



## Prácticas terapéuticas en el contexto mágico-religioso de una población de migrantes paraguayos en el Gran Rosario (Santa Fe, Argentina)

**María Georgina  
Granero**

Facultad de Humanidades  
y Artes, Universidad  
Nacional de Rosario (FHyA-  
UNR)

Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas  
y Tecnológicas (CONICET),  
Argentina

[georgranero@gmail.com](mailto:georgranero@gmail.com)

### Resumen

Desde un registro etnográfico, realizado entre 2010 y 2013, abordamos la situación de una población de migrantes paraguayos residentes en el área del Gran Rosario (Santa Fe, Argentina), para quienes el acceso a la atención sanitaria en el contexto de destino es un punto crítico contrastado con el de origen, que, al mismo tiempo, interacciona con el saber medicinal propio, basado en herboristería. Ello convoca un análisis de la atención y auto-atención de la salud que exceda el simple contraste entre lo "biomédico" y lo "tradicional". Para lo cual especificamos algunas líneas de articulación posibles entre tales saberes dentro del marco mágico-religioso y valorativo de la población de referencia y respecto de su condición de migrantes. En particular consideramos los remedios utilizados y la noción de "origen" respecto de su circulación a través de la frontera. Finalmente, integramos tales reflexiones al contexto migratorio general considerado.

### Palabras clave

Pluralismo médico, salud intercultural, migración, etnografía.

Recibido: Dic. 2014.

Aprobado para publicación:  
Ene. 2015.

## **Therapeutic practices in the magic-religious context of a Paraguayan migrant population in the Gran Rosario (Santa Fe, Argentina)**

### **Abstract**

From an ethnographic register, made between 2010 and 2013, we analyze the situation of a Paraguayan migrant population resident in the area of the Gran Rosario (Santa Fe, Argentina), for whom the access to health attention in the destination context is a critical point that contrasts with the origin, and that, at the same time, interacts with their own medical knowledge, based on herbalism. That requires an analysis of the health attention and auto-attention that exceeds the simple contrast between "biomedical" and "traditional" references. In order to that, we specify some possible articulation lines among those types of knowledge inside the magic-religious and value context of this population and as regards their migrant condition. In particular we consider the remedies used and the 'origin' notion in regard to their circulation through the border. Finally, we integrate those ideas to the general migration context we consider.

### **Keywords**

Medical pluralism, intercultural health, migration, ethnography.

## Introducción

Nos situamos en el marco de discusión en torno al pluralismo médico y la salud intercultural, el cual, como las expresiones sincréticas en general, se trata menos de un hecho novedoso en sí que de un renovado enfoque, dado a partir del reconocimiento que adquiere tanto en el ámbito académico como en el político e institucional (Perdiguero, 2006). En tal línea, se ha acentuado la *yuxtaposición* de estrategias, saberes y técnicas vinculadas a los procesos de salud/enfermedad/atención. Ello ha llevado a considerar las implicancias y condicionamientos de las prácticas y los saberes biomédicos en su articulación con otros (Menéndez, 1985<sup>1</sup>), particularmente, la imposibilidad de abordar el sufrimiento (Comelles, 2004; Ferrandiz, 2004) o de establecer formas de comunicación más eficaces con los usuarios (Abad González, 2004). En el contexto local en particular, se ha señalado (de forma no exclusiva a un sector socioeconómico o grupo étnico en particular) el uso alternativo a la biomedicina del chamanismo, el curanderismo, la medicina casera, así como otras formas terapéuticas dadas en marcos religiosos y genéricamente denominadas "alternativas" (Idoyaga-Molina, 2001; Arteaga y Funes, 2008).

En dicho marco, los procesos migratorios internos o internacionales, si bien son reconocidos como productores de pluralización, han sido mayormente tratados como factores de fondo de tales análisis, sin plantearse un abordaje desde la situación migratoria en particular. En este trabajo consideramos un contexto migratorio asociado a la migración intrarregional en Argentina. La cual, si bien presenta registros desde los primeros instrumentos censales en 1869<sup>2</sup>, ha protagonizado un significativo cambio de patrón desde mediados del siglo XX, por el cual los migrantes provenientes de países limítrofes devinieron en la principal corriente migratoria en términos numéricos<sup>3</sup> (Benencia, 2003; 2012; Meichtry y Beck, 1999, Cerrutti, 2009; Halpern, 2009; Bruno, 2009). Entre estos, la población de origen paraguayo es el colectivo más numeroso a nivel nacional y provincial, conformado por 550.713 y 8154 personas, respectivamente, según los últimos datos censales correspondientes al año 2010.

---

<sup>1</sup> Atendemos allí a los señalamientos que E. Menéndez (1985) ha hecho sobre el concepto de "Modelo Médico Hegemónico", especialmente en su contraste con prácticas terapéuticas no hegemónicas o "tradicionales".

<sup>2</sup> Para la provincia de Santa Fe en particular, contamos con el dato de 994 paraguayos censados en el año 1887 (censo provincial) según el informe realizado por Gabriel Carrasco: "La Provincia de Santa Fe, revista de su estado actual y de los progresos realizados", fuente citada en el informe provincial del censo de 1980 (IPEC).

<sup>3</sup> Aunque ello no haya superado el 3% de la población total, según los Censos Nacionales informados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

A su vez, los migrantes limítrofes en general tendieron a concentrarse en los principales centros urbanos de Argentina, especialmente Gran Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Córdoba y Rosario<sup>4</sup>. Dicha tendencia se acentúa en el colectivo paraguayo a partir de 1980 (Cerrutti, 2009), aunque su presencia en tales urbanizaciones se remonta a décadas antes, a razón del desarrollo de la Guerra Civil (1947) y, luego, del inicio de la dictadura de Stroessner (1954-1989) en Paraguay (Halpern, 2009, p. 107). En tal sentido, vale mencionar las diferenciales situaciones existentes, distinguiendo así, movimientos de exilio político y desplazamientos vinculados a mejores condiciones de vida. No obstante, consideramos que esto último debe corresponderse con el desarrollo de un modelo político-económico expoliativo, una marcada ausencia del Estado en materia social y una transversal violencia política e institucional como procesos cimentados en el Paraguay a lo largo de su historia (Arellano, 2005; Palau Viladesau, 2010).

Dicho esto, respecto de la provincia de Santa Fe cabe señalar que ha sido históricamente un centro receptor de inmigración. No obstante, desde mitad del siglo pasado, presenta una disminución de la tasa de población extranjera respecto de la población total, registrando en 2010, solo un 1,17%. Tal porcentaje se encuentra lejano del que exhibe el territorio bonaerense, pero se aproxima al resto de las provincias que perciben migración y no son limítrofes (Carpinetti, 2013). Mientras que su composición refleja el cambio de patrón señalado, dado que un 54,9 % del total de extranjeros nació en países limítrofes y en Perú. A su vez, cabe destacar la fuerte concentración de la población extranjera en el Departamento Rosario, siendo para 2010 del 66,7% (respecto del total provincial), de lo cual, el 42% ha nacido en países limítrofes. De esto último, el 43% corresponde a nacidos en Paraguay, lo que en términos absolutos equivale a 5979 personas de origen paraguayo, representando el 73,32% del total provincial de este colectivo.

Por otro lado, resta señalar que las formas de inserción del colectivo paraguayo en las urbanizaciones señalan una marcada y generalizada segmentación laboral y genérica: área de la construcción para la población masculina y del servicio doméstico para la femenina. Lo cual va de la mano del acceso a trabajos precarizados, así como también, a viviendas en zonas

---

<sup>4</sup> Si bien la situación fronteriza no ha dejado de presentar dinámicas de movilidad particulares (Arellano, 2012), el cambio de patrón indicado hacia mediados del s. XX refleja los desplazamientos, tanto internos como limítrofes, ocasionados por la crisis de las economías regionales y fronterizas, asociadas a trabajos estacionales "en la cosecha" (para nuestro caso, en las provincias del noreste argentino, Chaco y Corrientes) (Cerrutti 2009; Ceva, 2006). El desarrollo industrial y demográfico de las grandes urbanizaciones ofrecía entonces una demanda dinámica pero continua; razón por la cual se generan formas de migración más permanentes.

periféricas con deficiente inversión pública respecto de servicios básicos (e.g. sistema de cloacas; agua potable, etc.) (Carrón, 2008; Carbonetti et al, 2009).

En este marco, podemos ubicar al barrio de Cabín 9 (Municipio de Pérez), limítrofe con la ciudad de Rosario y por tanto perteneciente al conglomerado urbano del Gran Rosario. Su conformación demográfica encuentra raíz en los desplazamientos internos, del noreste argentino, y limítrofes desde mediados del siglo pasado, como aludimos. En dicho contexto y en el marco de una investigación en curso, realizamos nuestro trabajo de campo entre 2010 y 2013 con migrantes paraguayos y elaboramos un registro etnográfico, basado principalmente en entrevistas y observaciones, del cual nos serviremos puntualmente para esta presentación.

