

Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones

Therapeutic Itineraries and Processes of Illness Care in Latin American Migrants: Conflicts, Negotiations, and Adaptations

Muriel Lamarque¹ y Lourdes Moro Gutiérrez²

RESUMEN

El siguiente artículo explora las distintas estrategias de atención de la enfermedad desplegadas en el contexto de la inmigración latinoamericana en España. A partir de una aproximación etnográfica, se exponen y analizan los discursos de los propios actores para reconstruir las principales características de sus trayectorias terapéuticas y los factores intervinientes en su conformación. En este escenario –caracterizado por el pluralismo médico–, las acciones de autoatención y cuidado representan una vía preferencial, que no solo facilita la resolución de problemas, sino que se erige como forma de resistencia, revalorización identitaria, negociación y adaptación al nuevo espacio social.

Palabras clave: 1. procesos terapéuticos, 2. medicina tradicional, 3. pluralismo médico, 4. España, 5. América Latina.

ABSTRACT

The following article explores the different health care strategies deployed in the context of Latin American immigration in Spain. Based on an ethnographic approach, the discourses of the actors involved are exposed and analyzed in order to reconstruct the main characteristics of their therapeutic itineraries and the factors involved in their conformation. In this scenario —characterized by medical pluralism—, self-care and -healing represents a preferential option, which not only facilitates the resolution of problems but also stands as a form of resistance, identity revaluation, negotiation and adaptation to their new social space.

Keywords: 1. therapeutic processes, 2. traditional medicine, 3. medical pluralism, 4. Spain, 5. Latin America.

Fecha de recepción: 21 de noviembre de 2017

Fecha de aceptación: 11 de agosto de 2018

¹ Universidad de Salamanca, España, lamarque.muriel@usal.es, <https://orcid.org/0000-0002-4149-2334>

² Universidad de Salamanca, España, moro@usal.es, <https://orcid.org/0000-0003-2009-0413>



INTRODUCCIÓN

Enfermarse, sufrir dolor o algún tipo de padecimiento, son hechos universales e inevitables de la vida humana; la forma en que los pensamos, sentimos y atravesamos, conjuga las subjetividades particulares con el marco social y cultural de pertenencia, estableciendo para cada suceso de malestar una serie de valores, roles, representaciones y expectativas. Las afecciones, al igual que las respuestas sociales que surgen para repararlas, conforman el proceso salud/enfermedad/atención (en adelante proceso s/e/a) definido desde la antropología social por Eduardo Menéndez (1994; 2002).

Resolver la recuperación de la salud cuando esta se ha perdido consiste en un ejercicio dinámico que parte no sólo de la propia experiencia, sino también del escenario en el que se lleva a cabo (Sacchi, Hausberger y Pereyra, 2007). Como señala Augé (1986), la enfermedad está anclada a la realidad del cuerpo que la sufre. En este sentido, la perspectiva contextual proporcionada desde las ciencias sociales adquiere fuerte relevancia, ya que permite analizar las construcciones de salud/enfermedad desarrolladas y empleadas por los grupos sociales en relación con el tiempo y el espacio que habitan (Laurell 1986).

Teniendo en cuenta este enfoque, resulta de particular interés investigar la conformación de los procesos s/e/a en un contexto tan específico y particular como es el espacio migratorio. Por su fuerte carga simbólica, los desplazamientos territoriales representan un antes y un después en la biografía de quienes los atraviesan. Su emprendimiento conlleva cambios en la forma de vida: se modifican los vínculos sociales, los recursos disponibles y la visión respecto del futuro. Asimismo, el carácter disruptivo de la migración puede llegar a suponer, en muchos casos, una reestructuración en las formas de sobrellevar y resolver el malestar. En definitiva, si consideramos a la migración y a la enfermedad como posibles instancias de “quiebre” social e individual (Bar de Jones, 2001; Luxardo, 2005), surge la necesidad de indagar en el entrecruzamiento de estos fenómenos para intentar acceder a las interpretaciones y estrategias propias de este medio social.

Las trayectorias por las que los sujetos pasan para resolver un suceso de enfermedad, dolor o sufrimiento, dan cuenta de su forma de ver el mundo y de organizar su propia existencia. Dichas trayectorias, o *itinerarios terapéuticos*, están formadas por el conjunto de creencias y prácticas que se ponen en juego en ese momento. Sindzingre (1985) las define como el conjunto de procesos implicados en la búsqueda de una terapia, iniciados tras la aparición o percepción de un problema. Se configuran a partir de todas las decisiones, conscientes o no, que toma una persona o un grupo frente a un malestar. Dichas decisiones pueden abarcar tanto la inacción como modelos de atención con múltiples grados de complejidad, ya sea autoadministrados o proporcionados por terceros.

Un itinerario terapéutico, además, pone en juego distintas interpretaciones y curas que se corresponden con los usos sociales de la enfermedad y el modo en que se vinculan lo

biológico, lo social y lo cultural (Perdiguero, 2006). De este modo, las trayectorias de atención pasan a formar parte fundamental de los procesos s/e/a. La manera en que se configuren dependerá de algunos factores, como las posibilidades curativas disponibles, la facilidad o dificultad de acceso, las creencias y hábitos culturales, las vivencias previas y las expectativas personales y de grupo.

Este trabajo se propone describir y analizar las distintas estrategias en el proceso de búsqueda de la salud y resolución de la enfermedad en el escenario de la inmigración latinoamericana en España. El eje está centrado en la perspectiva de los actores y sus discursos personales, para acceder no solo a la descripción de las prácticas, sino también a las construcciones y significados en torno a la experiencia de enfermar en otro país.

En España, la llegada de migrantes provenientes de otros países se consolidó significativamente hace poco más de treinta años. Actualmente, el advenimiento de crisis económicas, como la depresión financiera mundial iniciada en 2008, los enfrentamientos dentro y entre algunas naciones y las crecientes tendencias nacionalistas a nivel global, han ido transformando y complejizando la experiencia migratoria. Como señala Moreno-Preciado (2008), la presencia de personas “externas” ha sido instrumentalizada por el discurso político y mediático como chivo expiatorio ante distintos problemas. Al mismo tiempo, el endurecimiento de las regulaciones gubernamentales en materia de permisos de ingreso, permanencia y acceso a beneficios sociales genera mayores situaciones de exclusión y de desigualdad.

