



“Lo que no se cuenta a los médicos”. Resistencias y coexistencias en prácticas de cuidado

Carlos Barría Oyarzo (Dr. en Antropología Social UNSAM - UNPSJB)

En este capítulo busco describir las experiencias de un grupo de mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia que son objeto de las políticas focalizadas que buscan encausar sus prácticas a un modelo de cuidados deseado. Desde una perspectiva decolonial, propongo caracterizar la posicionalidad de las mujeres en este contexto y su capacidad de agencia. Así se da cuenta del modo particular en que algunas mujeres producen prácticas de negociación, resistencias y alteración al control sanitario, donde los silencios y los cuidados adquieren sentidos diversos. Se caracteriza la recuperación de memorias, reactualización de saberes y prácticas vinculadas al sostenimiento de la salud en relaciones familiares, comunitarias e intergeneracionales en el contexto migratorio.

Como observamos en el capítulo cuatro, “las extensiones” en ambos barrios se caracterizan por la construcción de una red migratoria, vínculos de paisanaje y relacionalidad que se materializan a través de la cohabitación en un espacio que permite sostener prácticas que rememoran y resignifican las prácticas de origen. En este contexto, se produce un modo particular de habitar los espacios que por momentos se presentan disputados por diversos tipos de adscripciones e identificaciones signados por diferentes modos de desigualdad. Es en la interacción con las personas que habitan estos espacios donde toma forma la política sanitaria.

Me interesa dar cuenta de las experiencias de mujeres provenientes de zonas rurales de Bolivia en las relaciones con efectoras de salud y los modos en que conciben y construyen el cuidado de la salud. De esta manera, observamos las particularidades que adquieren las relaciones con “doctorcitas” —efectoras de salud—, “paisanas” —personas de la comunidad—, saberes no biomédicos sobre la salud, las celebraciones y

la propia comunidad como modos en los que se producen cuidados en este contexto donde coexisten diferentes racionalidades.

En los sucesivos encuentros con mujeres migrantes fui dando cuenta del modo en que identifican a las trabajadoras comunitarias y algunas médicas, como “doctorcitas”. Este es el diminutivo de “doctora”, grado académico por el cual suele reconocerse al personal médico, incluso no habiendo obtenido este título académico de posgrado. En este contexto, por extensión, las mujeres identifican a todo el personal de salud uniformado como doctores y doctoras. Por su parte, el diminutivo es de uso común y característico del castellano andino. Como explica Church (2019: 28), el diminutivo suele utilizarse en sustantivos y adjetivos “para expresar cariño, modestia y cortesía deferencial”. En este caso da cuenta del respeto que le expresan al personal sanitario y la cercanía con la que identifican a algunas trabajadoras comunitarias. Por otro lado, las mujeres identifican como paisanas a aquellas que son del mismo lugar origen, aplicándose la mayoría de las veces a quienes provienen de la misma región y solo en algunos casos para connacionales de Bolivia.

6.1 Entre doctorcitas y paisanas. Teresa y los cuidados

En una de las salidas con Diana durante 2017 a la extensión del San Cayetano, comenta: “Ahora vamos a pasar a ver si está Teresa. Ella tuvo un bebe hace poco”. Llegamos a la mitad de la manzana del Zanjón y nos paramos fuera de un portón negro. Me asombra la capacidad de ubicación que tiene Diana. Le digo que para mí todos los portones son muy parecidos, por lo que se ríe. Me dice que es hasta que te ubicas, si no vas preguntando.

Golpea el portón con la mano y grita: “¡Teresa!”. Espía por un agujero entre el portón y una chapa y vuelve a golpear. Se abre el portón corredizo, enorme y al parecer pesado, por la cara de fuerza de Teresa. Diana la saluda con dos besos, uno en cada mejilla, y me presenta: “Ando con compañía”. Le dice que soy un compañero y que estoy haciendo un trabajo de la universidad, por lo que voy a andar un tiempo por el barrio con ella. Nos saludamos, también con dos besos. Diana le pregunta cómo está y