Ahora bien, volviendo a la temática que nos convoca, la posibilidad de "complementariedad terapéutica" (Arteaga, 2006; Arteaga y Funes, 2008), ampliamente considerada por distintos estudios sobre salud intercultural y pluralismo médico (Fernández Juárez, 2004; 2006), ha sugerido una redefinición del concepto de salud, cultural y socialmente situada. En esta línea, se destaca el análisis del marco valorativo y las nociones de salud y bienestar implicadas en las consultas, en tanto la "búsqueda de la salud se basa no en los síntomas sino en la valoración que se hace de ellos" (Perdiguero, 2006, p. 39). Dicho marco cobra entidad en el curso de las interacciones dadas en los distintos ámbitos de sociabilidad, en los cuales las redes sociales pueden ser asumidas como gestoras de la salud a través de consejos, información, contactos, etc. (Perdiguero, 2006; Pescosolido, Gardner y Lubell, 1998).

En línea con estos señalamientos, sugeriremos analizar *el sistema biomédico en su carácter representacional*, es decir, a través de las creencias que moviliza más allá del despliegue técnico. Señalamos esto en relación a que, en principio, la población referente no es ajena a los esquemas de la biomedicina como práctica médica e institución hegemónica. Por el contrario, advertimos que el acceso a la atención sanitaria es uno de los puntos más críticos en la trayectoria de muchos migrantes paraguayos. Ello es así en la medida en que el recurso a la atención pública y gratuita de la salud en el contexto de destino es uno de los contrastes más significativos respecto de la situación sanitaria en los lugares de origen (Peralta y Perrota, 2005). Tal situación nos lleva asimismo a plantear como hipótesis la posible influencia que la experiencia en el contexto de destino haya tenido en la consolidación de los esquemas asociados al sistema biomédico<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Nos referimos a una consolidación y no a un cambio radical de patrones dado que no podemos considerar que tal población sea enteramente ajena a los esquemas de prácticas, valores y significados asociados a la biomedicina.

De allí que interesa examinar cómo dicho acceso y su valoración interaccionan con el uso de la herboristería como saber medicinal propio y con esquemas de sentido asociados a prácticas curativas tradicionales. Interacción que convoca a un análisis de los significados y prácticas en torno a la atención y auto-atención de la salud que exceda el simple contraste entre tales marcos referenciales (eg. "biomédico" vs. "tradicional"). A partir de lo señalado, nos centraremos en especificar algunas líneas de articulación posibles entre los diferentes saberes medicinales dentro del marco valorativo y mágico-religioso de la población de referencia y en relación a su condición particular de migrantes. En relación a ello, será de interés considerar, por un lado, los remedios y tratamientos utilizados y, por otro, la noción de "origen" en el marco de la circulación de dichos remedios a través de la frontera, con el objeto de analizar la conformación de su eficacia en este contexto particular. En tal sentido, nuestra lectura pretenderá aportar a un marco de discusión necesariamente abierto y transdisciplinar al cual solo podemos en esta instancia aproximarnos de forma exploratoria.

## Saberes medicinales y auto-atención<sup>6</sup>

El presente trabajo es una continuación y profundización de las primeras aproximaciones realizadas por un equipo interdisciplinario a Cabán 9 en 2005<sup>7</sup>, contexto pauperizado por la falta de inversión en su urbanización y, principalmente, por la carencia de agua potable. Para entonces, el objetivo de estudiar la situación sanitaria de esta población arribó con algunos resultados entre los cuales se señalaron como *estrategias sanitarias*: tanto el acceso a la atención biomédica a través de los efectores de salud locales (centros de salud municipales y hospitales provinciales), como la utilización de saberes medicinales tradicionales vinculados a la herboristería, en términos de auto-atención, y el recurso a curanderos locales; remarcando que se trata, fundamentalmente, de poblaciones de origen rural (Demicheli, Moreira, de la Puente, Sánchez y Valdata, 2008)<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Los nombres de los entrevistados son ficticios a fin de conservar su anonimato. Las intervenciones del investigador en el registro están indicadas como "[E]".

<sup>7</sup> Al cual sumamos nuestro aporte hacia fines de 2010.

<sup>8</sup> Además, se identificaron como patologías de mayor frecuencia, según el personal de la institución sanitaria local, aquellas relacionadas con trastornos de hipertensión arterial, afecciones en la piel, tuberculosis y diferentes tipos de cáncer. A su vez, se indicó que la población femenina es la que presenta mayor demanda y

En esta línea, se indicaron además representaciones valorativas positivas respecto del lugar de residencia en lo concerniente a la posibilidad de un proyecto de vida, el acceso a la educación, a la salud pública, al trabajo y/o planes sociales; y negativas, respecto de la dificultad en la resolución de trámites burocráticos. Del lugar de origen, se señaló la positiva valoración de lazos familiares, valores morales y saberes medicinales y, de forma negativa, las condiciones de vida, la salubridad, las dificultades en el acceso a la educación, la movilidad y las condiciones de trabajo (Valdata, Carracedo y Sánchez, 2005).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, hemos indagado sobre tales estrategias de atención y auto-atención sanitaria considerando el contexto migratorio y las valoraciones en torno al acceso sanitario, por un lado, y, particularmente para este trabajo, *la eficacia de los remedios* utilizados<sup>9</sup> en las prácticas de auto-atención, por otro.

#### **SALUD PÚBLICA: ACCESO Y VALORIZACIÓN**

La referencia a temas de atención médica de la salud atraviesa en gran medida las diferentes trayectorias y conlleva valoraciones que introducen regularmente el contraste entre contextos espacio-temporalmente situados: emigratorio (antes-allá) e inmigratorio (ahora-acá). En dicho marco, la ruptura está dada por la posibilidad de acceder a la atención biomédica ante determinados padecimientos.

En efecto, las respuestas a las iniciales preguntas por las estrategias sanitarias derivaron gradualmente en comentarios sobre la problemática de la atención de la salud en el contexto de origen, signada por las dificultades de acceso a los servicios médicos debido a su costo y, especialmente en zonas rurales, la ausencia de centros asistenciales próximos. En tal sentido, la posibilidad de acceso sanitario en función del poder adquisitivo, se constituye en otra expresión de la marcada desigualdad social que atraviesa el Paraguay. Peralta y Perrota (2005) indican en su informe que el 81,1% de la población no cuenta con seguro médico y existe una alta tasa de

---

las derivaciones se realizan habitualmente al Hospital de Niños Víctor J. Vilela y al Hospital Provincial del Centenario, de la ciudad de Rosario (Valdata et al, 2005).

<sup>9</sup> Hemos analizado las prácticas curanderiles y los diferentes los agentes de cura como agentes "especializados" y "no especializados" en otros trabajos (Granero, 2013a; 2011). Estos expresan particulares formas de intercambio las cuales se entrelazan con relaciones sociales a las cuales significan y sobre las cuales se proponen establecer efectos (Michaux, 2004).

usuarios que no consultan o que se automedican. Asimismo, se destacan problemas estructurales tales como una insuficiente infraestructura sanitaria, concentrada en la capital, área metropolitana y departamento Central que excluye amplias zonas<sup>10</sup>. De tal modo concluyen que: "El acceso a condiciones mínimas de saneamiento básico es un privilegio casi exclusivo de las poblaciones urbanas" (p. 117).

Así, comentarios como los de Pedro (77 años) señalan sin miramientos que "*Tenés que ir con plata, sino te morís*" [Entrev. 2005/3]. Hilario (52 años) también sentencia que "*Allá no es como acá. Allá te dejan los médicos y te morís*" [Obs. 08/09/12]. Mientras que Inés (43 años), como otros entrevistados, nos remarca que "*Nada es gratuito en Paraguay*" [Entrev. 2005/6]. Por lo cual es atendible la afirmación de que "*La salud, un derecho difícil de adquirir*" [Elena, 25 años; Entrev. 15/03/11].

Las instancias comparativas instalan una discontinuidad dada entre ambos contextos en la cual se interpreta los acontecimientos vividos desde la trayectoria transitada y la situación actual. Allí vemos que la reconstrucción y valoración de tales eventos y del propio contexto de origen en general está atravesada de la experiencia como usuarios del sistema público de salud en el contexto de destino. Ello quedó graficado de forma extrema por Mónica (56 años), cuando narra las dificultades de los partos de su madre, realizados todos en el ámbito de su hogar con la ayuda de parteros. La entrevistada infiere que *si* su madre *hubiera recibido atención médica* (en Argentina), le habrían realizado cesáreas, evitando su sufrimiento y la pérdida de algunos de sus hermanos:

Cuando iba a nacer algún hermano mandaban a todos afuera que ya la cigüeña iba a traer al hermanito. La partera se iba, luego se bañaba al bebé, se lo envolvía y se le ponían los pañales. La verdad que yo *ni me quiero acordar* de mi mamá cuando tenía hijos, porque lo que sufrió en los tres últimos embarazos. Si *casi se murió, pero Dios es grande*, por eso no se murió. *Creo que mucho de nosotros tendríamos que haber nacido por cesárea*, porque lo que sufrió fue mucho. Igual que los hermanitos que murieron al nacer, fueron grandes. Mirá mucho no me quiero acordar. *Si ella estaba acá, eso no hubiese pasado, pero allá no hay*

<sup>10</sup> En dicho informe se indica además que "el 39% de la población enferma o accidentada no consultó y entre las principales razones se destaca que un 33% argumenta razones económicas, un 7% razones geográficas y un 56% se automedicó [...] Es necesario remarcar que en nuestro país el usuario siempre pagó los servicios públicos de atención a su salud y que a partir de las demandas, movilizaciones y campañas de desarme del presupuesto de la nación en 2004, se logró una resolución ministerial que exoneró el pago de aranceles a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años en los establecimientos públicos" (p. 115).