Desde el año 2012 y hasta el año 2018—como parte de expresas medidas de ajuste económico y control del gasto público— el Estado español solo garantizaba la asistencia sanitaria pública a los extranjeros titulares de permisos de residencia. Las personas no registradas ni autorizadas podían ser asistidas únicamente en caso de urgencia por enfermedad grave o accidente. Los inmigrantes menores de 18 años y las mujeres embarazadas, independientemente de su situación administrativa, tenían derecho a recibir atención sanitaria en igualdad de condiciones que la población española. El cambio legislativo de 2018, que decretó la atención sanitaria universal para todas las personas que habitasen territorio español, presenta al día de hoy ambigüedades en su implementación, y han sido denunciadas por numerosas organizaciones tanto nacionales como internacionales (REDER, 2019).

La comunidad latinoamericana se encuentra fuertemente presente en el territorio español: corresponde a la segunda colectividad extra-europea más numerosa, luego de las personas provenientes del continente africano (en especial magrebíes) (Instituto Nacional de Estadística, 2017). La reunión de múltiples nacionalidades bajo este apelativo regional mayor requiere una serie de reflexiones previas para comprender el uso de esta categoría. Indudablemente, la heterogeneidad es una de las principales características de la población latina migrante, extensión natural de la diversidad presente en su continente de

procedencia. Sin embargo, *ser latinoamericano* responde a una categoría identitaria colectiva de reconocimiento y autoadscripción para los inmigrantes, empleada numerosas veces en el discurso construido acerca de ellos mismos. Entre los fenómenos de interés para esta investigación retomamos y destacamos dicha significación como una estrategia identificativa expresada al interior del conjunto social, asociada a valores comunes, prácticas e ideas que exceden las fronteras de cada país para formar parte de una entidad mayor. En muchos casos, la adscripción a una identidad extra-nacional permite establecer una red mayor de vínculos y reciprocidad, al considerarse los sujetos parte de un mismo colectivo con experiencias similares (Rossi, 2012).

El proceso migratorio latinoamericano es particular, pues sus participantes comparten el mismo idioma que la sociedad de llegada, y existe —como ellos mismos identifican— una raíz cultural común, producto de la relación histórica entre ambos territorios. Sin embargo, también existen elementos culturales divergentes que conforman una idea del *ser latinoamericano* diferente del *ser español*. Estos puntos de contacto y divergencia hacen de su experiencia migratoria un contexto distintivo para estudiar las trayectorias de salud/enfermedad y la evolución de su inserción en el nuevo espacio. En él, las distintas formas de uso y articulación de modelos asistenciales (institucionales, alternativos, domésticos y populares) se erigen simultáneamente como formas de resistencia, de revitalización identitaria, de negociación y de adaptación al nuevo entorno de vida.

NOTAS METODOLÓGICAS

Este trabajo se sustenta en una investigación etnográfica llevada a cabo en la comunidad autónoma de Castilla y León, principalmente en la región de Salamanca y sus alrededores, durante los años 2016 y 2017.

Se diseñó un estudio cualitativo basado en el enfoque fenomenológico (Schutz, 1967) con la intención de describir y comprender las experiencias de salud/enfermedad/atención en la población de origen latinoamericano residente en el área. Los informantes seleccionados fueron treinta y cinco adultos (veinte mujeres y quince hombres) con edades de los 29 y los 75 años, provenientes de Bolivia, Brasil, Colombia, Honduras, México, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, con distintas situaciones de regularidad administrativa (irregulares, portadores de permisos temporales de residencia, residentes de largo plazo, nacionalizados y solicitantes de asilo) y con una antigüedad en el país mayor a un año. La mayoría de los participantes fue convocada a través de organizaciones comunitarias locales, mientras que otros fueron contactados por referencias de otros informantes. A fin de preservar su identidad, los nombres que se presentan junto a los testimonios son ficticios.

Se realizó trabajo de campo intensivo utilizando las técnicas de observación participante y entrevistas semiestructuradas y en profundidad. Para orientar las entrevistas se estableció

una guía temática que abordó los siguientes ejes: conceptualizaciones de salud/enfermedad/atención, hábitos relativos al tratamiento de padecimientos, elecciones terapéuticas, preferencias y experiencias antes y después de migrar (cambios, permanencias, negociaciones y recursos disponibles). La misma estructura fue empleada en cada entrevista, agregando nuevas preguntas en función de los relatos particulares. La mayoría de las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual, excepto en tres ocasiones en las que los participantes solicitaron asistir acompañados y realizar la entrevista grupalmente. Cada conversación fue grabada en audio digital con el previo consentimiento de los interlocutores, y luego transcrita de forma literal para su procesamiento. Dichas transcripciones, junto con las notas de campo, conformaron el principal corpus de datos a trabajar durante la investigación.

El método analítico seleccionado fue el análisis temático (Boyatzis, 1998; Braun y Clarke, 2006; Guest, Namey y MacQueen 2012), mediante la elaboración de códigos sistematizados basados en los tópicos del cuestionario-guía y en nuevas categorías emergentes a partir del discurso de los participantes. El énfasis en los relatos particulares busca profundizar en los significados, valores y prácticas específicas puestos en juego en los procesos individuales y sociales de salud (Kleinman, 1980).

Este análisis corresponde a una primera aproximación a la materia, dentro de una investigación mayor en curso sobre la multidimensionalidad de los itinerarios terapéuticos de la migración latina en España.

LOS ITINERARIOS DE ATENCIÓN EN EL CONTEXTO DEL PLURALISMO MÉDICO

Todos los grupos humanos poseen lo que se conoce como “comportamiento ante la enfermedad”, es decir, una diversidad de respuestas posibles ante lo que se percibe e identifica como un malestar. Como señala Haro-Encinas (2000), la naturaleza dinámica de las acciones sobre la salud está sujeta “tanto a decisiones coyunturales como a *habitus* de clase y patrones culturales, lo cual le otorga un carácter complejo que requiere particularizar y contextualizar en cada caso sea éste individual o colectivo” (Haro-Encinas, 2000, p. 142). El inicio del proceso de búsqueda de la salud —solución de la enfermedad, o itinerario terapéutico— no se establece únicamente en la aparición de determinados síntomas, sino en la valoración que se hace de ellos y la consecuente decisión de actuar (o no) al respecto (Perdiguero, 2006).

