Menéndez, “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (1988) 451- 464; Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos... José Ricardo Ayres, “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”. *Revista Nacional de Salud Pública*, Vol: 20 N° 2 (2002) 67-82 y Granda, Edmundo. “A qué llamamos salud colectiva, hoy”. *Rev. Cubana Salud Pública*. Vol: 30 N° 2 (2004) <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

<sup>10</sup> Byron Good, *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica* (Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003).



La antropología de la salud nos brinda categorías para poder a las relaciones entre salud y enfermedad como un proceso social y ubicar el padecimiento<sup>11</sup> en el ámbito de la cultura y así desandar formas instituidas e instituyentes. Uno de los mayores aportes de esta perspectiva antropológica para pensar acerca del campo de la salud es la distinción entre las categorías de *illness* y *disease*. Siendo que ambas categorías refieren a “la enfermedad”, en su distinción se reconocen los procesos sociales y culturalmente específicos, al dar cuenta de las formas en que los pacientes, con su subjetividad y cultura, dan forma diversa a sus respuestas frente a los padecimientos. El paradigma de la *illness* se corresponde con las respuestas frente a seis preguntas que se plantean ante el malestar físico: ¿qué es?, ¿por qué ocurre?, ¿por qué me pasó a mí?, ¿por qué me ha ocurrido en este momento?, ¿qué pasaría si no hago nada?, ¿qué debo hacer o a quién debo consultar?<sup>12</sup> Mientras que la idea de enfermedad como *disease* refiere a un daño a nivel orgánico que se relaciona con “prácticas médicas”, pero incluye también malestares, sufrimientos, distintas formas de padecer que refieren a “prácticas legas”.

Menéndez<sup>13</sup> complejiza esta propuesta referida a pasajes progresivos que van desde las “prácticas legas” a “prácticas médicas”, y propone una interrelación dinámica, una apropiación y uso de la medicina tradicional y de las prácticas legas por parte de la biomedicina, aunque en términos de subordinación y ocultamiento. Reflexiona que, aunque las formas de intervención médica técnica, como la medicina alopática, devinieron hegemónicas y se institucionalizaron, no condujeron a la anulación o el reemplazo de las prácticas, representaciones y saberes que son manejados por los diferentes conjuntos sociales, aunque sí contribuyeron a su modificación y/o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad. Estas relaciones operan al nivel de los sujetos, de las instituciones y de los conjuntos sociales, ya que son los conjuntos sociales en sus prácticas cotidianas de resolución de los padecimientos quienes movilizan distintos modelos de resolución.

Esta propuesta requiere pensar un campo relacional donde no solo actúa la agencia médica sino la vida social misma, en la que los sujetos sociales intervienen modelando a través de sus estrategias de supervivencia aún en los marcos más institucionalizados. Propone Menéndez que la medicina moderna, alopática, se debe entender en términos relacionales bajo una perspectiva transaccional. Esta permitiría estudiar el sistema de transacciones producido “entre las partes” y no “en las partes” o en términos tipológicos que anulen la dinámica y las relaciones que ponen en juego el conjunto de prácticas y representaciones de los grupos sociales.

La articulación entre ambos tipos de servicios debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en su vida cotidiana, generan dichas articulaciones en función de sus necesidades y posibilidades, independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación<sup>14</sup>.

<sup>11</sup> Aquí nos referimos tanto a las causas del padecimiento como a su representación, al diagnóstico, al tratamiento y a la atención.

<sup>12</sup> Cecil Helman, “Disease versus illness in general practice”, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol: 31 N° 230 (1981) 548–552

<sup>13</sup> Eduardo Menéndez, Eduardo. “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina...”

<sup>14</sup> Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina... 81.

Por ello, Menéndez<sup>15</sup> también supera la propuesta de Hellman<sup>16</sup>, ya que las relaciones sociales cotidianas referidas a la resolución de un padecimiento generan interrelaciones dinámicas donde también hay una apropiación y uso de la “medicina tradicional” y de las prácticas “legas” por parte de la biomedicina. Lo que impera es el “pluralismo médico”<sup>17</sup>, es decir, diferentes modelos de atención puestos en juego por los conjuntos sociales, diferentes formas de resolver los padecimientos, y que no por ello son excluyentes<sup>18</sup>.

Para poder visibilizar las relaciones y las dinámicas transaccionales puestas en juego a la hora de resolver los padecimientos, Menéndez<sup>19</sup> propone los conceptos de “carrera del enfermo” o “carrera del paciente”. Esto implica poner la mirada en las formas en que las personas y los conjuntos sociales siguen trayectorias determinadas y hasta contradictorias. La carrera del enfermo supone describir las diferentes formas de atención a partir de lo que hacen las diferentes personas para atender sus padecimientos y no a partir de los curadores biomédicos tradicionales o alternativos.

Esta propuesta metodológica permite que emerja la contradicción que habilita identificar las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, para visibilizar la variedad de articulaciones que los grupos realizan con el fin de poder reducir o solucionar sus problemas. Esto se debe a que son los conjuntos sociales los que en la demanda de la resolución pragmática de los padecimientos ponen a los sistemas de atención en relación entre sí. Otro aporte significativo se vincula con la idea de pensar la “auto-atención”: esto también implica una visión teórico-metodológica y política, ya que conlleva a poner el foco en los conjuntos sociales y en cómo los microgrupos y las personas resuelven su reproducción bio-social.

Para ello, Menéndez<sup>20</sup> propone trabajar desde las familias/grupos domésticos (F/GD), dado que no es el sujeto aislado sino la familia como institución en la que se toman decisiones y se reproducen determinados valores, mecanismos y estrategias que permiten sobrevivir a los conjuntos sociales. Son las condiciones familiares las que determinan la carrera del enfermo y el uso de los servicios de salud:

“(…) la F/GD constituye el grupo social, institución y/o unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número de y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso de s/e/a. La F/GD es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades; es el lugar donde no solo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da

<sup>15</sup> Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina...”

<sup>16</sup> Cecil Helman, “Disease versus illness in general...”

<sup>17</sup> Hay una manera de responder a la enfermedad y los padecimientos que está institucionalizada y reconocida a nivel de las sociedades-Estado que es la medicina alopática. Las respuestas que la biomedicina da se entienden como las normales, las adecuadas y las esperadas, cuya continuidad no tiene que ver con la exclusión de otras prácticas tradicionales sino que conviven en términos de subordinación. La medicina, para su eficacia, en un contexto de pluralismo también requiere de la absorción subordinante de otro tipo de prácticas. Lo interesante de esta cuestión es que la medicina lo hace, pero lo oculta o lo acepta en el contexto de la interacción cotidiana: la hegemonización de la biomedicina no tiene que ver con la anulación de “otras” respuestas sino con su incorporación en términos de subordinación.

<sup>18</sup> Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos...”

<sup>19</sup> Eduardo Menéndez, “Modelos de atención de los padecimientos...”

<sup>20</sup> Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina...”

el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación. La familia constituye la unidad de análisis donde en forma directa o como mediadora se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad en los diferentes grupos etarios y en particular en menores de cinco años. Es la institución sobre la cual repercuten en forma directa las consecuencias de la crisis socioeconómica actual y las denominadas políticas de ajuste. Es además la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso de s/e/a. Es por otra parte el eje de la articulación del uso por los conjuntos sociales de los servicios pertenecientes a diferentes sistemas culturales de salud o diferentes modelos médicos<sup>21</sup>.

Por su parte, Bryon Good<sup>22</sup> considera que un relato antropológico de la enfermedad no puede abordarse solo como enfermedad objetiva sino que se debe retomar la experiencia subjetiva, ya que “la enfermedad no es algo que tiene lugar en el cuerpo sino en la vida”<sup>23</sup>. Afecta al cuerpo en el mundo que se destruye y se construye nuevamente a través de esfuerzos narrativos y rituales. Para ello, Good<sup>24</sup> propone construir etnografía desde la experiencia y la subjetividad experimentada por los cuerpos. Esto supone entender que la enfermedad para el médico se ancla en el cuerpo y para el paciente se vive también por el cuerpo, no solo objetiva sino subjetivamente. Para el sujeto que padece una enfermedad, la enfermedad no está en el cuerpo en tanto objeto sino que está presente en su mundo vital, en el mundo que experimenta a través y a partir del cuerpo<sup>25</sup>.