*nada*. Acá los médicos saben cuándo una criatura va a nacer con cesárea o parto natural y es muy difícil que se ahogue porque no pueda nacer" [Entrev. 30/06/06.].

Ahora bien, también hemos registrado formas de cuidado *alternativas* a la atención sanitaria pública en el contexto de origen, especialmente respecto de enfermedades padecidas por niños<sup>11</sup>. Allí, las prácticas de auto-atención y el uso de herboristería han sido los recursos más habituales, perpetuados hasta el presente, más allá del acceso a la biomedicina. Entre las enfermedades más comunes se mencionaron el sarampión, la varicela y los estados gripales<sup>12</sup>. Algunos ejemplos: Adela comenta sobre las enfermedades "de allá": "[es] *igual que acá, pero acá van al médico. Allá con yuyos*, se le pone harina de mandioca y no se bañan hasta que se salga todo" [Entrev. 2005/1]. Liliana agrega al uso del almidón o harina, una preparación de semillas de lino hervidas y azúcar de campo en una horchata que se toma con agua [Entrev. 17/06/06]. Por su parte, Inés indica respecto de la fiebre, el uso del "geniol"<sup>13</sup>, la ruda y el vinagre que "te ponían en la frente [y] acá abajo de la axila", y en caso de varicela, el lavado con té de Ka'a tai (Catay), silvestre, para contrarrestar la picazón [Entrev. 2005/6]. Como veremos luego, algunas de estas medicinas son utilizadas en el nuevo contexto, mientras que ya en el de origen, observamos referencias a remedios farmacológicos "combinados" con otros de origen natural, como parte de la auto-atención cotidiana.

Por otro lado, el contraste entre contextos también acontece cuando los entrevistados nos refieren que han traído (o intentado traer) a familiares mayores que procuran atención médica y cuidados, pese a la general resistencia de estos, quienes no suelen habituarse fácilmente ("hallarse") al cambio de residencia o a la idea de tal cambio. Interesa destacar al respecto, que dicha diferencia de apreciación entre los inmigrantes, que consideran necesario el traslado de sus padres para recibir atención médica, y estos últimos, que tienden a negar dicha "necesidad", nos refuerza la hipótesis de criterios cuanto menos consolidados (sino adquiridos en algunos casos) en el tránsito por instancias médicas institucionalizadas y la apropiación de esquemas del sistema biomédico. Así, Graciela (58 años) nos relata que: "Todos están acá, los hijos. El hermano de mi papá está lejos y de parte de mi mamá no hay nadie. Esa es nuestra

<sup>11</sup> Estas preguntas también formaron parte del abordaje sobre las estrategias de atención de la salud de los migrantes paraguayos en Cabán 9, del primer grupo de estudio dirigido por la Lic. Marcela Valdata.

<sup>12</sup> Si bien en algunos casos los niños podían recibir las vacunas reglamentarias a través de la escuela, el alto grado de deserción escolar, por los mismos motivos de distancias y dificultades que consideramos, hace factible pensar que tal profilaxis no se extendiera a gran parte de la población infantil rural.

<sup>13</sup> Nombre comercial (analgésico).

preocupación. [...] Todos queremos, pero no podés hacer nada porque el viejo te dice estamos rebien, *no podes ir y traerlo del brazo*" [Entrev. 20/5/11].

Con ello no pretendemos dar una imagen idílica de la atención sanitaria en el contexto de destino. De hecho, hemos registrado numerosas situaciones problemáticas en relación a la falta de insumos o personal médico en los centros de atención primaria locales así como la demora en los turnos y prácticas médicas o las falencias de infraestructura en el caso de hospitales de la ciudad de Rosario. En tales periplos, las valoraciones y referencias son obviamente negativas. No obstante, observamos en ello que no hay una diferenciación en tanto "migrantes" limítrofes o paraguayos por la cual padezcan dichas privaciones o complicaciones sino que lo sufren en tanto usuarios de un sistema médico público, mayormente vinculados a sectores socioeconómicos pobres, es decir, se trata, respecto de otros sectores, de una *diferenciación socioeconómica*.

Detendremos allí tales consideraciones, introducidas con el fin de esbozar un cuadro más completo de las diferentes *modalidades de atención y auto-atención de la salud* sobre las cuales avanzaremos a continuación.

#### **AUTO-ATENCIÓN: REMEDIOS FARMACOLÓGICOS Y REMEDIOS NATURALES**

En relación a este punto, vemos que las referencias a la *herboristería* aparecen de forma complementaria al acceso a las instituciones de medicina académica o a los fármacos, especialmente respecto de dolencias más leves. Así, en el contexto de destino, el acceso a la atención pública de la salud no ha desplazado el consumo de hierbas y preparados, sino que estos constituyen una parte integral del auto-cuidado. Lo cual podríamos especificar en términos de formas de prevención, atención primaria de síntomas crónicos o leves, yuxtapuesto a la farmacología convencional. De modo tal que, en este nivel se presenta una continuidad del uso del saber tradicional para el tratamiento de dolencias leves (de las que se reconocen causas y desarrollo), que se da de forma complementaria (paliativa y preventiva, no ya sustitutiva), del tratamiento biomédico, como sí acaecía en los contextos de origen rurales.

Emilse (40 años)- "Tomo tilo para la presión alta y tomo siempre té de peperina que le dicen, para el malestar estomacal [...]. Yo tomo siempre, pero yo veo que me cae bien, no me cae mal [...] *Nunca le pregunté al médico porque también, por ahí ellos no quieren que*

*tome esa cosa*. Porque yo quiero tomar mate, entonces, algo de yuyito siempre le pongo. Viste que la cáscara de naranja también le corta la acidez, entonces yo le busco, ya sé. Como yo me crié así, sé lo que me va a hacer mal y lo que me va a hacer bien, entonces yo tomo [...]. Te van a decir que no los médicos. Yo nunca voy así a un médico de yuyos, para eso yo sé, yo me crié así, sé más o menos que tengo que tomar.

[En otro momento de la misma entrevista señala:] Mi mamá nos curaba con harina a nosotros [se refiere al sarampión]. Harina común, en la espalda. Acá no, yo apenas veo que mis hijos tienen eso los llevo corriendo al médico. Eso sí, yo nunca le voy a dar una pastilla o un paracetamol sin preguntar al médico, *tengo que hacer como ellos dicen*". [Entrev. 2005/4].

G[E]- "¿Qué recursos usaban cuando se enfermaban [En Paraguay]?"

Elena- Yuyos y hacer el remedio casero, no te queda otro. Te bajás el eucalipto, otro yuyo más y hacía jarabe, con azúcar o miel, y *tomábamos como dice el doctor*, cada 6 u 8 horas. Pero si tenés platita te ibas a la farmacia" [Obs. 15/03/11].

N[E]- "Y cuando se enfermaban, ¿qué les daban [En Paraguay]?"

Liliana- Por allá hay todo, *todos los remedios*. Acá mismo tengo de todo yuyitos [...] Cuando yo vivía ahí no había doctor. Había, pero había que pagar.

G[E]- ¿Y acá las usás también?

L- Tengo yo, que soy jubilada, mi doctor de cabecera, hace un año que fui, me dijo que tenía diabetes [...]. No fui más hasta ahora estoy... yo tomo mate con hojitas de esa [señala una planta] que es buena para el azúcar, ñandypa.

Esther- *Se cuida ella, no más* [...]

L- Tengo obra social pero nunca la uso, para hacer la dentadura y todo, pero no voy. Veo bien todavía, dicen que si tenés diabetes no ves, pero veo [...]. Tengo 76, no me enfermo nunca. Yo *me fui no más que tenía que hacerme conocer por el doctor*" [Obs. 03/11/11].

La *auto-atención* es, en el contexto actual, una atención fundamentalmente sintomatológica cuando se presumen las causas o se las ha abordado en el contexto biomédico. La percepción de dicha sintomatología es lo que da carácter real y actual a la afección y la apreciación por la cual se opta por algún tipo de atención sanitaria. Por lo que, en gran parte, el cuidado de la salud está sostenido en las prácticas diarias de consumo de hierbas, incluso cuando se consumen (o no) fármacos indicados para alguna afección (e.g. tensión arterial).

No obstante, se establece también una *distinción entre efectividades y competencias* de remedios y prácticas por la cual los entrevistados remarcan su opción, cuando ello es posible, por un acceso a la atención biomédica de la salud en los casos que excede, por gravedad o permanencia, los alcances de la auto-atención, es decir, cuando no es posible subsanar la afección por otros medios o se desconoce su origen y tratamiento.