Con relación a ello, Chrisman (1977) señaló una serie de pasos habituales en la búsqueda de la salud, aunque no necesariamente adoptan una estructura secuencial o completa. Su descripción incluye la definición del síntoma o síntomas, el cambio en los roles comportamentales, la consulta a otras personas (profesionales o legos), el empleo de prácticas de tratamiento y por último, la adherencia al mismo. Más allá de cualquier

seriación posible, las instancias asistenciales que tomen lugar en cada caso se relacionarán fuertemente con los modelos explicativos que surjan en ese momento (Kleinman, 1980). De esta manera, lo que los sujetos hagan, a quién consulten y cómo lleven adelante el tratamiento dependerá de cómo adviertan lo que les ocurre y a qué causas lo atribuyan.

El estudio de los procesos s/e/a de los migrantes latinoamericanos en España se enmarca en un fenómeno estructural del mundo globalizado: el pluralismo de sistemas y modelos médicos. Por *modelos de atención* entendemos a aquellas actividades relativas a la atención intencional de los padecimientos, ya sea mediante la prevención, tratamiento, control, alivio y/o curación. El pluralismo médico, por lo tanto, se refiere a la articulación dentro de una sociedad de diferentes instancias asistenciales y terapéuticas, sean oficialmente reconocidas o no (Perdiguero, 2004).

Los distintos sistemas de atención que operan en una sociedad determinada se relacionan con las condiciones económico/políticas, religiosas, étnicas, y técnicas de la misma. Las necesidades y posibilidades de los grupos pueden llevar a una conjugación dinámica entre elementos “paradigmáticamente” vistos como antagónicos mediante relaciones de alternancia y complementariedad. De acuerdo con Hernández-Tezoquipa, Arenas-Monreal y Valde-Santiago (2001) esto responde al principio de eficacia pragmática que forma parte habitual de los procesos s/e/a.

En el estudio de este fenómeno, Menéndez (1992) elaboró distintos modelos para tipificar los principales sistemas médicos que operan en las sociedades capitalistas. Estos son a) el Modelo médico hegemónico, b) el Modelo médico alternativo subordinado y c) el Modelo médico basado en la autoatención.

Dentro del primero podemos ubicar a la biomedicina, caracterizada por el biologicismo, individualismo, profesionalización formalizada e identificación ideológica con la racionalidad científica “como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos” (Menéndez, 1992, p. 102).

El segundo modelo es representado por las prácticas reconocidas como “tradicionales” o “populares”, y también por aquellas definidas como “alternativas”. Naturalmente esto engloba una amplia variedad de actividades, con distinto grado de organización y estructuración. El autor reconoce que muchas de ellas presentan una clara influencia del Modelo médico hegemónico, y plantea su relación desde la subordinación y/o complementariedad.

Por último, se distingue el tercer modelo, basado en la acción directa de los individuos en el diagnóstico y atención de los padecimientos; puede llegar a involucrar a otras personas del entorno familiar y comunitario, pero se caracteriza por la ausencia de recursos profesionales. Este último se correspondería con el primer nivel real de atención en todas las sociedades, y puede coexistir o no con otras propuestas terapéuticas (Menéndez, 1984). Dichos cuidados, alternativamente designados por Haro-Encinas (2000) como *cuidados*

profanos o *cuidados lego*, conjugan las acciones de autocuidado, autoatención y autoayuda respecto de la salud y enfermedad.

La descripción y análisis de los itinerarios terapéuticos de esta investigación permite ver en qué medida están presentes estos tres modelos en el proceso de búsqueda de la salud del colectivo migrante latinoamericano en Salamanca (España).

CUIDADOS A NIVEL DEL GRUPO: EL MODELO DE AUTOATENCIÓN

En el proceso de reconstrucción de los itinerarios terapéuticos —mediante las entrevistas y las actividades de observación— se pudo constatar que los *cuidados lego* se activan casi inmediatamente después de la identificación de un malestar. La mayoría de los informantes reconoció su preferencia por intentar solucionar las dificultades de salud a través de los propios medios, ya sea empleando conocimientos personales o familiares adquiridos a través de la experiencia, o ensayando nuevas opciones *ad hoc*. Por lo tanto, como punto de partida se suele producir la asignación de la enfermedad dentro de una escala de “gravedad” personal (o social), que determina el abanico de acciones posibles y el grado de autonomía para llevarlas a cabo:

Todo depende del tipo de enfermedad que tenga. Pues, si es algo leve... Bueno, afortunadamente he sido muy saludable, ¿no es cierto? No he necesitado aquí ir mucho al médico. Pero si son enfermedades que yo sé que puedo manejar, pues, yo las manejo (Eloísa, colombiana, comunicación personal, 13 de diciembre de 2017).

Los tratamientos caseros de la medicina popular —sobre todo mediante el uso de recursos botánicos o de disponibilidad doméstica— constituyeron una estrategia destacada por los informantes. La realización de reposo y cuidados adicionales en la alimentación o en la higiene también fueron ampliamente mencionados, unidos a la idea de que el cuerpo debe restablecer naturalmente su equilibrio. Muchas de estas prácticas curativas fueron aprendidas en los países de origen, y según la disponibilidad, replicadas tras la migración como parte de los hábitos de cuidado de todo el grupo doméstico:

El té de coca. Pues sí, cuando nos duele la barriga tenemos té de coca. De la hoja de coca. Se hace un té, un té normal; se lo toma caliente y ahí te pasa el dolor de barriga. Pero es increíble, porque funciona. Sí, sí. Ojalá fuera una tontería [...] Ahora que están mis hijos más grandes me dicen que soy yaya, que los quiero curar como si fuera yo una yerbatera... Pero les digo que eso funciona. Bueno, mi hija sí que se deja curar conmigo, con lo que yo le diga que tome o que haga. Como a ella no le gusta ir al médico, desde aquella vez... tiene miedo. Piensa que le van a decir que todo es operación. Y no quiere. Si le digo “tómame esto”, se lo toma (Felicia, boliviana, comunicación personal, 22 de agosto de 2016).