El citado autor se propone así aportar a la investigación intercultural de la enfermedad a partir del estudio de las dimensiones fenomenológicas de la experiencia de la enfermedad, y de las “dimensiones narrativas y rituales de los esfuerzos para reconstruir un mundo destruido”<sup>26</sup>. Esto nos permite “releva las prácticas e ideologías que codifican las estructuras de las relaciones sociales y el poder, en tanto que estas modelan los ritmos de enfermedad y de las terapias”<sup>27</sup>.

## 2.- Los vínculos entre la historia oral, la antropología y la sociología

Debido a nuestras trayectorias académicas -una de las autoras es historiadora y otra antropóloga- y a las preguntas que nos tenemos que responder para realizar historia oral sobre temáticas legitimadas por la antropología, tratamos de hacer una breve genealogía de los vínculos entre la antropología y la historia pero, por sobre todo, del aporte metodológico que recibieron ambas disciplinas de la sociología, en especial en la identificación y delimitación del relato de vida, la estrategia de investigación que priorizamos para realizar este trabajo.

Para el historiador mexicano Jorge Aceves la historia oral no es un proyecto terminado. Por el contrario, se va construyendo con la práctica, con la identificación de nuevas fuentes para la investigación sociohistórica originadas en “testimonios orales

<sup>21</sup> Eduardo Menéndez, “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina... 5.

<sup>22</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia...

<sup>23</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia... 245.

<sup>24</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia...

<sup>25</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia...

<sup>26</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia... 246.

<sup>27</sup> Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia... 246.

recogidos sistemáticamente para investigaciones específicas, bajo métodos, problemas y puntos de partida teóricos explícitos”<sup>28</sup>. Las investigaciones históricas se vieron interpeladas por perspectivas que buscaron la innovación desde la revista *Annales* (1929) en adelante. Aunque las propuestas de Marc Bloch y Lucien Febvre se vieron interrumpidas por la Segunda Guerra Mundial, las nuevas perspectivas se encaminarían a dar lugar a la “Nueva Historia”, la “historia de las mentalidades”, la “historia social” la “microhistoria” y toda la producción histórica realizada desde la antropología y la sociología que incluyeron otras variables en la interpretación de los procesos históricos.

Partimos de la consigna de que la metodología etnográfica es el corazón de la Investigación Cualitativa, como señalan Hammersley y Atkinson<sup>29</sup>. La etnografía no sólo es un método de investigación social, sino que es la “forma más básica de investigación social”. La investigación cualitativa tiene objetivos que le son transversales a todas sus metodologías: la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos, implica un compromiso ético y constituye un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido positivamente por su propia historia y no negativamente por la carencia de cifras.

En cuanto a las particularidades del método, es interpretativo, inductivo, multimetodológico y reflexivo. El objetivo no es maximizar el contenido empírico sino clarificar los puntos de vista sobre la problemática social y complejizar la comprensión de la misma. Sin embargo, vemos que, en general, para la historia el problema no es el carácter cualitativo del método sino el carácter oral de los datos. Es por ello que las preocupaciones de los historiadores pasaron más por legitimar a la “historia oral” -que no toma a los documentos escritos como fuentes primarias- que por subsanar el carácter particular de sus documentos, dado que en esta ciencia social siempre se han aceptado los datos singulares y no cuantificables, salvo que se tratara de historia económica o económico/social, en la cual se incluyen estadísticas y mediciones.

Entre las trayectorias en investigación cualitativa podemos identificar cuatro vertientes: En primer lugar, la antropología clásica de la primera mitad del siglo XX, donde nos encontramos con los trabajos de Boas, Malinowski, Mead, Benedict, Bateson, Evans Pritchard y Radcliffe–Brown, quienes trazaron los lineamientos del método de trabajo en el que el antropólogo debía ir a un “campo” (en este caso, una cultura exótica y en un lugar distante); en segundo lugar, la antropología contemporánea, que fue modificando la idea de cuál era el campo al que debería dirigirse el investigador a tal punto que hoy, para hacer etnografía, ya no es necesario realizar iniciáticos viajes de estudios; por otro lado, la sociología, especialmente en el período comprendido entre 1920 y 1930 correspondiente a la “Escuela de Chicago”, la cual reconoció la importancia de la investigación cualitativa para el estudio de la vida de los grupos humanos y en especial para estudiar aquellos temas a los que no se tenía fácil acceso a través de las metodologías cuantitativas; por último podemos identificar la historia oral, dado que en el transcurso del mismo siglo también la historia fue recurriendo al método etnográfico: con la historia oral los/as historiadores/as tuvieron que sumergirse en “el mundo de la vida”<sup>30</sup> para poder escuchar y analizar esas

<sup>28</sup> Jorge Aceves, *Historia oral, Ensayos y aportes de investigación* (Buenos Aires: Ed. Ciesas, 2006).

<sup>29</sup> Martyn Hammersley y Paul Atkinson, *Etnografía. Métodos de investigación* (Barcelona: Ed. Paidós, 1994).

<sup>30</sup> “Mundo de la vida”: tomamos este concepto de Alfred Schütz (1899-1959), quien llevó el campo de la fenomenología social al mundo de la vida cotidiana. El espacio–tiempo privilegiado es la vida presente y las relaciones personales directas. Elaboró conceptos tales como el de situación, que refiere el lugar que alguien ocupa en la sociedad, el papel que desempeña y sus posiciones ético-

voces que estaban esperando ser oídas, grabadas y transcritas, para poder descubrir voces ocultas o captar el flujo de los hechos sociales desde la perspectiva de los sujetos y llegar a sus representaciones sociales. También comenzaron a realizarse intervenciones sociales dejando también registros de la historia de barrios, sindicatos, escuelas, hospitales y otras instituciones, así como de las múltiples manifestaciones sociales que no hubieran sido significativas en otros tiempos y con otras perspectivas.

### a. Las representaciones sociales

Partimos del concepto de representaciones sociales entendido como las percepciones que han sido definidas como categorías de pensamiento, de acción y de comprensión/cuestionamiento de la realidad. El aspecto a destacar de las representaciones sociales es que en alguna medida son compartidas y construidas intersubjetivamente, y nos habilitan formas clasificatorias para comprender las relaciones entre los sujetos insertos en un mundo social. Es decir, son las “categorías empíricas” que los sujetos sociales construyen en la interpretación de la realidad en la que viven y sobre la cual actúan.

Irene Vasilachis de Gialdino<sup>31</sup> propone que el paradigma interpretativo practica la doble hermenéutica a partir de la *interacción cognitiva*. Está basada en la comunicación entre iguales en el proceso de investigación en el cual se conocen las nociones de primer orden, es decir, el acervo de conocimiento de los actores. El investigador crea categorías analíticas para (re)interpretar los significados creados en los procesos de interacción en un contexto determinado por los propios sujetos.

El mundo de las ideas y sus significados ha sido trabajado tanto por las perspectivas positivistas, con Durkheim y sus seguidores, como por la fenomenología y los marxistas heterodoxos. Celia de Souza Minayo realizó un interesante análisis sobre las coincidencias entre el positivismo, la sociología comprensiva (Max Weber) y la fenomenología (Alfred Schütz) cuando se trata de explicar las representaciones sociales. Hay coincidencias porque, a pesar de las diferentes perspectivas, Durkheim ya había señalado que las representaciones son todas válidas, no son “falsas”: todas reflejan las formas por las cuales las personas explican sus condiciones de existencia. La propia objetividad positivista acepta el reconocimiento de las subjetividades, aun cuando sea cuestionada la importancia otorgada al poder de coerción y de repetir la regla de la sociedad y no a la capacidad de innovar y transformar.