En efecto, observamos que la referencia a los remedios de hierbas (o hierbas consumidas como remedios) suele encadenarse, *sin ser llevada necesariamente a ese marco por el investigador*, con la de la biomedicina, dada principalmente en el sistema público de salud. En esta diferencia de competencias, las hierbas se consumen por indicación propia y por un conocimiento adquirido, *no compartido con los biomédicos*. Sus efectos son considerados favorables en términos generales y son ampliamente *reconocidos* a nivel de las redes vinculares más próximas. Mientras que el fármaco no siempre puede consumirse sin indicación médica (como en los casos, también registrados, de automedicación), sea por sus posibles efectos adversos o, simplemente, porque estos son desconocidos.

No obstante, la diferencia de *contextos* también se hace presente en el ámbito de la biomedicina dado que, ante el desconocimiento de los médicos locales de algunos medicamentos utilizados en origen, los migrantes optan por trasladarlos y auto-medicarse:

Elena- "La *cefinina* [nombre comercial] es un antibiótico, también viene en pastilla, pero acá no se consigue, *es de allá*. Y no creo que lo traigan, porque acá a veces le mostrás al doctor y *no quiere saber nada, porque dice que no lo conoce*" [Obs. 03/10/12].

Complementariamente, debemos comentar el caso de una mujer con diagnóstico de psoriasis que viaja a Paraguay y recibe de un familiar el *mismo medicamento* que previamente había sido administrado en Cabín 9 (indicado por el efector de salud local). En su primera aplicación, este no había resultado efectivo, mientras que durante el viaje posterior, sí lo fue. Sumado a lo cual, el remedio "migrado" estaba vencido, pero aún así provocó los efectos deseados que su equivalente no logró en un contexto diferente. Lo que habilita la pregunta sobre la posibilidad de una *eficacia simbólica* presente, entonces, no solo en contextos rituales sino también en torno al sistema biomédico<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Si bien un abordaje tal demandaría la constatación de los efectos a nivel físico (cuestión que nos excede abordar), consideramos que su planteo y sugerencia no deja de ser pertinente.

Encontramos en ello un paralelo con lo indicado por Meñaca (2006, p.99), quien distingue las valoraciones positivas que los migrantes ecuatorianos realizan en relación a la atención sanitaria en España para casos de cierta complejidad médica y su contraste respecto de la atención primaria ante dolencias leves, considerada menos efectiva que la existente en sus lugares de origen. En relación a lo cual, los fármacos no se (re)presentan *tan efectivos* como los tomados en Ecuador, dando lugar a una circulación de estos:

Me esperaba que desde el contexto de origen se enviaran remedios naturales y elementos de prevención y sanación tradicionales, pero no así antigripales, analgésicos, vitaminas o antiparasitarios. Los primeros se agrupan dentro de la categoría de productos que no se pueden conseguir en Europa y que están relacionados con la re-construcción de una identidad, de un sentimiento de pertenencia y de vínculo con quienes se hallan al otro lado del Atlántico. Su encomienda del Ecuador a España entraba, junto a las de "comida", dentro de mis expectativas. Sin embargo, ocupan un espacio mucho menor, dentro de las encomiendas de los sujetos de mi investigación, que otros medicamentos y tecnologías médicas de relativo fácil acceso en España. [...]

[Se trata de] Una población que en su mayoría en el Ecuador sí ha hecho uso de distintos recursos tradicionales, y que en España, en muchas ocasiones, han continuado llevando a cabo prácticas de autoatención relacionadas con los mismos. Pero que, tanto en origen como en destino, realizan un uso más extenso de los recursos biomédicos (p.94).

La autora advierte que ni el auto-cuidado ni la "carga simbólica" familiar justifican en sí la dirección del flujo de medicamentos, pero advierte que ello sugiere que la biomedicina posee también "multiculturalidad", al ser permeable a los contextos socio-históricos en los que sus prácticas se desarrollan. Por lo que, como anticipamos, plantear la biomedicina como "objeto antropológico" implica también pensar que el efecto de prácticas y fármacos no está desprendido completamente de los contextos en los que se realiza y es plausible de la misma problematización a la que se someten prácticas calificadas como "tradicionales".

Ahora bien, por otro lado, vemos que el conocimiento y la eficacia de remedios de hierbas son reconocidos principalmente a través de las *recomendaciones* recibidas. En el siguiente fragmento observamos que, aunque la entrevistada explicita su desmarcación en

tanto "creyente" (de tales eficacias)<sup>15</sup>, acepta sin mediaciones el consejo recibido sobre el cuidado preventivo:

Silvia -"[Mientras coloca en el mate algunas hierbas]- Traje de Paraguay...

N[E]- ¿Qué yuyito le pusiste?

S- Ah *ni idea, mi mamá me lo da porque dice que te...*, mi mamá *es muy creyente de esas cosas*. Tengo mi tía en diálisis acá, *y como que tengo miedo a los riñones y supuestamente eso te limpia...*" [Obs. 03/08/11].

Ello nos lleva a considerar, en función de lo anteriormente dicho, si el conocimiento y la eficacia de remedios en general (desde ya las hierbas, pero también de los farmacológicos) están asimismo dados *en función* de instancias de recomendación en las redes vinculares. En tal caso, vemos que siempre hay un referencia a la figura de un tercero (singular o plural) que *garantiza* la transmisión o eficacia del saber adquirido o implementado. De modo que podemos argüir que esta *instancia de mediación*, recurrente en las expresiones discursivas (e.g. "dicen que"), forma parte de la construcción de la *certeza* sobre la *eficacia* de una práctica o remedio dados.

Esto también nos recuerda que dichas competencias de saberes y su eficacia se realizan en un *marco de creencias y valores* en el cual podemos decir que opera, simultáneamente: 1. lo que denominamos como *auto-cuidado*, en tanto capacidad de gestionar, decidir sobre prácticas de salud; 2. una noción de *eficacia* del extenso vademécum de hierbas medicinales y de fármacos, sustentada en la garantía dada por la *mediación del saber*; pero también 3. *valores* vinculados al sistema institucionalizado de salud (biomédico), por ejemplo, al dosificar un remedio natural según las indicaciones médicas sobre fármacos equivalentes o en la auto-medicación de estos últimos<sup>16</sup>.

Se introduce entonces la concepción de "remedio", tanto a nivel farmacológico como en base a hierbas, como *agente* cuya eficacia responde a un saber determinado que, según su

---

<sup>15</sup> Ante ello advertimos como posibles condicionantes de tal desmarcación: por un lado, el propio contexto de entrevista y, por otro, la participación activa de Silvia en la capilla local y su posición respecto de creencias no *asumidas como* "católicas" (en este caso, legitimadas por las autoridades eclesiales, en un marco sacramental o integradas a las prácticas institucionales).

<sup>16</sup> Ello se considera más allá del hecho de que en gran parte los fármacos estén basados en hierbas y componentes naturales, dado que lo que nos interesa señalar es la diferenciación y luego la comunicación entre estos dos ámbitos de la atención de la salud, según como aparecen representados y operados *por los agentes*.

accesibilidad (por experiencia, consejo o indicación) será incorporado como práctica de autocuidado dentro de la atención a la salud. En la siguiente cita encontramos referencia a estos diferentes abordajes médicos, combinados y dados simultáneamente para el mismo cuadro (en este caso, heridas en general):

Esther- "Mi mamá me dijo que le prepare hojas de ceibo, el aloe amargo, la hoja larga y finita, para la picazón que así se le va a ir [...]"

Elba (47 años)- Ese es bueno, es para las heridas, te hace re bien. Es una plantita que crece al lado de donde hay agua, en el estero...

Esther- Y me dijo que se ponga cefinina [antibiótico], en polvo viene, que se pase y se deje al aire un rato, un poquito no más porque es re-fuerte. Si así tenía mi hermana, como si tenía fuego, que le quemaba, también le dijeron que era una *saladura*<sup>17</sup>..." [Obs. 3/10/12].

Ahora bien, continuando con la conformación de la noción de eficacia en las hierbas medicinales en tanto *remedios*, es preciso atender a otro orden de cosas. Las plantas-remedios responden también a un *vínculo* estrecho con quien las cultiva y son afectadas por la interacción con otros. En ello encontramos una *proyección de las relaciones interpersonales* en la reacción de la planta (morir o crecer). Por un lado, esta puede ser de *afinidad*, al considerar que la planta acepta vivir y ser usada por una persona, o bien, "tocada" por otro ajeno; y de *hostilidad*, que evidencia al marchitarse por no "querer" su lugar allí o en tanto el que la ha tocado tiene "envidia" hacia quien la cultiva.

Esther- "De esa [nombrada como 'buscapina'] podés usar las hojas o las florcitas si tiene, es muy buena para el mate, es para el estómago [...]. A mí no me prendió, no quiso, porque *esa prende si te quiere*" [Obs. 3/11/11].

[En otra ocasión, Esther también nos comenta]- "Siempre que te pidan un gajo tenés que cortarlo vos, no más. Porque *si el que te tocó la planta te envidia o algo se te seca*" [Obs. 25/4/12].