Es posible afirmar que es en el seno familiar donde se da la mayor frecuencia de padecimientos, diagnósticos, actividades de asistencia y de curación, pudiendo identificarse allí el inicio de la *carrera del enfermo* (Menéndez, 1993). En determinadas ocasiones, la familia representa el único espacio posible de intervención sobre la salud, otorgando a sus funciones de cuidado un valor incluso más importante que a los sistemas formalmente establecidos o profesionalizados (Haro-Encinas, 2000). Adicionalmente, el modo en que los distintos modelos culturales de salud se emplean para tratar una afección depende en gran medida del funcionamiento familiar y de las condiciones de las que dicho grupo dispone (Kleinman, 1980; Menéndez, 1993).

Concretamente, los desplazamientos migratorios pueden afectar la estructura de la unidad familiar, al reducir localmente el número de miembros y, por lo tanto, la red doméstica de vínculos para resolver problemas de salud. Esto puede suponer mayores dificultades, minimizando los recursos disponibles (especialmente cuando existen integrantes de la familia nuclear o extensa dedicados a las tareas de curación del grupo) y acrecentando la sensación de malestar y desamparo ante una enfermedad. Como alternativa —y favorecidas por las mejoras en las telecomunicaciones— se han ido instaurando nuevas formas de conexión y vinculación “terapéutica” con aquellos que se encuentran lejos, permitiendo la circulación internacional de consejos y recetas curativas junto a la realización de sanaciones y pedidos espirituales a distancia (Escandell y Tapias, 2010). Esta forma de atención fue mencionada en numerosas ocasiones durante el trabajo de campo.

Independientemente de los posibles procesos de cambio y adaptación, el empleo del saber popular para el cuidado de la enfermedad constituye un elemento recurrente en el discurso social, que otorga significado a los padecimientos y construye la propia identidad. Entre los miembros de la comunidad migrante se expresa cierto recelo a mencionar estas prácticas ante la población autóctona, o ante el personal de salud de las instituciones médicas. La asociación de las acciones terapéuticas populares a las supersticiones, a la falta de educación o a los estratos sociales más bajos deriva en miedo o preocupación a ser juzgados y ridiculizados. Sin embargo, en este trabajo, se ha podido reconocer su amplia consideración como una de las principales estrategias terapéuticas de este grupo poblacional. Para explicar dicha preferencia, los participantes mencionaron la historicidad, la eficacia y la fe en la tradición:

Es eso que tú has creído... ese saber popular que tú has creído durante mucho tiempo y quizás ya es reconfortante. Aunque sea verdad o sea mentira... no te molestas en confirmar... (José, dominicano, comunicación personal, 17 de junio de 2017).

Le dejo los periódicos con el ungüento y lo visto por encima. Y luego, según eso va haciendo efecto. Como uno tiene fe de esas cosas que te enseñan pues

lo haces con fe, y por suerte, gracias a Dios, muchas cosas han funcionado (Felicia, boliviana, comunicación personal, 22 de agosto de 2016).

Al mismo tiempo, el conocimiento y empleo de estas estrategias fue valorado como expresión de autosuficiencia, cualidad que se reconoce constitutiva del “modo de ser latino”. Se puede decir que la idea de poseer determinados atributos culturales, útiles frente a la adversidad, forma parte de un recurso frecuente que facilita la adaptación de los grupos migrantes al nuevo ámbito social, poniendo el eje en sus propias capacidades de resiliencia (Hernández-Pulgarín 2016).

El recurso de la automedicación

Dentro de los *cuidados lego*, otra práctica ampliamente reconocida por los entrevistados fue la de automedicación, mediante el uso de medicamentos adquiridos sin receta médica o sobrantes de antiguas prescripciones. De acuerdo a lo reportado, los analgésicos y antigripales suelen ser los más utilizados para el tratamiento de afecciones frecuentes, como resfriados, dolores de estómago y fiebre:

Bueno, si es una gripe, ya sé qué medicamentos tomar. Si es un dolor de estómago, ya sé qué medicamentos tomar. O sea, esos son medicamentos que están en la casa de mi mamá, en la casa de mis padres (Eugenio, mexicano, comunicación personal, 27 de noviembre de 2016).

Si es un catarro o algo, es cierto que es malo, pero elijo la automedicación... Las infusiones de la abuela o cosas por el estilo... Paracetamol, que sabes que más o menos, si no es nada serio no te va a hacer mal (Roberta, brasileña, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

Como señala Menéndez (1982), la atención de la enfermedad mediante la automedicación es un fenómeno complejo y ampliamente extendido que ocurre en todos los sectores sociales. Se relaciona con la frecuencia, continuidad y recurrencia de los episodios de enfermedad, al mismo tiempo que responde a la necesidad de los grupos primarios de actuar en forma inmediata y dar solución (aunque sea transitoriamente) al malestar.

A pesar de que comúnmente la automedicación se explica por el crecimiento de la industria farmacéutica y la influencia de los medios masivos de comunicación, se trata de un suceso multicausal, que debe ser estudiado teniendo en cuenta las condiciones específicas de existencia de cada grupo. En el caso de la población migrante, las frecuentes limitaciones de acceso a la cobertura médica, especialmente para aquellos sujetos en condición administrativa irregular, pueden ser tomadas como factores precursores de las prácticas de automedicación. En tales casos, la visita a la farmacia constituye la vía autogestionada más próxima para el acceso a algún tipo de tratamiento biomédico.

El testimonio de Valentina, migrante hondureña irregular, que al momento de la entrevista contaba con cincuenta años de edad, da cuenta del modo en que se contempla este recurso. Tras haberse abastecido de medicina para la hipertensión arterial en su país, y sin poder acudir al hospital por nuevas prescripciones, se planteó la posibilidad de solicitar ayuda en la farmacia cuando sus medicinas se acabaran, como vía para reducir la angustia y la incertidumbre sobre su salud:

Porque cuando uno padece de presión te da como un cosquilleo en la cabeza o un dolor de cabeza... Entonces yo dije “cuando se me terminen las pastillas, yo voy a cualquier farmacia y pregunto”... (Valentina, hondureña, comunicación personal, 07 de marzo de 2017).