### b. El relato de vida

En este trabajo tomaremos la idea de relatos de vida tal como la planteó Norman Denzin y continuó Daniel Bertaux. Este sociólogo francés trabajó desde una perspectiva etnosociológica en el estudio de fragmentos de la realidad histórico social. La recopilación

---

religiosas, intelectuales y políticas; por otro lado, la situación biográficamente determinada se relaciona con la practicabilidad de las acciones futuras, en las experiencias personales y la elaboración de proyectos. Otro concepto es el de *conocimiento*: el almacenamiento de conocimiento del actor social funciona como marco de referencia a través del cual interpreta al mundo y pauta su acción. Por último, la relevancia y estructura de relevancias se refieren a la importancia que los objetos y los contextos poseen para el sujeto.

<sup>31</sup> Irene Vasilachis de Gialdino, Estrategias de investigación cualitativa (Buenos Aires: Ed. Gedisa, 2007).

de relatos de vida no se propone conocer toda la vida de los sujetos, sino que con ella se espera aprehenderlos incorporando la “reflexividad”.<sup>32</sup> Para Bertaux los relatos de vida se relacionan con las *life stories*, diferentes de las historias de vida, *life histories*. La clasificación de *life stories* y *life histories* es más clara en inglés que en español, pero, a pesar de la polisemia de estos conceptos, hay cierto consenso en que el primero focaliza más en la experiencia subjetiva e intersubjetiva del relato, es decir que se centra en la forma en que se narra lo vivido, mientras que el segundo tiene más pretensiones de objetividad y puede recurrir también a otra documentación para corroborar lo dicho.

“El relato de vida es el fragmento del relato que da cuenta de aquellos temas que nos hemos propuesto conocer, y es el tema el que condiciona el carácter de las preguntas que realizamos. Es finalmente por ser relatos de experiencia que los relatos de vida llevan una carga significativa capaz de interesar a la vez a los investigadores y a los simples lectores. Porque la experiencia es interacción entre el yo y el mundo, ella revela a la vez al uno y al otro, y al uno mediante el otro. Los investigadores se interesan no en un yo particular, sino en el mundo (que comprende no sólo las relaciones socioestructurales, sino también, en el ámbito sociosimbólico, una forma de individuación específica a este mundo, que se revela a través de la formación de un yo particular). En cuanto al simple lector, comprendido también el investigador que lee por placer, se internará más en el descubrimiento de otro mundo en la medida en que es conducido por un guía concreto: el narrador”<sup>33</sup>.

Este narrador o narradora que identifica Bertaux es con quien o quienes interactuamos y nos interna en el espacio/tiempo que queremos conocer. Generalmente los ubicamos a través de las observaciones participantes y luego profundizamos en los relatos obtenidos.

En relación con los procesos de salud, Gaulejac<sup>34</sup> reflexiona sobre las similitudes y los prestamos teóricos y metodológicos entre los relatos de vida y la sociología clínica. Los relatos de vida coadyuvan a que la sociología clínica comprenda de qué forma la historia y la personalidad individual están socialmente determinadas, debido a que propone que la historia personal es producto de determinantes socio-históricas que busca relevar y comprender a través del relato de vida. Aún así, cabe destacar que la sociología clínica utiliza el método etnográfico del relato de vida para comprender la estructura individual psíquica posicionándolo en un contexto macro de intersubjetividad social, y nosotras retomamos los relatos de vida para entender procesos sociales más amplios, también en su relación con los procesos de salud.

---

<sup>32</sup> El concepto surgió en las propuestas etnometodológicas de Garfinkel, fue analizado por Martyn Hammersley y Paul Atkinson, quienes señalaron que la reflexividad supone superar al positivismo y al naturalismo; ambas posturas buscan separar a la ciencia del sentido común y a las actividades del investigador de lo investigado, mientras que desde la perspectiva etnográfica reflexiva se insiste en recordar que el investigador es parte del mundo social que estudia. En nuestro medio el concepto también ha sido recepcionado, la antropóloga Rosana Guber lo ha desarrollado largamente e identifica distintos tipos de reflexividades: Del investigador como parte de una cultura, del investigador en tanto investigador y de la población que vive su cotidianeidad. Para esta autora la reflexividad, es el proceso de interacción, diferenciación y reciprocidad entre el sujeto cognocente y la de los actores sujetos/objetos de investigación. En Rosana Guber, *La etnografía. Método, campo y reflexividad* (Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2001).

<sup>33</sup> Daniel Bertaux, “El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades”, *Proposiciones*, N° 29 (1999) 15.

<sup>34</sup> Vincent Gaulejac, “Historia de Vida y Sociología Clínica” *Proposiciones* N° 29 (1999) 89-102.

### c. La observación participante

La observación participante es una estrategia de investigación cualitativa, y sin dudas es una parte fundamental del trabajo de campo. Para algunos autores se trata incluso de una metodología específica para la comprensión de la realidad, en la cual el/la observador/a es parte de lo observado y las proximidades entre el investigador/a y sus interlocutores son vitales. Como señaló Clifford Geertz, para conocer una cultura, un proceso social, tenemos que ser capaces de distinguir un tic de un guiño; estas distinciones solo se pueden hacer mediante observaciones capaces de interpretar el sentido de gestos, actitudes corporales, palabras y todas las complejidades que pueden condensarse en gestos de aparente sencillez. Este autor diría que: “El análisis consiste pues en desentrañar las estructuras de significación”.<sup>35</sup> El trabajo de campo es acompañado de registros -escritos u audiovisuales- que, tras la relectura y codificación, es posible evidenciarlo como material rico para el análisis.

El etnógrafo no es un simple observador, sino que se inserta en el campo social de los “otros”, en sus relaciones cotidianas, y provoca consecuencias y reacciones sobre aquello que investiga. Toda investigación está condicionada por la forma de acceso, los intereses propios de cada investigador, los roles que se le asignan y la propia resocialización que construye particularmente con los “otros” en un espacio y tiempo determinado.

Cecilia de Souza Minayo<sup>36</sup> señala que investigadores e investigadoras se pueden comportar tanto como *participantes totales* como *observadores totales*. Se encuentran de acuerdo con la primera postura quienes intentan participar “como nativos”, mientras que los/las que se ubican en la segunda postura dejan en claro que están en el lugar sólo para realizar una investigación. La tercera opción es adoptar el lugar de *observador como participante*: se trata de una estrategia de observación complementaria a las entrevistas que se lleva a cabo en diferentes momentos de la investigación. Este último formato nos parece el más cercano a nuestras prácticas de investigación.

### 3.- Contexto migratorio

Si bien las migraciones desde Bolivia a la Argentina son de larga data, en este trabajo nos interesa identificar los procesos migratorios del siglo XX y XXI en el sudoeste de la provincia de Buenos Aires. Roberto Benencia y Alejandro Gazzotti citan una serie de trabajos que coinciden en señalar que después de 1970 se registraron asentamientos de bolivianos en ciudades del centro y sur del país<sup>37</sup>. Estos autores señalan especialmente que la boliviana es un tipo de inmigración especial, cuyo principal destino ocupacional son los cinturones verdes de las ciudades. La producción hortícola y la venta de lo producido es la

<sup>35</sup> Para Geertz, la etnografía es “una jerarquía estratificada de estructuras significativas atendiendo a las cuales se producen y se interpretan los tics, los guiños, los guiños fingidos, las parodias, los ensayos de parodias, sin las cuales no existirían (ni siquiera los tics de grado cero que, como *categoría cultural* son tan no guiños como los guiños son no tics), independientemente de lo que alguien hiciera o no con sus párpados” En Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas* (Barcelona: Ed. Gesida, 1990), 22.

<sup>36</sup> María Cecilia Souza Minayo, *El desafío del conocimiento* (Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997).

<sup>37</sup> Roberto Benencia y Alejandro Gazzotti, “Migración limítrofe y empleo: precisiones e interrogantes”, *Estudios migratorios latinoamericanos*, N° 31 (1995) 575.

principal ocupación laboral de este contingente que fue estableciendo relaciones contractuales -generalmente como mediero- con los productores agrícolas.

Los estudios regionales también dan cuenta de este proceso migratorio en el área rural y las pequeñas localidades del sur de la provincia de Buenos Aires como Pedro Luro, Mayor Buratovich, Hilario Ascasubi, Pradere, entre otras. Con el tiempo se fue asociando a estos migrantes con la producción de cebolla, ya que la zona se ha convertido su principal productora. Muchos de estos productores han recorrido distintos medios rurales y se han radicado en este momento en el cinturón hortícola aledaño a Bahía Blanca.