En relación a ello, muchas de estas hierbas y remedios caseros también forman parte del *uso ritual mágico* por el cual también se resuelve o gestiona la *salud*, en un sentido amplio, vinculado al bienestar y las modalidades de significación. Entre tales *remedios* se destacan

<sup>17</sup> Acción mágica negativa, para generar un "daño", en la que se utiliza sal como elemento.

aquellos utilizados para contrarrestar influencias mágicas tales como la "envidia" o la "mala onda" (como categorías nativas), muchas veces sin recurrir a un agente especializado, a veces reconocido como curandero otras como médico a secas (Granero, 2013a). Mientras que también integran usualmente las indicaciones (e.g. "recetas") que dichos agentes suelen ofrecer a sus consultantes para que realicen en sus hogares, sobre sí mismos o respecto de otros afectados.

Por lo que, tales hierbas poseen, en principio, un *uso medicinal y mágico*, articulados en el mismo sistema referencial, aún cuando sea posible y "útil" diferenciar los contextos en los que se aplican. Así, no siempre hay un tratamiento mágico de una situación dada, que implicaría situar dicho síntoma dentro de un contexto interpretativo más amplio incluyendo, por ejemplo, las posiciones y conflictos familiares o entre allegados próximos (Arteaga, 2006, Faberman, 2010; Disderi, 2004; Granero, 2011; 2013a). Pero en tales casos, de un uso que podríamos decir "sintomático", la disposición de tales elementos como *eficaces* no deja de estar refrendada y ubicada dentro de un marco de creencias que le otorga eficacia y significación.

En relación a hierbas de amplio uso en tales contextos, referiremos por último a los dos casos más destacados: la ruda y el romero. Se suman a estos, un conjunto de hierbas (en diferentes combinaciones) que conforman una extensa lista que no podemos detallar en su totalidad aquí<sup>18</sup>.

Esther- "Yo ya preparé la ruda para tomar.

Romina (21 años)- Yo la probé una vez y me dio un asco..., no la tomé más. *Dicen que es para sanarte*

Jimena (paraguaya, 34 años)- *Te limpia, son tradiciones. Allá todo el mundo lo toma*

R- *No sé si es verdad*, que te ayuda o no [...] Tomé una vez y me cayó pesado, nunca más [...] *Dicen que te limpia, que te va a limpiar no sé qué cosa...*

J- *Dicen que te limpia la sangre*<sup>19</sup>

E- Eso es lindo

<sup>18</sup> Por ejemplo: Jate'í Ka'a (Marcela) se toma en infusión y nos comentan que "es muy buena para calmar el dolor de panza" o la malva blanca para hacer compresas y aliviar la inflamación, etc.

<sup>19</sup> Nuevamente aquí encontramos la referencia a *lo dicho* (por otros) como garantía de la efectividad de un remedio o la veracidad de un hecho. Si bien aquí Romina se permite dudar, lo hace desde la premisa que cuestiona el conocimiento fundado en dicho marco societario y cultural. Interesa asimismo la postura de Jimena quien reconoce al mismo tiempo a la ruda como "tradición" o "leyenda", en su carácter convencional *tanto como* "remedio" que "limpia la sangre".



R- Pero pienso que si tomás, *así no más*, no va a hacer nada

J- *Son mitos y leyendas*, son tradiciones que no sé si en el Paraguay no más se toma

R- ¿Acá también es así?

G[E]- Sí, en el norte también" [Entrev. 27/7/12].

La *ruda* se distingue por un sabor fuerte y amargo, su consumo medicinal es un potente remedio antiparasitario. Su propiedad medicinal es, a su vez, extendida a un significado de limpieza y protección. Dicha característica también la encontramos en otras hierbas, asimismo usadas como antiparasitarias y digestivas, que están usualmente asociadas a la "protección" y "limpieza"<sup>20</sup>. Así suele utilizarse en dos medios solubles diferentes:

- *Ruda y alcohol*: su efecto radica en la prevención y limpieza del cuerpo de enfermedades, particularmente asociadas al frío y la temporada invernal. De modo que *actúa en las personas por efecto del ambiente*. Siendo así usada para el tradicional primero de Agosto, con caña (bebida alcohólica de alta graduación), elemento que "intensifica" sus propiedades.
- *Ruda y agua*: con efecto de prevención y limpieza del ambiente de "envidia", asociada a personas de las que se *sospecha* tal intencionalidad. En tal sentido, *actúa en el ambiente por efecto de personas "envidiosas"*. También se utiliza de forma externa al bañarse. En este caso, el uso de la ruda en agua está destinado a lavar un espacio físico, corporal o ambiental. Mientras que, en alcohol, se ingiere y se asimila internamente. Así, registramos su uso también dentro de un recipiente de vidrio transparente, con agua, para la "limpieza" de ambientes. En el caso observado, un negocio de ventas instalado en el hogar de la entrevistada, un familiar le sugiere colocar el vaso con ruda en un lugar que no sea visible, según las recomendaciones que recibió en otro momento de un agente: "Me dijo el médico<sup>21</sup>, lo tenés que limpiar primero el piso y después pasar el agua con ruda" [Obs. 25/04/12].

<sup>20</sup> En otros trabajos sobre el tema (Vega Castellanos, 2009) el uso mágico de la ruda es indicado para "romper o devolver con los hechizos" y "limpiar energías negativas". Se destaca también la asociación entre la propiedad aromática y los sabores fuertes de algunas hierbas con su extensión mágica y eficacia para la absorción de "energías negativas" y limpieza de los ambientes (Vega Castellanos, 2009; Idoyaga-Molina, 2001).

<sup>21</sup> La referencia a los agentes de cura especializados como "médicos" es una sugerente línea que hemos examinado en Granero (2013a).

El *romero* es utilizado asimismo con alcohol o agua (en casos, también junto con ruda), generalmente para un *uso externo*, referente a la "limpieza de energías negativas" y la recuperación de la salud. En su uso medicinal es habitualmente preparado en infusiones (mate y té) como digestivo y para combatir resfríos<sup>22</sup>.

## ARTICULACIÓN DE SABERES Y MEDICINAS

Hemos señalado que se plantea una *relación de continuidad y mutua afectación entre personas, relaciones vinculares y ambientes*, materializada en sus efectos físicos, como la que encontramos entre plantas y quienes las cultivan. Esta concepción, que queda por fuera de la biomédica, contrasta con ella especialmente en la relación *interioridad* o *exterioridad* que respectivamente presentan dichos remedios y prácticas de curación. Lo que nos trae a cuenta el artículo de Lévi-Strauss (1995) sobre la *eficacia simbólica*. Allí señala que:

[...] la relación entre microbio y enfermedad es exterior al espíritu del paciente, es de causa a efecto, mientras que la relación entre monstruo y enfermedad es interior a su espíritu, consciente o inconsciente: es una relación de símbolo a cosa simbolizada o, para emplear el vocabulario de los lingüistas, de significante a significado (p.221).

---

<sup>22</sup> En otras fuentes, encontramos asimismo asociadas la ruda, el romero y la contrahierba (Viotti, 2003) en las prácticas de curación. Por su parte, Martínez y Planchuelo (2003, p.93) plantean estas hierbas como especies "calientes" (por producir calor, sudoración) y que, en tanto tales, sería utilizadas para curar enfermedades "frías" (asociadas al invierno). Mientras que las "frías" por reducir el "exceso de calorías" (menta, malva, duraznillo) serían, entonces, asociadas a enfermedades "calientes" (e.g. golpes de calor, fiebre) y usadas en forma externa (baños, lavajes) o interna (bebidas frías). Esta hipótesis se basa en una línea de trabajo local sobre curanderismo que considera las fuentes de sincretismo religiosas y terapéuticas, entre ellas la "medicina humoral" europea que clasifica las enfermedades y terapias en frías y cálidas (Idoyaga-Molina, 2001, p.63). De forma que la eficacia de tales tratamientos "térmicos" en base a hierbas se propondría restaurar un equilibrio, compensando lo caliente con lo frío o al revés. Dichas enfermedades responderían, entonces, a "desequilibrios" clasificados como orgánicos (entre los que cuentan los referidos previamente), sociales (ojeadura, brujería.), entre "entidades de la persona" (cuerpo y espíritu), "espacio-ambientales" (noción de "espacios contaminados" por males o fuerzas negativas), "religiosos-rituales" (transgresión de tabúes) (Idoyaga-Molina, 2000).

A partir de allí, podemos analizar el contraste entre *agentes internos*, cuya eficacia es directamente conocida, y los fármacos y el dominio biomédico como *agentes externos*, correspondientes a otra lógica, cuya práctica y eficacia debe ser mediada por otros especialistas. Con lo cual, sería precisa una articulación que reintegre dichos procedimientos y causas al sistema más general, cuya confirmación es siempre buscada (Lévi-Strauss, 1995, p. 201)<sup>23</sup>.