Optar por la automedicación también se relacionó con las complicaciones burocráticas para acceder a la visita médica, las dificultades económicas para pagar consultas, las demoras o la predictibilidad de la respuesta de los profesionales:

Yo no sé si es por abaratar, pero no tenemos más solución. Así te digo, yo no voy a ir [al hospital] para que me receten paracetamol... si yo ya lo tengo en casa. Lo tengo de 600 y 1 000, por si hace falta. Si veo que va mal mi hijo, 1 000, venga. Y le doy el primer día cada seis horas, y luego le voy disminuyendo la dosis. El primer día seis, y ya el segundo día si veo que está yendo mejor cada ocho. Ya entre el tercero y cuarto ya le digo que una al día. Y luego le doy la típica limonada. Sí, es lo primero que hago, la verdad, porque como sé qué es lo que me va a recetar el médico, entonces prefiero yo adelantarme a las cosas (Felicía, boliviana. Comunicación personal, 22 de agosto de 2016).

Al mismo tiempo, las actividades cotidianas y las exigencias laborales generan la obligación de cumplir y responder a ellas sin interrupciones, por lo que los medicamentos autoadministrados representan una solución rápida en función de esta demanda.

En varios testimonios fue referido el uso de medicinas y medicamentos específicos, provenientes de sus países de origen. Al indagar al respecto, se indicó que muchos de ellos habían sido traídos directamente por los entrevistados, ya sea en su viaje migratorio inicial (a modo de abastecimiento) o luego de visitas posteriores al propio país. También aquí parecen actuar las redes terapéuticas transnacionales (Krause, 2008) mediante el envío postal entre parientes, o el encargo a otros miembros de la comunidad migrante que regresan temporalmente a su región de procedencia. Los medicamentos mencionados incluyeron pomadas, ungüentos, comprimidos y soluciones para el tratamiento de múltiples afecciones. Como sugiere Meñaca (2006), el uso de los medicamentos extranjeros para el cuidado ante la enfermedad expresa simbólicamente el fortalecimiento de los vínculos en la familia transnacional:

Sí, algunas veces mi madre manda a pedir el ungüento de... El *Mentisan*. Siempre... Eso y alguna otra cosa más que utiliza con mis sobrinos cuando

están... a lo mejor... cuando tienen muchos moquitos por aquí, que no puede expulsarlos... Se lo manda a pedir a mis tías, que nos lo envíen... (Juana, boliviana, comunicación personal, 05 de diciembre de 2016).

En otros casos, el acopio personal de fármacos se desprende de la frecuente circulación de personas en torno a los sujetos expatriados. En solidaridad con aquellos establecidos en España, los visitantes temporales participan en el aprovisionamiento dejándoles sus propias medicinas (o “botiquines de viaje”). Tal y como lo plantea Eugenio en su relato, el beneficio de la acumulación no es solo individual, ya que también se produce la redistribución hacia otros migrantes cercanos:

Si te enseñó ahorita mi bolsa de medicamentos, tengo medicamentos de amigos y amigas que se vienen, se van y me los van dejando. Entonces yo también soy un poco como un boticario, porque todo el mundo sabe que yo tengo medicinas... (Eugenio, mexicano, comunicación personal, 27 de noviembre de 2016).

Algunos de estos compuestos comerciales llevan muchos años en el mercado y constituyen verdaderos símbolos culturales y nacionales (como es el caso del *Mentisan*³ en Bolivia, cuya antigüedad y extensión entre la población local es tal que aparece representado en las estampillas oficiales). El valor de dichos productos fue mencionado por varios actores, que además de resaltar sus propiedades medicinales, destacaron su popularidad regional:

Yo siempre que alguien va, le digo “Oye mira, por favor tráeme *Mentisan*”. No pido más nada, le digo “Tráeme lo que te dé la gana, pero me traes un *Mentisan*” Porque es que allá en Bolivia el *Mentisan* es increíble, toda la gente... Te haces una heridita y le echas *Mentisan*. Te lesionas la pierna, la rodilla, lo que sea, y le echas *Mentisan*. O te duele la cabeza, y te echas *Mentisan*, en la frente un poquito. O si estás resfriado, igual, “come un poquito de *Mentisan*”... Lo comes también, una cucharadita de *Mentisan*, y de paso te sobas, y te fricciones el pecho, la espalda, y todo eso... ¡Santo remedio! [...] Y es que el *Mentisan* creo que es una de las cosas que a la gente de escasos recursos siempre le ha venido bien. Ha tenido tanta fe, que se ha curado (Felicía, boliviana, comunicación personal, 22 de agosto de 2016).

Bueno, nosotros tenemos una cura aquí. Una crema que traemos, que la utilizamos con mi hija de cuatro años. Es que aquí no hay... aquí no hay con esos componentes. Una pomada, que sirve para eccemas, cicatrices, digamos. Se llama *Dr. Selby*. Es una eminencia en Uruguay. Y aquí la traemos y es milagrosa (Francisco, uruguayo, comunicación personal, 13 de abril de 2017).

³ Ungüento comercial de venta libre producido en Bolivia, indicado para el tratamiento de gripes, resfrios, dolores reumáticos, heridas y picaduras de insectos. Entre sus componentes se encuentran el alcanfor, el mentol y la trementina, al igual que otros aceites esenciales no especificados por el fabricante.

Entre los motivos aludidos para explicar la persistencia en su uso se encuentran la confianza y la especificidad. Al tratarse de productos comerciales “clásicos”, su estabilidad en el mercado les confiere seguridad, y forman parte de los hábitos establecidos de tratamiento. Entre todas las conversaciones y entrevistas, fueron los individuos con mayor tiempo de estancia en España los que mayoritariamente reiteraron el uso de medicamentos de sus países de origen. En grupos migrantes como el latinoamericano, el empleo de estos medicamentos, al igual que las prácticas de la medicina popular, representa la continuidad de un elemento identitario que los une de vuelta con sus países y con las personas que allí quedaron.