Generalmente los lugares de expulsión de población son el occidente de la República de Bolivia, especialmente Cochabamba, Potosí, Oruro y La Paz. La llegada al lugar de residencia se encuentra inmersa en vínculos parentales y de compadrazgo: en el caso de los que trabajan en el sector hortícola es notoria la presencia de pequeños productores que emplean a sus connacionales a cambio de alojamiento, comida y una pequeña retribución económica.

Existen diversos trabajos que señalan que distintas problemáticas vinculadas a la tierra como escasez y agotamiento, más las transformaciones en la producción minera de Potosí y Oruro que ocasionaron despidos masivos en la década del noventa, impulsaron las migraciones hacia la Argentina.

El Valle Bonaerense del Río Colorado, en el área de influencia de Bahía Blanca, ha sido desde los primeros años de 1970 un lugar de llegada. Allí, junto con la migración boliviana se producía el desarrollo del cultivo de la cebolla. Los recién llegados, tanto de Salta y Jujuy como de Bolivia, ocupaban tierras por contratos de aparcerías, trabajaban en parcelas de una a dos hectáreas en las que varias familias trabajaban para un solo propietario. Además de las actividades relacionadas con la horticultura, la producción ladrillera también concentra una considerable mano de obra llegada desde Bolivia. La antropóloga Cynthia Pizarro ha descrito el trabajo ladrillero tanto en la ciudad de Buenos Aires como en la ciudad de Córdoba.

A su vez, nos encontramos con personas cuyas experiencias de vida no responden a las generalidades consensuadas sobre este proceso. Las ciudades de la provincia de Buenos Aires también han sido un lugar de atracción para migrantes que llegaron para trabajar en oficios considerados “masculinos” como albañiles, yeseros, pintores, soldados.

En cuanto a las mujeres, muchas han venido atraídas por el trabajo en los hoteles y otros establecimientos destinados al turismo en localidades de la costa como Mar del Plata o Necochea, también establecimientos textiles y en algunos casos han trabajado en el trabajo doméstico en casas particulares, como lo hemos documentado en Bahía Blanca.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Si bien la mayoría de nuestras entrevistadas migraron con su familia, esto no es siempre así, en nuestro trabajo de campo hemos registrado testimonios de mujeres que migraron solas, éstas tenían familiares en la Argentina que les dieron algunos datos para llegar, pero no mucho más que eso. En todos los casos que hemos documentado hasta el momento las que se animaron a partir solas vivían en áreas urbanas y decidieron hacerlo por problemas familiares.



#### 4.- Los relatos

##### a. La curación y las nuevas identificaciones religiosas

En los relatos de vida de nuestros entrevistados encontramos vínculos entre la irrupción de una enfermedad que parecía incurable y una nueva identificación religiosa. El origen de las festividades de la Virgen de Urkupiña se produjo después de que M. C. se enfermó y prometió a esta virgen que si sanaba la “iría a buscar a Bolivia”; así lo hizo y junto con Pastoral Migratoria comenzaron a realizar estas fiestas marianas desconocidas en esta zona hasta 1994. En una entrevista que realizamos en vísperas de estas celebraciones marianas nos dijo lo siguiente:

“Yo la traje para mí [a la imagen de la Virgen de Urkupiña], cuando los médicos me desahucieron que no iba a vivir. Tengo insuficiencia cardíaca y me tenía que operar de páncreas. La operación de páncreas es muy delicada, así que “no vas a vivir, me dijo”. Mi hijo dijo que si para operarme me podía morir, pero así nomás me iba a morir igual. Dijo que era mejor que me operara. Mientras yo le pedía a Dios y a la virgen que si ella me sanaba yo iba a ir a Bolivia e iba a traer la imagen. Estuve 29 nueve días en terapia. ¿Cómo es la muerte?, bueno, cuando uno muere, el cuerpo está muerto pero uno vive. Yo me iba como por un camino asfaltado hacia arriba, se escuchaban los órganos de un templo, ángeles. Yo no podía abrir la puerta, llegué a un árbol grande y me paré ahí, dije: “se me va a hacer tarde, mejor yo me vuelvo”. En ese momento, cuando estaba volviendo a esta vida los médicos me estaban poniendo...electricidad. Abrí los ojos y había un montón de gente al lado mío, médicos, enfermeras. Cuando abrí los ojos el médico me dijo: “¿Quién soy yo?”. “El doctor”, dije. El médico dijo: “ahí volvió, ahí volvió”. Me pusieron la máscara de oxígeno para poder respirar. Así dos veces me fui, pero las dos veces volví.

Entonces yo me quedé pensando, “me salvó”, dije. Los médicos se preguntan todavía cómo es que yo vivo, porque el páncreas es intocable, han tocado el páncreas y estoy bien. El doctor me dijo: “Mario, no sé a qué santo le has rezado, porque yo no puedo creer...”.

[M. C., nacido en Cochabamba, 73 años al momento de la entrevista realizada en 2007]

Seleccionamos un fragmento de su relato de vida en el que puntualiza la importancia de la enfermedad como motor de la festividad que actualmente se considera la más representativa de la religiosidad de los migrantes llegados desde Bolivia y desde las provincias del Noroeste Argentino (NOA). En la misa de Urkupiña muchas personas asisten con su propia imagen de la virgen, generalmente comprada en Bolivia por migrantes del NOA. La mayoría son de Punta Alta y trabajan en la Base Naval de esta localidad, son hijos o nietos de bolivianos/as y trasladaron estas estatuas religiosas en cumplimiento de “una promesa” que hicieron a la virgen para que los curara de alguna dolencia. A pesar de la larga tradición de trasladar imágenes marianas, las festividades de Urkupiña no se realizaron hasta que M. C. trajo la suya.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Esta temática fue tratada con mayor profundidad en una publicación de la revista Cultura y Religión (2010).

Si bien a esta virgen se la considera la “virgen de la integración”, porque consideran que va a permitir que los migrantes bolivianos se encuentren en la Argentina, se la identifica como facilitadora para acceder a bienes materiales. Tanto es así que la antropóloga Marta Giorgis<sup>40</sup> la llama “la virgen prestamista” porque otorga pero a la vez solicita devoluciones de sus dones. En nuestro medio es muy significativa la relación entre el culto de Urkupiña y la restitución de la salud.

Por otra parte, en la zona hortícola del partido de Villarino y en la localidad de General Daniel Cerri, perteneciente al partido de Bahía Blanca, se hace evidente la presencia de la Iglesia de Jesucristo de los Últimos Días (Mormones) por la edificación de la iglesia -muy vistosa en la localidad- y porque muchos de los entrevistados en el sector hortícola se identifican como mormones. A través de los relatos de vida vemos como nuestros/as entrevistados/as fueron “conociendo” esta nueva religión, pero la decisión final que los impulsó a dejar el catolicismo, a “convertirse”, fue una enfermedad. L. V. se identificó como “mormona” y nos transmitió lo siguiente:

“A los chicos hay que bautizarlos cuando son grandes, antes los bautizábamos de chicos. Ahora no me engañan con los santitos. Ahora aprendí a leer con revistas de Jesucristo. Con revistas aprendí a leer. Hay revistas de Jesucristo con letras grandes, ahí aprendí. Ahora sé que Dios nos ama, nos da el calor que necesitamos. Dios nos da todo ¿qué es lo que no tenemos? Una semillita de lechuga se hace una planta... Uno le tiene que preguntar a Dios. Tuve un sueño en Río Negro, ese hombre... Estuve enferma en Regina y después me bauticé y abrimos una iglesia en Río Negro, siempre íbamos a la capilla, en caballo, como sea”.