No obstante, ya advertimos que la eficacia de los remedios, dada a través de la mediación social, como algunos esquemas del sistema biomédico (dosificación y automedicación), sitúan a este último, al menos en ciertos aspectos, *dentro* del marco de creencias en el que se define la salud para esta población. Aún cuando, parafraseando a Evans-Pritchard (1976), la causa principal que da cuenta de un *estado* de enfermedad sea aquella que presenta una significancia social y pueda, por tanto, integrar otro orden de hechos (e.g. la relación persona-ambiente-relaciones vinculares; acciones mágicas).

Pero, si bien lo farmacológico no es completamente externo al universo simbólico de esta población, sí implica la diferencia entre "saber propio", que puede manipularse y forma parte de la referencia al "origen", y "saber ajeno" que precisa ser habilitado en una consulta en un contexto institucional definido. Sólo que, en este último caso, la *externalidad* es doble: respecto del contexto de destino (en el cual la práctica puede diferir de la conocida) y del saber manipulado.

En tal sentido es que consideramos que el saber biomédico es también *mediado* por elementos que operan en otros ámbitos, a saber: la *eficacia simbólica* en los remedios, diferentes *contextos de intercambios e intermediación*, dados en el marcos de las redes sociales, y definiciones de *salud, bienestar y enfermedad* que se vinculan al entramado vincular y mágico-religioso de fondo, el cual le otorga un sentido que trasciende e integra el biomédico y que podríamos considerar en términos de *doble causalidad*, no excluyente ni contradictoria (Evans-Pritchard, 1976). A la vez que, aquel aporta valores y prácticas particulares que son integrados al sistema de creencias general de la población de referencia, desde un lugar definido: aquel que logra articular su "*exterioridad*" como saber profesional al que se accede

---

<sup>23</sup> Esto que aquí planteamos en función de un referente empírico concreto y un marco de creencias determinado, creemos está presente en todo grupo social de muy diferente forma, incluso atendiendo al conocimiento científico y tecnológico. En tanto que, en el plano valorativo, experiencias extremas como la percepción de la muerte (Castaings Teillery, 2011), disparan ineludiblemente (sino constituyen una parte central del sistema de creencias en cuestión, más allá de su valoración negativa o positiva) algún tipo de formulación que reintegre la experiencia vivida a un orden de hechos posible, cuyas características mitológicas, ideológicas o religiosas, en todo caso, están asimismo presentes.

institucionalmente (y que es también lo que permite su "gestión"). De tal manera, es que podemos sugerir que lo biomédico ha sido articulado, a través de tales mecanismos y en ciertos puntos que lo permiten, con otros saberes más directamente comprometidos con el marco de creencias y valores vigente en dicha población.

## Circulación

Resta considerar también los remedios en relación a la situación migratoria en particular, en torno a su circulación a través de la frontera. En general, podemos considerar que tales elementos actúan especialmente como *diacríticos identitarios* (Barth, 1976) entre poblaciones migrantes, en la medida en que son rasgos que distinguen y remarcan el origen nacional y suelen presentarse en contextos rituales de mayor visibilidad:

La sacralidad con la cual estos objetos son pensados y usados es debida a su procedencia del lugar de origen de los inmigrantes. De hecho muchos de estos bienes podrían fácilmente ser producidos en Argentina, pero los migrantes bolivianos consideran imprescindible viajar hasta el lugar de producción de dichos objetos en su tierra de origen y traerlos de vuelta, muchas veces desafiando los controles de frontera y el posible confiscamiento de los bienes. Los objetos poseen un carácter conector entre la sociedad de origen y la de destino, el contexto transnacional (la Terra, 2013, p.7)<sup>24</sup>.

En nuestro caso, debemos considerar en principio la diferencial procedencia de las hierbas referidas, por un lado, la compra directa en alguna farmacia, en otros, su cultivo en patios propios o espacios verdes del barrio y, de forma especial, aquellos traídos por quienes viajan o vienen de Paraguay y les son encargados o traen para regalar. En este último caso, las hierbas son transportadas como plantas, semillas o mezclas preparadas en farmacias para atender generalmente alguna afección específica. Situación que también se repite en otros recursos que circulan a través de redes de intercambio (alimentos, termos, morteros, etc.). Asimismo, en las farmacias locales se adquieren productos similares que pueden o no incluir las

---

<sup>24</sup> Observamos aquí el paralelo con Meñaca (2006) que indica que más allá de que tales elementos (supuestamente iguales para el observador) puedan "encontrarse" en el contexto de destino, suelen ser traídos o procuran ser transportados desde los contextos de origen.

mismas hierbas, dado que algunas de ellas no se encuentran en esta zona. Nuevamente aquí destacamos que no se trata de un hecho inédito, ni para los paraguayos, ni de estos elementos o prácticas en sí, por el contrario, lo que intentamos analizar es su especificidad y valor para esta población y contexto en particular:

S[E]-“¿Ustedes conservan esas tradiciones?

Esther- Sí, sí, con el yuyito siempre.

S[E]- ¿Y yuyos de Paraguay o de acá?

E- Y yuyitos de Paraguay. También se consiguen acá. *A veces compro en la farmacia. Y tengo plantita.* Sí, estoy acostumbrada en la pava, sí, tomo yuyito.

Bárbara (27 años)- Traen también de allá.

S[E]- ¿Y qué yuyitos tomás?

E- Para todo, para el colesterol, para el resfrío, para todo, si nosotros *acostumbramos allá.* Si nosotros íbamos al médico una vez al año. *Nosotros nos sanamos con el yuyito no más.* Porque es así. *No es que te duele cualquier cosa y te vas al médico.* Médico no hay en el campo.

B- Sí, si la otra vez que me fui con mi hermana, resulta que me dolía la garganta, el pecho y le digo que tengo que ir al médico y me dijo que no y me empezó a dar unos yuyos que ella hace. Y *mi abuelo cada vez que viene para acá trae. No te dejan pasar pero él trae en su bolso. Le trae a mi hermana y ella hace los mismos remedios que hacen allá.* Que te hacen tomar para la garganta cómo se llama eso que me querían hacer tomar

E- Miel es muy buena para la garganta.

S[E]- ¿Grasa de carpincho?

B- Eso me querían hacer tomar, aceite de carpincho. Y yo le decía que no y ella me decía que a Lucas, mi sobrino, le daba y yo [decía] nooo” [Entrev. 07/05/10].

Liliana- “Allá [Paraguay] hay todo, todos los remedios [...], acá mismo tengo de todo los yuyitos. Tengo poleo, buscapina, tres clases... Ese que está floreciendo es *yerba lucero*, ese es para el empacho [...]

Esther – Y para la diabetes qué tomas ¿nada? Tomá *pata de buey* [...], la flor que dicen que es mejor. Tomo mate con eso y la *sarandí* [...], tengo yo la planta, me trajo mi mama (de Paraguay), está floreciendo.

L- Yo le encargué a mi hijo porque dicen que en la isla hay mucho

E- No acá a la vuelta no más. Yo tengo a mi amiga que tiene un montón, yo te voy a alcanzar [...]. No las trajo del Paraguay, solo el tilo le trajo de Paraguay una amiga.

[Antes de irnos, Stella comenta que quiere llevarse un gajo de *hierba lucero* para hacerse una planta. Liliana arma los plantines y nos los entrega. Stella comenta que le va a traer menta y otras plantas aromáticas] [Obs. 03/01/11].

En efecto, muchas de las entrevistas y encuentros en diferentes hogares tenían como corolario (junto a promesas de nuevas visitas o reclamos sobre el tiempo transcurrido desde la última) comentarios sobre las plantas y hierbas disponibles y el pedido de gajos para plantar. En una ocasión, esta solicitud se expresó por una entrevistada directamente como: "me voy a llevar remedios" [Obs. 25/04/12], seguidamente se juntaron hojas y gajos de burro y romero del patio de Nidia, de los cuales recibimos manojos también para llevarnos. A esta dimensión vincular, se agrega otra mágico-religiosa, desplegada en Paraguay, durante la celebración de Semana Santa:

G[E]- "Allá [Paraguay], ¿cómo es la Semana Santa?

Jimena (34 años)- Sí, como acá también, se va a misa...

G[E]- Pero se festeja también en la calle, con los *promeseros*, ¿no?<sup>25</sup>

J- Sí, eso. Allá le *llevás los remedios para que los bendiga, después de la misa*

G[E]- Los remedios ¿son pastillas o yuyos?

J- No, yuyos, romero, esas cosas. Le podés llevar todos los remedios y los bendice. *El año pasado le traje a Esther, que también viajé.*

G[E]- Si acá los querés llevar...

J- *No sé qué te dirá el sacerdote, capaz que te quede mirando.* Allá sí" [Obs. 21/03/13].

Plantas y hierbas son estimadas por su importante valor medicinal y si bien muchas de estas han sido cultivadas en el medio local, se siguen trasladando desde el lugar de origen cuando ello es posible, integrando además una instancia de intercambio crucial. Esta distinción implica también una *valoración diferencial* en torno a "lo original" como valor axial. A su vez,

---

<sup>25</sup> En esa ocasión había llevado un recorte periodístico donde exponían las celebraciones de la Semana Santa en Paraguay y señalaban entre otras cosas la actuación de grupos musicales por las calles y que recorren diferentes localidades, como ofrenda a la Virgen y cumplimiento de su promesa hacia ella.

como señalamos, dentro de los *remedios* utilizados también figuran remedios farmacológicos *traídos* de origen. De modo que, aún a instancias de la farmacología, se establecen *distinciones* relativas a los contextos de origen y destino como también indicamos.