El paso a la atención institucional y su lugar en el itinerario terapéutico

Cuando las estrategias de autoatención no resultan satisfactorias o suficientes, los informantes refirieron la visita a curadores profesionales, principalmente de la biomedicina. Este ámbito incluye las prestaciones públicas ofrecidas por la Seguridad Social, los sistemas de emergencia y las consultas médicas privadas, facilitadas por los seguros de salud o costeados de forma particular. En menor medida fueron mencionadas las consultas a profesionales de otros sistemas de atención, como médicos homeópatas y acupunturistas. En los relatos se pudo identificar que dichas visitas generalmente se concretan luego de un período de espera variable, establecido entre cuatro y diez días, en los que la persona enferma o sus allegados evalúan el curso del malestar. Según lo referido, siempre se prefiere esperar a que la dolencia cese sola o a que las medidas anteriores (de autoatención) surtan su efecto:

Yo espero siempre... uno, dos, a veces hasta ocho días, si ya veo que definitivamente eso no sanó, porque tampoco le encuentro la solución, entonces ahí voy al médico... Nosotros siempre esperamos más tiempo, y ya si no sabemos cómo ni porqué el dolor no desaparece, entonces vamos al médico (Alfonsina, mexicana, comunicación personal, 10 de noviembre de 2016).

Aquí dije yo, “cuatro días antes de preocuparme”, y ahí me voy al médico (Eva, venezolana, comunicación personal, 17 de septiembre de 2017).

Algunas afecciones fueron directamente aludidas como de incumbencia biomédica, especialmente el cáncer y los problemas cardíacos. La visita inmediata al médico —sin acciones previas— fue afirmada en estos casos, así como también en aquellos episodios de dolor/síntomas no reconocibles, o no asociables a afecciones vividas con anterioridad.

En contrapartida, numerosos individuos indicaron que la visita al médico les resultaba poco deseable, por no sentirla un espacio cómodo y satisfactorio que asegure el alivio de sus malestares. Para muchos, la visita al médico resulta indeseable, motivo por el cual intenta evitarse mediante el empleo de otros recursos disponibles. Algunos de los

informantes alegaron que no se trata de un espacio cómodo y satisfactorio que favorezca el alivio de los malestares. Otros expresaron miedo o desconfianza de asistir a la consulta clínica, bajo la idea de que hacerlo acarrea nuevos problemas o enfermedades:

Yo, cuando me enfermo, lo primero que hago es no ir al médico... Porque si voy, capaz que me dice “tienes otra cosa peor” (Francisco, uruguayo, comunicación personal, 13 de abril de 2017).

Sí, no me gusta. O sea, para mí no tiene sentido. Y no me gusta eso, porque siempre te van a dar algo... Siempre te van a dar una pastillita... Entonces tú te vas a empezar a viciar con “tengo que tomarme la pastillita...” (Eva, venezolana, comunicación personal, 1 de septiembre de 2017)

Como se mencionó anteriormente, la estructura organizativa del sistema institucional también fue vista como un inconveniente, especialmente debido a su alto grado de burocratización. Las demoras en el otorgamiento de turnos y las dificultades para acceder directamente a médicos especializados fueron descritas por los sujetos como una pérdida de tiempo. En conversaciones informales, una mujer recordó su frustración tras una visita reciente a la unidad de emergencias. Su hijo mayor llevaba varios días con un dolor abdominal fuerte, que iba empeorando con el paso del tiempo; tras siete horas de espera en la sala de urgencias el muchacho fue atendido, y sin revisión le prescribieron analgésicos (*paracetamol*) para enviarlo de regreso a casa. Dicha indicación médica fue percibida por la familia como insuficiente, y a la preocupación por la salud de su hijo se agregó el descontento por el trato deshumanizado. En el mismo sentido, otro informante expresó su desilusión hacia un sistema aparentemente complejo y tecnificado que con frecuencia prescribe tratamientos baratos de forma generalizada:

[Con respecto a qué hacer en caso de enfermedad] lo dejo pasar. Sí, pero te lo digo porque siempre que traigo algún dolorcito de cabeza, o algo aquí de garganta, jamás, pero jamás, por aquí me pasaría ir al médico. He acompañado a personas al médico y terminan dándoles ibuprofeno (Eugenio, mexicano, comunicación personal, 27 de noviembre de 2016).

Según otros entrevistados, la asistencia profesional se habría convertido en un negocio que dejó de velar por el bienestar de los pacientes para obtener mayores ganancias. La posibilidad de consultar al médico y que ello se transforme en una cadena de derivaciones y visitas adicionales fue un motivo de queja recurrente:

Son cosas de lucro, los médicos ahora te dan un tratamiento para que a ese tratamiento le siga el otro y el otro y el otro y entonces cuando te das cuenta dices “ay, no” (Alfonsina, mexicana, comunicación personal, 10 de noviembre de 2016).

Al mismo tiempo, el factor económico se reconoció como incidente en el proceso y la elección del método terapéutico, tanto en el país de origen como en el de llegada. La

medicina popular o la alternativa se erigen como opciones deseables, entre otras cosas, por su mayor asequibilidad o por las características de su atención.

La gente, como sabe que si vas al médico tenés que pagar la consulta, el medicamento, lo que sea... Y si tenés que volver tenés que volver a pagar... entonces lo que la gente hace allí es ir, busca esa planta, le saca un cacho, depende si es para el brazo o para la pierna, le untan con un aceite... aceite de *cuchi* también, porque de la misma planta sacan aceite... le untan y luego le ponen eso ahí (Felicia, boliviana, comunicación personal, 22 de agosto de 2016).

Se evita el médico. Yo, personalmente. Cobran muy caro, las medicinas son muy caras y entonces pensando: “No sé si mejor voy a buscarle por otro lado...” Y sí, yo siempre busco medicina alternativa (Alfonsina, mexicana, comunicación personal, 10 de noviembre de 2016).

En contraste con la biomedicina, algunos sujetos subrayaron como alternativa la consulta a médicos homeópatas, acupunturistas o profesionales de la medicina holística es reconocida por su atención personalizada, mayor escucha y tiempo dedicado a las consultas. La posibilidad de desahogo y la sensación de seguridad fueron apreciadas como contribuyentes a la mejoría de la enfermedad, incluso más que cualquier tratamiento clínico específico. La preferencia por la medicina natural se expresó también en el rechazo al consumo de medicamentos industriales, y al exceso de prescripciones que acompaña al sistema médico hegemónico. Varios informantes señalaron su preocupación por los potenciales efectos secundarios o a largo plazo derivados del consumo de fármacos, asociando los químicos con sustancias tóxicas y nocivas que pudieran producir otras enfermedades en el organismo:

Yo no sé mucho... no me gusta mucho tomar pastillas de esas cosas. Yo prefiero más lo natural. Yo me tomé mi tecito de limón con miel durante esos días a ver... y jengibre. Y no, bueno, luego me fui al médico, me mandó antibióticos, que no me gusta tomar. Me lo tomé por unos días, y creo que tomarme esos antibióticos fue lo que me dio el dolor de cabeza (Eva, venezolana, comunicación personal, 17 de septiembre de 2017).