[L. V., nacida en Villazón, alrededor de 60 años en la entrevista realizada en 2006]

El testimonio no tiene los mismos detalles sobre los vínculos entre la enfermedad y la nueva adscripción religiosa, pero nuestra entrevistada no dudó en relacionar su curación con el nuevo bautismo.<sup>41</sup> Ante nuestras preguntas acerca de la conversión, ella respondió con evasivas e insistió que ahora está bien, que no se volvió a enfermar y que trabaja mucho. Tenía especial interés en contar acerca de su nueva vida como “mormona”, de las comidas que había aprendido a realizar y de los progresos que había logrado en la lectoescritura a partir de los libros y cuadernillos editados en español y quechua por esta iglesia. En diálogos con otros entrevistados de la misma adscripción religiosa, ellos han manifestado que se consideran los seguidores de esta pareja que decidió cambiar de religión, y que gracias a ello L. V. recuperó su salud y les ha ido mejor económicamente.

## **b. Voces sobre la (auto) atención en Bolivia y Argentina**

En las entrevistas realizadas a mujeres, aparece con frecuencia la diferencia entre cómo y dónde se realizaban los partos en Bolivia y cómo se realizan en la Argentina. Sin dudas, el embarazo y nacimiento de los hijos siempre es algo recordado en la historia de cada una de las mujeres y en la historia de las mujeres en general. El siguiente es un diálogo registrado en el sector quintas entre la citada L. V., recién llegada y empleada, y L. N.

<sup>40</sup> Marta Giorgis, La virgen prestamista. La fiesta de la Virgen de Urkupiña en el boliviano Gran Córdoba (Buenos Aires: Ed. Antropofagia, 2004).

<sup>41</sup> Esta temática fue tratada con mayor profundidad en una publicación de la revista Cultura y Religión (2011)

“¿Tuvieron a sus hijos acá?

L.V.: En todas partes, en Tucumán, en Río Negro tuve mis hijos. Tuve diez hijos. Al primero no lo tuve en el hospital porque tenía miedo. Después el doctor me dijo: “¿cómo vas a tener a tu hijo en tu casa?”. Era en Río Negro, yo tenía miedo, iba al hospital y se me paraban las contracciones.

L. N.: Yo también tenía miedo al hospital

¿Para no quedar embarazadas habría algo?

L. V.: No. Mi mamá era partera y decía que había que tener los bebés, no quería que abortáramos.

¿Su mamá tendría algún remedio para los partos?

L.V.: Cuando no podían tener los sacaba, los daba vuelta, los sacaba sanitos, pero otra cosa no.

¿Cómo los tendrían?

L.V. Antes arrodilladas, a lo último en la cama. Mi mamá ponía una silla encima del cuerito de cordero y hacía arrodillar. Entonces para que no manche hay una [gestos indicando el suelo] especial, ahí ponía al bebé. Después le cortaba el ombligo y lo bañaba. Enseguida lo bañaba.

¿Con qué ataba el ombliguito?

L. V.: Con el hilo. Los hombres ayudaban, agarraban al niño. [Le dice a Leonarda:] vos los tuviste en el hospital a los chicos...

L.N.: Al Efraín lo tuve en mi casa.

¿Con una partera?

L. N.: No, sola nomás.

¿Te ayudó tu marido?

L. N.: Sí, me ayudó. Sufrí casi cinco días con dolor. No puedo así hacer fuerza, después vino el doctor y lo sacó con su mano.

L. V.: A mí me daba vergüenza, a dos saqué en mi casa, solita. Mi mamá me dijo: ándate afuera.

L. N.: A mí también, me da vergüenza, no quiero ver a nadie. Cuando veo gente, ya no tengo dolor. Se van las contracciones.

¿Y con la placenta que hacen?

L. N.: La sacan también. Después se entierra.

¿Quién la entierra?

L. N.: Cualquiera.

L. V.: Yo en Bolivia guardé los ombliguitos de mis hijos, deben estar allá.

¿Dónde lo ponían?

L. V.: En una bolsita, colgado de un aparador. Acá no los guardé, se cayó y listo. René, José y Juan. Se cayó y no lo guardé.”

[L. V. y L. N., nacidas en Potosí, 23 años en la entrevista realizada en 2006]

Las voces de nuestras entrevistadas nos internan en el universo de las representaciones sobre el proceso del embarazo y parto. A pesar de las diferentes experiencias entre sus primeros partos domiciliarios -una tuvo a sus hijos con la ayuda de su madre que era una hábil partera, mientras que la otra lo hizo con la ayuda de su inexperto y joven esposo, con muchos días de dolor, si bien luego acudió al médico-, ambas comparten el miedo que les produjo el hospital. Al igual que en otros contextos en los cuales se pueden observar prácticas culturales vinculadas a los pueblos originarios de América, no vemos la existencia de ningún tabú acerca de la presencia del esposo o compañero en el parto. También comparten el hecho de haber aceptado que en la Argentina había que ir al hospital para tener a sus hijos. En el nuevo lugar cambiaron muchas cosas, entre ellas la forma de parir, dado que ya no lo hicieron de cuclillas; también el destino de la placenta, visto que ya no tuvieron acceso a ella, y del ombligo del recién nacido, el cual nuestra entrevistada ya no guardó como lo hacía en su lugar de origen.

En otras entrevistas hemos escuchado varias opiniones acerca del parto hospitalario. Se repite la afirmación de que cuando llegaban a esta institución se les detenían las contracciones, o que las obligaban a bañarse inmediatamente después de producido el nacimiento. Esto último era considerado por ellas como muy peligroso porque, entre otras cosas, afecta negativamente a los dientes y muelas o les impide usar la placenta para curar otras afecciones como las pigmentaciones en la piel. Por otro lado, en el hospital también existía la posibilidad de que les practicaran una cesárea quirúrgica, y ante ello, nuestras entrevistadas refirieron que el dolor posterior era mayor y les impedía volver a trabajar prontamente.

Veamos ahora el testimonio de N. B. quien, a diferencia de las otras narradoras, tuvo todos sus hijos en Argentina y en hospitales, más precisamente en el hospital de Pedro Luro, localidad que ha recibido una fuerte migración boliviana dedicada especialmente al cultivo de la cebolla, y en el Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna de Bahía Blanca.

Al preguntar sobre su experiencia en el primer parto, nos comentó que ella tenía miedo porque pensaba que en el hospital “me iban a matar”. Dijo que vivió situaciones en las que “no me daban importancia” -cabe destacar que N. B. tenía mal de Chagas y había tenido triquinosis-. Nos comentó el trato que le dio una partera a una mujer también venida de Bolivia pero que no hablaba castellano:

“N. B.: Había una partera... yo escuchaba los comentarios de las otras mujeres que le pegaban... la partera le pegaba.

¿Por qué le pegaba?

N. B.: Le pegaba, “hacé fuerte”, que se apure le decía... y yo tenía miedo, pero a mí no me pasó.

Y qué... ¿a tus paisanas, vos decís?

N. B.: Claro, había una señora, hay gente que son de Bolivia y son del norte, no hablan nada castellano... así que... yo cuando estaba ahí... había una señora al lado de mi cama y yo no le entendía también a la señora y era boliviana, es de Bolivia igual que yo, pero yo no le entendía.

Porque ella hablaba quechua y vos castellano.

N. B.: Claro, yo no entiendo...

¿No entendés el quechua?

N. B.: No (...) porque donde yo vivo no... o sea... yo soy del sur del Bolivia, ahí casi colinda con Argentina y ahí, por ahí yo no entiendo... ella habla muchas palabras así que yo no entiendo... y ahí yo escuché que le decían a la doctora, se llamaba L. P.... “¿Y? ¿Te calmó los cachetazos que te di?”.

¡¡¡Así le gritaba!!! [se ríe].

[N. B., nacida en Tarija, 36 años en la entrevista realizada en 2014]

N. B. luego trajo de Bolivia a sus hermanas, que tuvieron a sus hijos en Argentina y que también tenían miedo de ir al hospital. Además nos relata que trabajaban embarazadas hasta último momento y que a los servicios de salud la mayoría de las veces llegaban caminando: cabe destacar que en el contexto de situación que relata, la Unidad Sanitaria más cercana hay 20 km. de distancia, sin transporte público de línea disponible. Le preguntamos por sus hermanas:

“¿Ellas querían tener en el hospital?

N. B.: No, ellas no querían, pero a la más grande yo la obligué. Ella tenía miedo, yo la llevé, como estaba medio resfriada, la traje acá a la salita de Cerri y encontré una doctora re buena y le hicimos todos los papeles. Yo la

llevé de 7 meses, estaba de 7 meses embarazada. La llevé, pero a ella no se le notaba que tenía panza...