Más aún en el caso de una mujer que “curó” su enfermedad de la piel con la crema donada por una amiga en Paraguay, y si tomamos este dato como válido (más allá de los correlatos médicos para los cuales carecemos de referencias), nos habilita a pensar que la eficacia de un remedio puede implicar otras determinaciones además de las propiamente farmacológicas<sup>26</sup>. En relación a ello, ya hemos referido al respecto que tal eficacia no solo está dada en el origen físico del objeto sino en el hecho de ser regalo de vínculos próximos o ser producto de *instancias de recomendación* previas.

En todo caso, la *originalidad* presenta tanto *referencias espaciales como vinculares y culturales* que operan en el desplazamiento de estos bienes especialmente valorados. Asimismo, su circulación a través de la frontera implica una *transformación* sensible al cambio de contexto (espacial, social y cultural). En tal sentido, si por un lado estos actualizan un *contexto ausente*, por otro lado, lo hacen en la medida en que producen una *nueva síntesis* en el *contexto presente*. Dado que no sólo su reproducción en el lugar de destino se presenta como una duplicación inexacta del original, sino que, aún siendo trasladados del lugar de origen, tales objetos nunca pueden significar de igual forma. Hay siempre una instancia de *traducción* a partir de los elementos y la composición del nuevo contexto. Consecuentemente, la asociación diacrítica con el origen nacional tampoco es igual en su connotación en cada uno de los marcos referenciados.

Por su parte, Godelier (1998) establece que: “Los objetos preciosos que circulan en los intercambios de dones sólo pueden hacerlo en tanto se trata de dobles sustitutos a la vez de los objetos sagrados y de los seres humanos” (p. 108). Aunque, a diferencia de este autor, consideramos que tales objetos no necesariamente son abstraídos de la vida cotidiana, ni siempre actúan como medios de rivalidad (p. 229). En lugar de ello, nos interesa remarcar que estos obran como *sustitutos y compensaciones de los humanos en sus relaciones sociales*. Sin ser llegar a ser sagrados, *movilizan una dimensión sacralizada: la del origen*.

*A través de la nostalgia y el retorno imposible a lo idéntico, el terruño se sacraliza* (Sayad, 2010b, p.267) y su referencia, necesariamente idealizada, se torna en una apelación a

---

<sup>26</sup> Allí nos animamos a sugerir que la opción de explorar la eficacia simbólica superpuesta a la eficacia del principio activo de los fármacos forma parte del efecto sinérgico de los mismos. Lo que abriría una línea de investigación paralela a la realizada con los placebos y nocebos, por definición, sustancias inertes que, pese a ello, generan efectos positivos o negativos, respectivamente, en la salud de quienes los consumen.

la *originalidad* como parámetro al cual se *subordinan las expresiones reproductivas concretas*. Este marco referencial evoca imágenes de paisajes, estilos de vida, costumbres y vínculos que son actualizadas y combinadas de forma particular. Nuevamente haciendo eco de las palabras de Godelier: "Lo sagrado es un cierto tipo de relación con los orígenes en la que, en lugar de los hombres reales, se instalan dobles imaginarios de éstos" (p.245). En nuestro caso, entendemos que la sacralización tiende a desplazar del foco las condiciones de emigración que encierran en sí dinámicas históricas y socio-políticas específicas (precipitadas en un desplazamiento generalmente forzoso), y a esencializar los diversos continentes materiales asociados al marco referencial de origen<sup>27</sup>.

No obstante, cabe una distinción más: si las hierbas cultivadas en Cabín no son referidas puntualmente como "menos eficaces" respecto de las trasladadas de origen, ello puede estar asociado a que presentan aún en el contexto de destino una estrecha relación de *interioridad* con el universo simbólico de esta población<sup>28</sup>. Mientras que los fármacos resultarían más sensibles al cambio de contexto, admitiendo ahora una relación de interioridad en su trasladado "de origen". Si para los remedios naturales el cambio de contexto no los "exterioriza" significativamente, disminuyendo rotundamente su efectividad, para los fármacos que en el medio local no se consiguen ni reconocen, dicho cambio los valoriza al ser otra "huella" del lugar de origen. Aún así, una hierba traída de origen se distinguirá de cualquier otra y siempre será especialmente recibida y valorada como un *objeto precioso* (Godelier, 1998).

---

<sup>27</sup> Seamos claros, con ello intentamos indagar sobre una particular dimensión de la experiencia de los migrantes que atañe a una elaboración simbólica y valorativa específica. La cual que puede superponerse, a su vez, a otros niveles que expresan condicionantes específicos (e.g. inserción laboral, asociacionismo, participación política, etc.).

<sup>28</sup> No hemos tenido ocasión de registrarlo, pero creemos que respecto de las hierbas "bendecidas" en Paraguay en el tiempo pascual podría asociarse alguna distinción valorativa que quizá se traduzca también en términos de eficacia.



## Consideraciones finales

“El individuo no niega sus doctrinas; escoge la que más ventajas le ofrece en cada situación y excluye al resto” (Evans-Pritchard, 1976, p. 141).

Creemos preciso considerar que en los procesos migratorios contemporáneos hay una demanda de *posicionamiento* que parte tanto del Estado y de la sociedad, de origen y destino, como de quienes se encuentran, de tal forma, diferencialmente categorizados según su origen nacional y trayectoria migratoria. Dado que, en la medida en que la migración pone en evidencia las contradicciones y fundamentos del orden político del Estado-nación (Sayad, 2010a), dicho posicionamiento, definido en un marco de relaciones de poder, resulta imperioso y siempre conflictivo. De modo tal que las formas terapéuticas analizadas se desarrollan en un contexto migratorio particular y es también a dicha articulación, con lógicas políticas, sociales y culturales, a la que pretendemos atender en relación a la construcción de las *formas de inscripción social*. En dicho proceso, el acceso a la atención pública en el contexto de destino no sólo incidiría en la afirmación de esquemas de significación y valoración del sistema biomédico en la construcción de la noción de salud-enfermedad, sino también en la definición de su posición respecto del Estado y la sociedad paraguaya y argentina. En tal sentido, evaluamos que la valoración contrastiva del acceso a la salud entre ambos contextos tiende a remarcar la relación de externalidad y dependencia de los migrantes, por lo cual la concepción del *derecho (a la salud) es reemplazada por la de deuda* (Granero, 2013b).

En dicho proceso, no carente de conflictividad, también nos interesa remarcar que las variaciones sugeridas en torno a los remedios *tradicionales* (farmacológicos y naturales) en el contexto de destino, habilitan sobre todo la posibilidad de expresar *nuevas síntesis* operadas en torno a la situación presente, a razón de no encontrar en los esquemas de pensamiento disponibles, el encuadre necesario. En definitiva, a la manera del *bricolage*, de lo que se trata es de “arreglárselas con ‘lo que uno tenga’” (Lévi-Strauss, 2006, p.36).

La importancia de tal posibilidad incide en un hecho significativo evidenciado por diferentes estudios sobre salud intercultural y pluralismo médico: la importancia de *gestionar la incertidumbre y el sufrimiento* a partir de otorgarle sentido y articulación en el entramado social. Ello nos remite a la “función intelectual” de la magia que Mauss y Hubert (2010) ponen en evidencia (Renold, 2012) y la preminencia de la “causa socialmente relevante” (Evans-Pritchard, 1976, p. 91). Más allá de caratular tales o cuales expresiones o prácticas como

“mágicas” o mágico-religiosas, ello alude directamente al marco de creencias en que se sitúan y significan la experiencias de padecimiento y los canales de tratamiento habilitados.

Allí, la producción simbólica y valorativa podría apelar a nuevas metáforas que aludan a la situación actual en su particularidad y ambigüedad. Dicha síntesis no puede estar desprendida totalmente del origen, ni ser lo original mismo, pero habilitan otra dimensión primaria de posicionamiento y conformación de ciudadanía: su dimensión identitaria. Ello constituye un aspecto central que recorre nuestro trabajo de forma axial y que dejamos aquí solo introducida. En tanto, dicha exploración nos permitirá aproximarnos a los elementos desde los cuales se construyen los posicionamientos referidos que dicha población, como otras, realizan a partir de condicionamientos políticos y sociales dados en los contextos de destino y de origen (e.g. clasificaciones y categorizaciones) como de lógicas culturales específicas.