Prefiero las infusiones. Me gusta mucho la medicina natural, hacer bebidas, infusiones de hierbas... Procuro... La química es como que no... Siempre trae algo malo, siempre [...] Tomé muchísima medicina, pues, mucho químico, muchos químicos, pero... no sé, eso yo creo que a largo plazo perjudica e intoxica el cuerpo y puede que te alivie lo que tienes en ese momento, pero te perjudica otras cosas. El hígado... (Eloísa, colombiana, comunicación personal, 13 de diciembre de 2017).

El proceso s/e/a como adaptación al nuevo entorno de vida

Al igual que ciertas continuidades (como las mencionadas sobre el uso de la medicina popular latinoamericana), pudieron identificarse transformaciones en los procesos de atención de los padecimientos luego de la migración, especialmente en lo referente al uso de los servicios sanitarios. En las entrevistas se manifestó un aumento en dicho uso con el paso del tiempo, concretamente en aquellos migrantes de mayor antigüedad en el país. Alcanzar la regularidad administrativa y poder hacer uso del sistema público de salud resultó para muchos una condición deseable, reduciendo sus preocupaciones ante eventuales problemas graves de salud. Para otros, en cambio, el permiso de acceso a la atención biomédica llegó a ser problematizado, al asociarlo con un cambio en la manera de enfermar, a la pérdida de la autonomía y la adquisición de nuevas dependencias.

Yo no pensé que iba a ir tan rápido al médico... y le dije a Ana “todo fue por sacarme la bendita tarjeta esa que me piden...” Sí, porque yo nunca la tuve y nunca me enfermé. Ahora que la tengo, entonces empecé a enfermarme (Eva, venezolana, comunicación personal, 17 de noviembre de 2017).

Acostumbrada a apañarse sola, Eva siente que ahora visita los centros de salud ante cualquier malestar, por indicación externa del personal de la ONG que acompaña su caso de Asilo Internacional. Al consultarle, reconoció que ella normalmente esperaría más tiempo antes de ir al hospital, pero supone que “así deben ser las cosas en España”. En este mismo sentido, una mujer proveniente de México reflexionó acerca del valor adaptativo otorgado al uso de los servicios sanitarios, y el modo en que esta práctica representa un intento de la población migrante de emular lo que es habitual en el nuevo entorno:

Conozco a mujeres, las latinas del grupo, muchas de ellas iban muy seguido al médico como ejemplo... como una consecuencia del ejemplo de cómo lo hace la gente aquí. La gente va al médico. Todos al médico. Vas al médico, si te sientes mal vas al médico, y tomas medicamento. Y cuando uno llega a un país extranjero lo primero que haces es mirar cómo lo hace la demás gente... Así que esa actitud de “voy al médico seguido” seguramente que también es una manera de querer adaptarse a lo que se está viviendo... una consecuencia de cómo la gente de origen español lo hace también... estamos copiando, nos estamos adaptando, nos estamos integrando, así que esta parte de ir al médico seguido también es una parte cultural, de la sociedad a la que llegamos. Así que habrá que analizar, si uno tiene la sensación de ir mucho al médico, pues ¿por qué?, porque aquí así se hace. ¿Puede ser eso, no? (Catalina, mexicana, comunicación personal, 10 de noviembre de 2016).

En el nuevo país de residencia los migrantes pueden encontrarse con una paradoja. Por un lado, la opinión pública refleja un fuerte rechazo y oposición a la idea de que los extranjeros hagan uso de la sanidad pública, alegando abusos, exigencias y una voluntad de

obtener mayores beneficios libremente (Moreno-Preciado, 2008). Por el otro, se les solicitan esfuerzos de integración, que actúen acorde con la realidad local y se adapten al funcionamiento de las cosas. La imitación de patrones culturales, como señalaba anteriormente la entrevistada, respondería al deseo de pertenencia e incorporación a una sociedad que los percibe como extraños a pesar de las similitudes. Por consiguiente, los antedichos cambios en los itinerarios no solo reflejarían la adquisición de derechos y oportunidades, sino que podrían funcionar como puentes contra los prejuicios y señalamientos étnicos.

CONCLUSIONES

La conformación de un itinerario terapéutico se acompaña de una serie de elecciones personales o grupales que determinan la conjugación y/o exclusión de prácticas y saberes en función de un resultado esperado. A partir del trabajo de campo se pudo observar que para el colectivo latinoamericano que habita en Salamanca, la visita a las instituciones sanitarias formales no se ha constituido como una alternativa prioritaria o el primer paso a elegir en el camino de la atención. En algunos casos esto puede relacionarse con las desigualdades estructurales que dificultan el acceso a la atención (por ejemplo por ausencia de permiso legal de residencia). En otras ocasiones, emergen en el discurso elementos culturales e ideológicos concretos, que reafirman la oposición al Modelo Biomédico y llevan a decantarse por otras opciones.

Así pues, se pudo constatar la importancia de las estrategias de autoatención como el primer nivel real para resolver los padecimientos. Para estas personas, dicha forma de organización representa una continuación de los recursos médicos empleados en su sociedad de origen, capaz de responder a las diferencias estructurales en el acceso al sistema institucional de salud y de erigirse como forma de replicación de los valores considerados esenciales por el propio grupo como la reciprocidad, la herencia patrimonial, la pertenencia comunitaria y la autonomía. Dichas expresiones recuerdan que no todo traslado es pérdida, sino también negociación y reivindicación cultural.

Adicionalmente, la gestión del padecimiento encuentra un sustrato en las redes vinculares y en los grupos de adscripción con los que se comparten los significados culturales acerca de la enfermedad (Pescosolido, 1992). Esto contribuye a desplazar la idea imperante de responsabilidad individual sobre la salud y a dar cuenta de una estructura social participativa e intrincada, tanto local como transnacional.