¿La tapaba?

N. B.: Porque no tenía casi líquido, estaba perdiendo líquido... si no la llevaba, iba a morir la bebé adentro ahogada.

Y el miedo, ¿por qué es? ¿Por qué la maltraten?

N. B.: Sí, ella tenía miedo, sin embargo, ella no sé qué pensaba, ella decía: "no, si voy al hospital me van a matar, me van a sacar el corazón". Así decía [se ríe].

¿Por qué decía eso?

N. B.: No sé, tontera de ella, después no, después la trataron re bien.

¿Alguien le habrá dicho eso?

N. B.: Capaz, no sé... no, después la trataron re bien, nació el bebe cuando no tenía ni 8 meses, un mes estuvo internada en el hospital, pero no, la trataron bien... y mi otra hermana igual tuvo una nenita, nació discapacitada igual... nació ella con su piecito lo tenía acá [en el pecho, señala] no sé por qué, después se lo hicieron bajar, le hicieron nacer, como no podía, le quebraron su otra piernita... y está quebradita de los dos pies. Uno que lo tenía mal y el otro que decía que lo tenía quebradito... pero ella estuvo como 2, 3 meses y después la llevaba a rehabilitación y no logra caminar... ahora ya tiene 5 años y no camina... pero en ese sentido ella era menor de edad y me ayudaron mucho... anduve con todos, con el servicio local...

(...)

Desde El Sauce, ¿cómo venían para acá?

N. B.: Del Sauce, caminando.

¿Embarazada?

N. B.: Sí, siempre fue así... después cuando ya la tuvo a la nena, cuando tenía que llevarla a rehabilitación, entonces sí a veces le ponía la ambulancia...

Claro.

N. B.: Pero ahora es más lindo, porque ahora va la ambulancia, si la llamas al campo va, antes no había esa posibilidad...

Y los patronos no te traían.

N. B.: No... lo que pasa es que no sé... nosotros no éramos de molestarlos, después cuando ellos salían y hacíamos dedo nos acercaban, no es que no...(...)

¿Y embarazada trabajabas igual?

N. B.: Sí... hasta el mes que tenías que tener seguías trabajando... sí, yo trabajé en todo mi embarazo... y todo el día, eh... de estar con el escardillo... dándole, cosechando... pero mis hijos salieron todos bien, sanitos. Eso tengo que dar gracias a Dios.

[N. B., nacida en Tarija, 36 años en la entrevista realizada en 2014]

En un trabajo de campo anterior, realizado entre 2006 y 2010, ya la habíamos entrevistado mientras terminaba su jornada de trabajo en la quinta. Llevaba unos tomates en el delantal para su casa e iba a hacer la comida para sus hijos que volvían de la escuela. En esa oportunidad también conocimos a su vecina S. B., recién llegada de Tarija, y que al igual que N. B. vino con su pareja y estaba cuidando a su hijo recién nacido. Nos dijo que había nacido en el "Hospital Penna". Tanto una como la otra señala que les fue bien en el hospital y no tuvieron interés en dar demasiados datos.

### c. El hospital

El Hospital Interzonal General de Agudos Dr. José Penna aparece citado con frecuencia en los relatos de vida, porque es la principal clínica de maternidad de la ciudad y la zona debido a que es un hospital de alta complejidad, al cual las Unidades Sanitarias derivan los casos complejos, y además porque es el lugar donde se atiende a los migrantes de toda la zona por su carácter interzonal. En menor medida encontramos referencias al Hospital Municipal y a las Unidades Sanitarias. A continuación, volvemos a transcribir una parte del relato de vida de N. B., quien transitó por distintas instituciones de salud debido a una larga dolencia que le afectó durante más de nueve años.

“Cuando querían venir al hospital o atenderse por algo... ¿qué venían, a la salita? ¿O cómo hacían?

N. B.: Veníamos acá a Cerri y después si teníamos alguna enfermedad más íbamos al Municipal.

¿Dónde iban? ¿Al Penna o al Municipal?

N. B.: A veces al Penna y a veces al Municipal.

¿Y los atendían en los dos lugares?

N. B.: Sí, me atendían, yo por lo menos... me atendieron re bien en el Municipal una vez... porque a mí me agarraba convulsiones y...

¿Convulsiones por qué?

N. B.: Tenía un parásito en la cabeza, primero me dijeron que era de la agua y después me dijeron que era del chancho, triquinosis de chancho, algo así, por eso, eso me dijeron que era...

¿Triquinosis?

N. B.: Sí... pero me lo agarraron a tiempo decía, porque si tardaba mucho más... dice que se hace un tumor en la cabeza y ahí si que se hace más complicado.

¿Te agarraban convulsiones allá en la quinta?

N. B.: Sí, me dolía la cabeza y me dolía la cabeza, y a lo último me agarraban convulsiones... Una vuelta fui para el Municipal, yo comenté cómo era... porque ya venía... cómo 9 años que yo andaba así... no me daban importancia, ¿viste?

¿Dónde? ¿Acá en el Penna o en la Unidad Sanitaria?

N. B.: En el Penna, iba y me decían que no. Me daban un calmante y listo... y el doctor ese me dice “te vamos a hacer un estudio”. Me hicieron varios estudios a mí esa vez. Y a lo último me tenían que hacer una resonancia magnética y me la tenían que hacer en un hospital privado...

[N. B., nacida en Tarija, 36 años en la entrevista realizada en 2014]

Nuestra entrevistada encontró en el Hospital Municipal la solución que no encontró en el Hospital Interzonal. El fracaso en un hospital no la desanimó y siguió en la búsqueda de un tratamiento que la aliviara dentro de las instituciones de salud de la ciudad. Sin embargo, ella relató que cuando vivía en Pedro Luro, Villarino, donde ya tenía esta dolencia, concurría al “médico del campo”:

[Le preguntamos sobre su consulta hospitalaria en Pedro Luro]

¿Al principio fuiste a Luro?

N. B.: A Luro.

Y ahí, ¿qué te decían?

N. B.: No, nada, “la presión, presión alta”, me decían.

¿Solo eso te decían? ¿Y no te revisaban?

N. B.: No, nada más, me tomaban la presión y después como no me daban importancia, entonces una señora me dice: “tenés que ir a médico casero, a

médico de campo” y me dice “hay un médico en Dorrego, viene, siempre viene” y qué se yo, yo me veía desesperada y agarré y lo consulté al médico ese. Y fue el médico a la casa donde yo vivía, fue a curarme y me dijo que era un mal que me habían hecho, una vez me sacó, no sé, 400 [pesos], me quedé sin nada.

Y este médico, ¿quién te lo mandó?

N. B.: Una señora.

Pero qué, ¿era paisana? ¿Era boliviana también?

N. B.: Sí... y yo hice caso y después (...) me sentía bien y al otro día de vuelta me agarraba lo mismo.

(...)

N. B.: (...) Después vine para acá para el Sauce y había otro señora, me dice, “te duele mucho la cabeza porque capaz que es el hígado” me dice, “por qué no te vas a medir acá me parece que hay una señora en Cerri”, dice, “ella no te cobra”, me dice. ¡Pero yo a esa señora le tengo una fe! ¡No sabes cuánto! ¡Fe le tengo!

¿A esa señora?

N. B.: Yo gracias a esa señora me curé (...). Yo vine a lo de ella y le conté cómo era mi situación, ella no sé si le dicen “La Gallega”. Ella yo fui y le conté, entonces ella me dice: “mirá, querés que te diga una cosa, vos no todo, la enfermedad que vos tenés no es para que te hagas”, dice, “para que estés dando tu plata a los médicos del campo”, dice, “por qué no dejás para dar de comer a tus hijos”, y esa señora, ¿sabés cuánto me cobró? Dos pesos me cobró, ¡dos pesos! Y me dice “mirá, hacemos una cosa, empezamos por el oculista”, dice. “Andate vos, sacá turno para el oculista y del oculista ya seguí por el...” como se dice, el de la cabeza, cómo se dice...

Eh... no me acuerdo... eh... neurólogo.