## Bibliografía

- Abad González, L. (2004). Epílogo. En G. Fernández Juárez. (Coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 75-92). Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM
- Arellano, D. (2012). Dinámicas comerciales transfronterizas Posadas – Encarnación. *V Simpósio Iberoamericano em Comércio Internacional, Desenvolvimento e Integração Regional*, Red CIDIR y FEMA, Santa Rosa, Rio Grande Do Sul.
- Arellano, D. (2005). *Movimiento 14 de Mayo para la liberación del Paraguay. 1959. Memorias de no resignación*. Misiones: EDUNAM.
- Arteaga, F. (2006). Procesos de daño y contradaño en la Pampa (Argentina). *Rev. Scripta Ethnologica*, 28, 79-94.
- Arteaga, F. y Funes, M. (2008). Sanadores tradicionales en contextos interculturales del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). *26ª Reunião Brasileira de Antropologia*, Porto Seguro, Brasil.
- Barth, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Benencia, R. (2012). *Perfil migratorio de Argentina 2012*. Buenos Aires: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Benencia, R. (2003). Apéndice. La migración limítrofe. En F. Devoto. (Comp.) *Historia de la inmigración en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- Bruno, S. (2009). Inserción laboral de migrantes paraguayos en áreas urbanas de Argentina. (O cómo las diferencias se transforman en desigualdades). *II Taller: Paraguay como objeto de estudio de las ciencias sociales*, Asunción, Paraguay.
- Carbonetti, A.; Gómez, N; Peretti, G. (2009). Características demográficas y ocupacionales de la población paraguaya residente en la provincia de Santa Fe (Argentina). *II Taller: Paraguay como objeto de estudio de las ciencias sociales*, Asunción, Paraguay. Consulta en: [http://produccion.fsoc.uba.ar/paraguay/taller/2009/pdf\\_taller\\_200905/p\\_peretti\\_gomez\\_carbonetti.pdf](http://produccion.fsoc.uba.ar/paraguay/taller/2009/pdf_taller_200905/p_peretti_gomez_carbonetti.pdf)
- Carpinetti, J. (2013). *La participación de inmigrantes en Rosario*. Tesis magistral inédita. Master sobre fenómenos migratorios y transformaciones sociales. Universidad Ca'Foscari, Venezia.

Carrón, J. M. (2008). Migraciones internacionales intrarregionales en el Cono Sur de América Latina. El caso de Paraguay. *Taller I: Paraguay como objeto de estudio de las ciencias sociales*. Posadas, Argentina.

Castaingts Teillery, J. (2011). *Antropología simbólica y neurociencia*. Barcelona: Ed. Anthropos.

Cerrutti, M. (2009). Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. En *Serie de documentos de la Dirección Nacional de Población* N° 2. Buenos Aires: Dirección Nacional de Población, Ministerio del Interior - OIM.

Ceva, M. (2006). La migración limítrofe a la Argentina en la larga duración. En Grimson, A. y Jelin, E. (Comps.) *Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos* (pp. 17-46). Buenos Aires: Prometeo.

Comelles, J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En G. Fernández Juárez (Coord.). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 17-30). Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM.

Demicheli, C., Moreira, R., de la Puente, V., Sánchez, N. y Valdata, M. (2008). La memoria como reconstrucción de los dilemas socio-políticos en mujeres migrantes paraguayas en la ciudad de Rosario. *VIII Jornadas Rosarinas de Antropología Socio-Cultural*, Rosario, Argentina.

Disderi, I. (2004). Corporizando el daño. Las experiencias de brujería en la Pampa santafesina (Argentina). *Scripta Ethnologica*, Vol. XXVI, 99-116.

Evans-Pritchard, E. E. (1976). *Brujería Magia y Oráculo entre los Azande*. Barcelona: Ed. Anagrama.

Faberman, J. (2010). *Magia, brujería y cultura popular. De la Colonia al siglo XX*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.

Fernández Juárez, G. (Coord.). (2006). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM.

Fernández Juárez, G. (Coord.) (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM.

Ferrandiz, F. (2004). La corte medica en el espiritismo venezolano. Encuentros y desencuentros entre la biomedicina y la cura mística. En G. Fernández Juárez (Coord). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 191-205). Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM

- Godelier, M. (1998). *El enigma del don*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Granero, M. G. (2013a). Agentes y especialistas en la atención de la salud en un barrio del Gran Rosario: su definición a través del análisis de rol. *Revista de la Escuela de Antropología*, V.19, 159-170.
- Granero, M. G. (2013b). Atención de la salud entre migrantes paraguayos en el Gran Rosario: tensión y articulación entre estrategias de acceso y auto-atención sanitaria. *X Reunión de Antropología del MERCOSUR*, Córdoba. Argentina.
- Granero, M. G. (2011). Religiosidad paraguaya en un barrio del Gran Rosario: aproximación a las prácticas y creencias paraguayas en el contexto migratorio de destino. *XI Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural*, Rosario. Argentina.
- Halpern, G. (2009). *Etnicidad, inmigración y política. Representaciones y cultura política de exiliados paraguayos en Argentina*. Buenos Aires: Ed. Prometeo.
- Idoyaga-Molina, A. (2001). Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo. *Scripta Ethnologica*, 23, 9-75.
- Idoyaga-Molina, A. (2000). La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica* 22, 21-85.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], Censos nacionales 1970, 1980 y 1991 (INDEC). Argentina
- Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, Provincia de Santa Fe [IPEC]. Consulta en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/180>
- Jelin, E. (Ed.). (2006). *Salud y migración regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- la Terra, J. N. (2013). Análisis de objetos en contextos migratorios transnacionales. Aspectos metodológicos y aportes innovativos, *Revista Kula. Antropólogos del Atlántico Sur*, 8, 4-14.
- Lévi-Strauss, C. (2006). *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C. (1995). *Antropología Estructural I*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Martínez, G. J. y Planchuelo, A. M. (2003). La medicina tradicional de los criollos campesinos de Paravachasca y Calamuchita, Córdoba (Argentina). *Scripta Ethnologica*, Vol. XXV(025), 83-116.
- Mauss, M. y Hubert, H. (2010). *El sacrificio. Magia, mito y razón*. Traducción y prólogo de Ricardo Abduca. Buenos Aires: Ed. Las Cuarenta.

Meichtry, N. y Beck, H. (1999). *Caracterización demográfica de la inmigración limítrofe en el nordeste de Argentina*. Instituto de Investigaciones Geohistóricas Conicet. Resistencia: UNNE.

Menéndez, E. L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7 (28), 11-28.

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 / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM

Michaux, J. (2004). Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia. De la tolerancia a la necesidad sentida. En G. Fernández Juárez. (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* (pp. 107-128). Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM

Palau Viladesau, T. (2010). La política y su trasfondo. El poder real en Paraguay. *Rev. Nueva Sociedad* N° 229. Consulta en: [www.nuso.org](http://www.nuso.org)

Peralta, V. y Perrota, M. (2005). *Paraguay: contexto económico, político y social: situación del país*. Informe: Derecho a la salud. Situación en Países de América Latina. Paraguay: Asociación Latinoamericana de Medicina Social - Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

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. 33-50). Quito: Ediciones Abya-Yala / Bolivia: Agencia BOLHISPANA/ España: UCLM

Pescosolido, B., Gardner, C. y Lubell, K. (1998). How people get into mental health services: stories of choice, coercion and 'muddling through' from 'first-timers', *Social Science & Medicine*, Vol. 46 (2), 275-286

Renold, J.M. (2012). Religiones mágicas: breves observaciones antropológicas. En Renold, J. M. (Comp.), *Miradas antropológicas sobre la vida religiosa III. Religiones mágicas: breves observaciones antropológicas, y otros ensayos* (pp. 91-116). Buenos Aires: Ed. Ciccus.

Sayad, A. (2010a). *La doble ausencia. De las ilusiones del emigrado a los padecimientos del inmigrado*. Barcelona: Ed. Antrhopos.

Sayad, A. (2010b). Elementos para una sociología de la inmigración. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, N° 19, 251-257.

Valdata, M., Carracedo, E. y Sánchez, N. (2005). Estrategias de atención en salud en los migrantes paraguayos asentados en Barrio Cabín 9 y San Francisquito de la ciudad de Rosario. *Seminario Migraciones y Derechos Humanos*, Ministerio del Interior y Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Vega Castellanos, G. (2009). Entrevista a la Sra. Teofila Santos Salvador, espiritista de Mazatlán, Guerrero, México. *Tlahui-Medic*, N. 28 (2). Consulta on-line en: [http://www.tlahui.com/medic/medic28/espiritismo\\_gro.htm](http://www.tlahui.com/medic/medic28/espiritismo_gro.htm)

Viotti, N. (2003). Deshaciendo daños. Representaciones y prácticas de la brujería en el Noroeste de Argentina. *Scripta Ethnologica*, Vol. XV(025), 117-110.

## Notas

El presente trabajo ha sido realizado en su totalidad por la autora como parte de una investigación doctoral en curso. Está basado mayormente en un trabajo de campo realizado en dicha instancia de investigación y se cita como antecedentes directos algunos trabajos publicados por el equipo interdisciplinario al cual nos sumamos en 2010. A su vez, las hipótesis, reflexiones y resultados presentados corresponden enteramente a la autora, no presentándose conflictos de intereses con otros investigadores.

Los datos de campo contienen nombres ficticios para conservar el anonimato de los entrevistados.

La investigación doctoral corresponde a una beca otorgada por el Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), institución que financia completamente tales estudios.