Como señalan Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), un itinerario terapéutico es un recorrido “que no sólo es racional, sino que está mediado por sentimientos, recuerdos, sensaciones, valoraciones que no son factores cognitivos sino actitudinales y emocionales” (2007, p. 277). En definitiva, el uso de las estrategias de autocuidado o autoatención forma

parte de un modo de hacer, o *ethos*, capaz de posicionar al grupo social y los individuos como agentes activos sobre su propia salud.

El pluralismo médico es un fenómeno preexistente que acompaña a los sujetos desde sus países de origen, con distintos grados de aplicación y extensión. La posibilidad de adecuar las prácticas a cada episodio de enfermedad y la alternancia en el uso de modelos da cuenta del carácter flexible de los itinerarios y de la construcción pragmática acerca de la sanación que procura satisfacer las necesidades conforme van surgiendo (Leslie, 1980). En el contexto migratorio, sin embargo, la presencia de los distintos dispositivos disponibles adopta un carácter singular, funcionando como “espejo” de la forma de habitar el nuevo espacio social.

Una “aproximación bifocal” como la descrita por Vertovec (2004) da cuenta de la coexistencia de intenciones y de la posible pugna entre conservar las propias prácticas culturales y el deseo/necesidad de adaptación a la sociedad receptora. De acuerdo con esta perspectiva, los migrantes y sus identidades se emplazan entre el “aquí” y el “allí” simultáneamente. Mediante la investigación etnográfica se pudo ver que junto con la continuidad de las terapias originarias, la decisión de utilizar complementariamente las instituciones sanitarias respondía, en algunos casos, a cuestiones de adaptación social y de integración con el entorno de vida actual.

El valor de las ciencias sociales, en especial de la antropología, reside en incorporar las representaciones culturales de la enfermedad y los padecimientos, sus aspectos emocionales/ subjetivos en conjunción con su dimensión social y con el contexto que los produce. Como reconoce Haro-Encinas (2000) el cuidado y la atención de la salud son algo cotidiano, por lo que deben estudiarse con instrumentos que permitan registrar esa cotidianeidad. Esto solo es asequible si se devuelve el interés al relato de los sujetos involucrados, a sus construcciones discursivas respecto de su propia realidad. Lo que ocurre tras los muros de un hospital o de un centro de atención primaria es solo una pequeña parte de un proceso que comienza por fuera del sistema, con sus propias reglas y sentidos. La aproximación etnográfica, especialmente mediante el empleo de técnicas cualitativas como las entrevistas en profundidad y la observación participante, otorga una ventaja en la reconstrucción de las prácticas sociales e individuales que hacen la experiencia de enfermar y sanar.

REFERENCIAS

- Augé, M. (1986). L'Anthropologie de la maladie. *L'homme*, 26(97-98), 81-90.
- Bar de Jones, G. (2001). La migración como quiebre vital. Ponencia presentada en el II Congreso Argentino de Psicoanálisis de Familia y Pareja: “Teoría y clínica de los vínculos”, 3 al 5 de mayo de 2001. Buenos Aires, Argentina.

- Boyatzis, R. (1998). *Transforming qualitative information. The thematic analysis and code development*. Thousand Oaks: SAGE.
- Braun, V. y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chrisman N. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-377.
- Escandell X. y Tapias, M. (2010). Transnational lives, travelling emotions and idioms of distress among Bolivian migrants in Spain. *Journal of ethnic and migration studies*, 36(3), 407-423.
- Guest, G., MacQueen, K. y Namey, E.E. (2012). Writing up thematic analyses. En G. Guest, K. MacQueen y E.E. Namey (Eds.), *Applied thematic analysis*, (pp. 241-272). Thousand Oaks, California: Sage.
- Haro-Encinas, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero y J. Comelles (Eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- Hernández-Pulgarín, G. (2016). Discursos sobre la identidad como recurso adaptativo entre inmigrantes colombianos en Europa. *Migraciones Internacionales*, 8(3), 191-219.
- Hernández-Tezoquipa, I., Arenas-Monreal, M. y Valde-Santiago, R. (2001). El cuidado de la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista de Saúde Pública*, 35(5), 443-450.
- Instituto Nacional de Estadísticas (2017). Población extranjera por comunidades y provincias según nacionalidad y género. *Estadísticas del Registro Continuo, Información provisional del 1 de enero*. Disponible en www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px&L=0
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Krause, K. (2008). Transnational therapy networks among Ghanians in London. *Journal of ethnic and migration studies*, 34(2), 235-251.
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 4-17.
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social science and Medicine*, (14B), 191-195.
- Luxardo, N. (2005). Narrativas sobre el cáncer: la experiencia de la enfermedad entre la población del conurbano bonaerense. *Signos Universitarios. Revista de la Universidad del Salvador*, 24(41), 143-156

- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación: ¿qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (1993). Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En F. Mercado (Comp.). *Familia, salud y sociedad: experiencias de investigación en México* (pp. 130-162). México: Universidad de Guadalajara.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos-Navarro (Comp.). *La antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. (1982). Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes. En E. Menéndez (Ed.). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular* (pp. 4-52). México: Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social-Casa Chata.
- Meñaca, A. (2006). La multiculturalidad de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En G. Fernández-Juárez (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 93-108). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Moreno-Preciado, M. (2008). *El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*. Barcelona: Bellaterra.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Perdiguero, E. (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 140-145.
- Pescosolido, B. (1992). Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 97(4), 1096-1138.
- Red de Denuncia y Resistencia (REDER). (31 de julio de 2019) Organizaciones sociales exigen una nueva regulación que recupere el derecho a la salud en todas las personas. Recuperado de

https://reder162012.org/index.php?option=com_k2&view=itemlist&layout=category&ask=category&id=30&Itemid=762

- Rossi, M. (2012). Migraciones latinoamericanas: complejidades identitarias. En M.D. Vargas y J. Iborra (Eds.). *Migraciones, identidades y ciudadanía. Perspectivas para un debate interdisciplinar* (pp. 13-34). Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Sacchi M., Hausberger, M. y Pereyra A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.
- Schutz, A. (1967). *The phenomenology of the social world*. Evanston: Northwestern University Press.
- Sindzingre, N. (1985). Présentation: tradition et biomédecine. *Sciences sociales et santé*, 3(3-4), 9-26.
- Vertovec, S. (2004). Migrant transnationalism and modes of transformation. *International Migration Review*, 38(3), 970-1001.