N. B.: neurólogo [se ríe]. Bueno, no me sale.

¿Ella te decía que vayás a sacar turno?

N. B.: Claro, “vos empezá por la oculista” me decía, “porque la enfermedad que vos tenés no es para los médicos del campo, ni que te hicieron algún mal ni nada”.

Claro.

N. B.: “Andate al doctor”, y yo le hice caso a la señorita, entonces me fui, y me fui. Ella me midió y todo... entonces andaba más tranquila. Pero yo lo hice lo que ella me dijo: “¿ya fuiste a sacar turno?”. Fui a sacar turno y hice todos los pasos, encontré un doctor.

¿El del Municipal?

N. B.: Y ahí me curé... gracias a la señora esta que me ayudó.

[N. B., nacida en Tarija, 36 años en la entrevista realizada en 2014]

Vemos en la segunda entrevista que le hacemos a N.B. cómo ella describe que recurre a los servicios de salud públicos y asimismo a “médicos de campo” y, aunque considera que fue “La Gallega” quien la curó, claramente especifica por qué, entendiendo que fue ella quien le enseñó cómo manejarse por el sistema: “tenés que ir al doctor a pedir que te hagan esto y aquello”. Vemos cómo se entrelazan las estrategias y las medicinas.

Podemos ver que muchos/as migrantes no habían tenido prácticamente experiencia en asistencia a centros médicos en Bolivia. Sin embargo, una vez en la Argentina los aceptan, reclaman y en algunos casos valoran muy positivamente el acceso al sistema hospitalario. A uno de nuestros entrevistados, productor de la zona hortícola, cuando le preguntamos adónde recurren cuando se enferman nos dijo:

“Nosotros vamos a la sala de Cerri, si no está el Penna que es regional. Acá si te enfermás no te vas a morir, primero te atienden y después te preguntan quién sos. Se encargan de tu persona, no como en los países que yo conocí, como Paraguay, Chile, Bolivia, Perú, si no tenés plata y te enfermás quedate en tu casa porque no te atienden. En Bolivia, en Chile era más o menos igual. En Bolivia hace diez años llevabas un chico con fiebre y si no tenías plata para el paracetamol tenía que bajarle la fiebre con baños nomás, no ibas a poder comprar el remedio, aparte la consulta te salía seis pesos; si no los tenés, al chico no lo atienden”.

[I. C. C., nacido en Bolivia, 45 años en la entrevista realizada en 2010]

Nuestro entrevistado, I.C.C., hacía mucho tiempo que no iba a Bolivia, por lo que no tenía información acerca de las políticas públicas de los últimos años. En cambio, una de nuestras entrevistadas, M. M., nos dijo que en su país se están produciendo muchas mejoras; por otro lado, algunos de los entrevistados nos dijeron que muchos de sus familiares han regresado porque ahora la situación en su país de origen es favorable y han cambiado las políticas de salud. Seleccionamos el siguiente fragmento de su relato de vida:

“Desde que vine a la Argentina no había vuelto a mi casa. Hace dos años volví a Irupana, el año pasado fui de vuelta. Está a cinco horas de La Paz. Ahora la gente está muy contenta con el presidente Evo Morales, hay muchas oportunidades para la gente del campo. Esa gente que antes no había sido considerada por otros presidentes... Más que nada las casas, lo que antes nos costaba mucho, ahora hay muchas oportunidades. Hay ayudas y la gente puede trabajar. En Irupana hay mucho adelanto, en el tiempo que yo estaba chica... está cambiando... Ahora están llegando médicos a todas partes...”.

[M. M., nacida en Irupana, 53 años en la entrevista realizada en 2010]

## 5.- Las observaciones participantes en las Unidades Sanitarias

A través de las observaciones participantes en ambas Unidades Sanitarias, hemos ido constatando que son un lugar en constante vínculo con los migrantes, en especial con las mujeres que asisten no solo para tratar distintas patologías, el embarazo y los controles que se le hacen a los niños sanos, sino también porque estas instituciones son prestadoras de distintos beneficios sociales que ellas gestionan y reclaman.

Pudimos observar que a General Daniel Cerri concurren las familias que ya no viven en el sector de quintas y han decidido quedarse en el espacio urbano, muchas de ellas ocupadas en distintos oficios o que directamente han puesto una verdulería. Nos encontramos con varias parejas mayores. Pudimos observar los dispositivos puestos en marcha para realizar una campaña para el control de la diabetes y para reducir el consumo de azúcar en la dieta de las personas: en este marco se colocaron unos simpáticos carteles que decían: “los postres me están matando”. Nosotras les preguntamos en la sala de espera a varias mujeres bolivianas acerca de cómo utilizaban el azúcar, y nos dijeron que prácticamente no la usaban. Además, entre mujeres pertenecientes a la iglesia mormona, nos hablaron muy mal de la costumbre de muchas mujeres de tomar mate con azúcar. Consideran al mate una pérdida de tiempo y al consumo de azúcar como “malo”, dado que ellas han incorporado nuevas pautas alimentarias junto con las nuevas creencias.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días produce mucho material impreso, desde consejos para la buena alimentación hasta lecciones sobre la Biblia en versiones bilingües español-



En Villa Harding Green se encuentran quienes mayoritariamente trabajan en la producción ladrillera. Si bien muchas familias viven en las precarias viviendas cercanas a los hornos que están a cierta distancia del espacio urbanizado, otras se encuentran muy cercanas a la Unidad Sanitaria. Desde hace unos años, el equipo de salud nos invita a participar de los talleres que se realizan en conmemoración del Día Internacional de la Mujer y hasta el momento no ha concurrido ninguna mujer que ha migrado desde Bolivia, por lo tanto, no hemos podido interactuar con ellas en estos encuentros. No pasa lo mismo con las migrantes chilenas que han participado y siguen participando activamente. Una de las causas es que se trata de una migración más antigua y que aún hay que trabajar más para que las que llegaron hace menos tiempo se animen o decidan concurrir, a pesar de haber sido especialmente invitadas. Asimismo, los hornos de ladrillo en donde trabajan y residen quedan a largas distancias, y esta unidad sanitaria no posee una ambulancia social como sí la tiene General Cerri para el traslado de personas, aún cuando no estén padeciendo una patología severa.

Nuestra presencia en el lugar nos permitió tener algunas conversaciones informales y breves con algunas de las mujeres bolivianas que se encontraban en la dependencia de salud. Además, pudimos saber que al menos dos de nuestras entrevistadas en el Paraje Alférez San Martín ahora está viviendo en Villa Harding Green: una de ellas está con su esposo e hijos trabajando en los hornos de ladrillos, mientras que la otra se encuentra en el área urbana y su esposo está trabajando en la albañilería. En trabajos de campo recientes también encontramos mujeres que trabajaron en estos hornos y se encuentran residiendo en pueblos del partido de Villarino, donde se dedican al trabajo en la horticultura de la cebolla y también atienden negocios.

### **Palabras finales**

A lo largo de este trabajo abordamos la problemática social de las migraciones y la salud poniendo en diálogo los aportes de la antropología y la historia oral. Esto nos permitió dar cuenta de las respuestas a los padecimientos desde una perspectiva compleja los contextos de pluralismo médico.

Los análisis que nos posibilitaron estas disciplinas nos permitieron observar que no solo no se da la participación pasiva de los pacientes en la resolución de la enfermedad sino que, además, las personas en la carrera por resolver su padecimiento y darle sentido a la enfermedad construyen complejos entramados de relaciones y significaciones. Por un lado, estas derivaron en la gestación de la festividad mariana y en la conversión al mormonismo. Aunque pudimos observar que las personas entrevistadas también recurrieron y recurren a las instituciones biomédicas.

Específicamente, el relato de vida nos posibilitó mediar entre la historia individual y la historia social, entendiendo que la historia de vida es una mezcla compleja de elementos heteróclitos<sup>43</sup> que da cuenta de un “fenómeno total” en el cual se visibilizan las influencias recíprocas y los quiebres entre los aspectos culturales, sociales, históricos, económicos y

---

quechua y cuadernillos para la alfabetización centrados en la Biblia. Con respecto a la alimentación, ponen el acento en el consumo de vegetales, muchos de ellos (berenjenas, zapallitos, brócoli) no son consumidos por los migrantes bolivianos que no pertenecen a esta religión.

<sup>43</sup> Vincent Gaulejac, “Historia de Vida y Sociología Clínica...”

los emocionales, afectivos y relacionales. A través de esta estrategia del método biográfico, percibimos los vínculos y las articulaciones que forman la vida humana y, para el presente trabajo, nos focalizamos en las problemáticas de salud, las diferentes percepciones y trayectorias por el sistema de salud y las diversas articulaciones que nutren el cuidado en cada caso.

Puntualizamos en las representaciones vinculadas a las relaciones entre enfermedad y nuevas identificaciones religiosas, ya que a través de los relatos de vida que analizamos podemos observar que los/as narradores/as señalan dos hechos significativos: primero, que el origen de la fiesta de la Virgen de Urkupiña en Bahía Blanca y la zona se debió a una “promesa” realizada ante una enfermedad; debido a que el promesante se curó, viajó a su lugar de origen y trajo una imagen de esta deidad. Junto con Pastoral Migratoria comenzaron a hacerse fiestas marianas en honor a una virgen morena, del mundo andino, en un lugar tan austral. Segundo, la conversión a la Iglesia de los Santos de los Últimos Días (mormones) es explicada por la enfermedad que padeció una de nuestras entrevistadas, específicamente por la forma en que se curó después de un nuevo bautismo por fuera del catolicismo.

Sin embargo, a pesar de estos vínculos que establecimos entre enfermedad y religión, estos migrantes se han relacionado y se relacionan de diferentes formas con las distintas instituciones de salud. A lo largo del trabajo, tratamos de puntualizar en algunas cuestiones como la diferencia entre los partos domiciliarios en Bolivia y los partos medicalizados tal como se realizan en los hospitales de Argentina. Tratamos de recuperar las representaciones sobre este proceso a través de los relatos de vida.

También intentamos dar cuenta de cómo en los/as migrantes fue surgiendo de distinta manera la idea de recurrir a los servicios hospitalarios y a las Unidades Sanitarias, tanto para enfrentar cuestiones vinculadas a la salud-enfermedad como para acceder a los beneficios sociales que pueden obtener en estas dependencias municipales.

Consideramos que este trabajo es el punto de partida para seguir estudiando, en el universo de la temática de las relaciones entre migración boliviana, el proceso de salud, enfermedad y atención y la historia oral. También observamos que el tratamiento de esta problemática vinculada con la salud, en la que los relatos de los partos realizados por las mujeres son un tema recurrente y con muchas potencialidades de análisis para comprender los procesos migratorios, requiere de la incorporación del concepto de género en tanto categoría que atraviesa a todas las sociedades, pero que a la vez permite visibilizar cómo operan los arreglos del sistema sexo/género en la cultura y en los procesos migratorios.

## **Bibliografía**

Aceves, Jorge. Historia oral, Ensayos y aportes de investigación, Buenos Aires, Ed. Ciesas, 2006.

Ayres, José Ricardo. “Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones”. Revista Nacional de Salud Pública, Vol. 20 N° 2, 2002.

Benencia, Roberto, Gazzotti, Alejandro. “Migración limítrofe y empleo: precisiones e interrogantes”, Estudios migratorios latinoamericanos, N° 31, 1995.

¡Pero yo a esa señora le tengo una fe! Significación y resolución de padecimientos entre migrantes de Bolivia en Bahía... pág. 144

Berteaux, Daniel. "El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades", *Proposiciones*, N° 29, 1999.

Bourdieu, Pierre. Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo, en *Materiales de Sociología Crítica*, Madrid, La Piqueta, 1986.

Camargo, Kenneth, "A Biomedicina". *PHYSIS: Revista de Saúde Colectiva*, 15 (Suplemento), 2005.

Denzin , Norman K. & Lincoln, Yvonna S. *The Sage Handbook of Qualitative Research*. California, Sage Publications, 2005.

Denzin , Norman. *The Research Act*. Chicago, Ed. Aldine Publishing Co. 1970.

Freidson, Eliot. *La Profesión Médica*, Península: Barcelona. 1978

Foucault, Michael. *Historia de la Sexualidad, La voluntad de saber*, Tomo 1, México: Siglo Veintiuno Editores, 1992.

Gaulejac, Vincent, "Historia de Vida y Sociología Clínica" *Proposiciones* N° 29, 1999.

Geertz, Clifford, *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Ed. Gesida, 1990.

Geertz, Clifford. *Conocimiento Local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1994.

Giorgis, Marta. *La virgen prestamista. La fiesta de la Virgen de Urkupiña en el boliviano Gran Córdoba*, Buenos Aires, Ed. Antropofagia. 2004.

Good, Byron. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Barcelona, Edicions Bellaterra, 2003.

Granda, Edmundo. "A qué llamamos salud colectiva, hoy". *Rev Cubana Salud Pública*. Vol. 30 N° 2, 2004. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Guber, Rosana. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires, Ed. Paidós, 2004.

Guber, Rosana *La etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma, 2001.

Hammersley, Martyn y Atkinson, Paul. *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona, Ed. Paidós, 1994.

Hernández, Graciela. "Relatos de vida y religiosidad popular. Origen y sentido de la fiesta de la Virgen de Urkupiña" *Revista Cultura y Religión* Vol. IV, N°: 2.

Helman, Cecil. "Disease versus illness in general practice", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol. 31 N° 230, 1981.

¡Pero yo a esa señora le tengo una fe! Significación y resolución de padecimientos entre migrantes de Bolivia en Bahía... pág. 145

Hernández, Graciela. "Conversiones religiosas e historia oral. Pentecostales y mormones en contextos migratorios, en Bahía Blanca y área de influencia" *Revista Cultura y Religión* Vol. 5, N° 1, 2011.

Hernández, Graciela. *Cruces. Entre la Historia Oral y la Religiosidad Popular*, Bahía Blanca, Ediciones de Barricada, 2006.

Holmes, Seth "Oaxacans Like to Work Bent Over: The Naturalization of Social Suffering Among Berry Farm workers." *The Center for Comparative Immigration Studies University of California*, N°148, 2007.

Margulis, Susana *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina. Tesis de doctorado*. Buenos Aires: Ed. Facultad de Filosofía y Letras UBA, 2014

Menéndez, Eduardo. "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales*, N° 28, 1985.

Menéndez, Eduardo. "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria" *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 1988.

Menéndez, Eduardo. "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Alteridades* Vol. 4 N° 7, 1994.

Menéndez, Eduardo. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" *Ciencia & Saúde Coletiva*, Vol. 8 N° 1, 2003.

Rabelo, Miriam, "La experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização", *Experiência de Doença e Narrativa*, eds. Paulo Alves, Miriam Rabelo e Iara Souza. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1999.

Schütz, Alfred. *El problema de la realidad social*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, 1974.

Singer, Merrill. "The social origins and expressions of illness", *British Medical Bulletin*, Vol 69 N° 1. 2004.

Souza Minayo, María Cecilia. *El desafío del conocimiento*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1997.

Vasilachis de Gialdino, Irene. *Estrategias de investigación cualitativa*, Buenos Aires, Ed. Gedisa, 2007.

Souza Minayo, María Cecilia. *La artesanía de la investigación cualitativa*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009.

**Para Citar este Artículo:**

Hernández, Graciela Beatriz y Bertoni, María Belén. ¡Pero yo a esa señora le tengo una fe! Significación y resolución de padecimientos entre migrantes de Bolivia en Bahía Blanca, Argentina. *Rev. Incl.* Vol. 2. Num. 1. Enero-Marzo (2015), ISSN 0719-4706, pp. 122-145, en <http://www.revistainclusiones.cl/volumen-2/oficial-articulo-dra.-graciela-beatriz-hernandez-dra-28c29--maru00cda-belu00c9n-bertoni.pdf>

Las opiniones, análisis y conclusiones del autor son de su responsabilidad y no necesariamente reflejan el pensamiento de la **Revista Inclusiones**.

La reproducción parcial y/o total de este artículo debe hacerse con permiso de **Revista Inclusiones**.