cómo está su bebe recién nacida. Ella le dice que bien, con una sonrisa en la cara. Diana le pregunta si la podemos conocer y Teresa contesta que sí y nos invita a pasar. Ingresamos a un patio de tierra, semitechado con chapas, de aproximadamente 5 metros por 4. En el medio del patio unas sogas con ropa tendida. Hay cuatro niños, de entre 2 y 10 años jugando, algunos nos observan. A un costado hay algunas jaulas de animales. Identifico gallinas, pollitos, patos y varios perros sueltos. En el fondo del patio, a unos 4 metros del portón, una construcción de material, ladrillos huecos a la vista. Diana le comenta: “Pusiste rejas”, a lo que ella le contesta que sí, por la bebé. Teresa sube los dos escalones que la llevan a la puerta de su casa y nos dice que pasemos. La trabajadora me dice por lo bajo, antes de entrar, que es la primera vez que entra a la casa. Después me cuenta que siempre hablaba con ella en el patio o la vereda.

Ingresamos a un espacio de unos 4 metros por 4 aproximadamente, donde hay una mesada, un horno y un lavarropas contra la pared donde está la puerta por la que ingresamos. En la pared de nuestra izquierda hay una heladera y una puerta a otra habitación. Sobre la pared de nuestra derecha hay una cama de una plaza y otra puerta. Contra la pared que está frente a la puerta de ingreso hay una cama de dos plazas, donde se encuentra la beba envuelta en una manta rosada. Sobre esta pared hay un cartel de 1 metro por 1 metro aproximadamente, hecho de poliestireno expandido, pintado de color azul, donde se puede leer “Johan, mi bautismo y corte de pelo”. Las paredes son de revoque de cemento a la vista.

Teresa es una mujer de 38 años, de contextura robusta y estatura baja. Es de tez morena, ojos rasgados, pómulos prominentes y cara alargada. Usa un gorro de lana y su pelo lacio recogido en una trenza. En su sonrisa se pueden ver dos dientes dorados, lo que presumo es oro. Tiene un buzo de hilo azul, un pantalón de algodón (jogging) y ojotas. Usa dos aros dorados en sus orejas.

Diana levanta a la beba de la cama y la sostiene en brazos. Nos paramos al lado de la cama y observamos a la beba, mientras Diana le pregunta a Teresa cómo anda. Nos cuenta que la operaron del apéndice. Se nos dificulta entendernos. Evidentemente su lengua materna no es el español. Nos dice que la vio un médico, un mes después de la cesárea y le dijo “¿cómo no lo vieron cuando te hicieron la cesárea?”. Diana le pregunta cómo anda ahora. Teresa comenta que está mejor, pero que estuvo medio mal. Diana le dice que la ve pálida y le pregunta qué está comiendo, si está comiendo bien.

Teresa le explica que come caldos, con apio, cebolla, zanahoria, zapallo y a veces carne. Diana le dice que tiene que comer todas las comidas, al levantarse, almuerzo, merienda y cena. Diana deja a la beba nuevamente en la cama y le pide la libreta, para ver los controles y vacunas de la recién nacida. Teresa va a la habitación de al lado y trae una bolsa transparente, de dónde saca varios papeles y se los entrega. Nos cuenta que es prematura, que nació con ocho meses. Diana le pregunta si le está dando la teta. Ella dice que sí, pero que el médico le dio otra leche. Va hasta la mesada y nos muestra una lata de leche “fortificada para prematuros”. Nos dice que se le acabo y que no encontró de la misma. “Está como 400 pesos el pote chico, por eso compré otra más grande”, mostrándonos otra lata de leche de marca Nido, que dice estaba 200 pesos. Diana le explica que no es lo mismo, que trate de conseguirle la otra. Anota en su planilla datos de los papeles que le dio Teresa y le dice que le va a dar un “turno especial” para control pediátrico, para que lleve la beba, ya que le falta el control. Teresa asiente, recibe el papel y vuelve a guardar los papeles en la bolsa. Dice que anda bien la nena, que solo tiene susto ahora, algo que Diana deja pasar y en lo que quedo pensando⁴².

Habiendo terminado la tarea más “administrativa”, Diana le pregunta por el cartel que hay en la pared que dice “Johan, mi bautismo y corte de pelo”⁴³. Teresa nos cuenta que es del bautismo del nene, que tiene 6 años. Enseguida va a buscar un álbum de fotos del evento que tiene sobre la heladera. Diana me comenta por lo bajo: “Viste que ellos hacen sus fiestas diferentes...”. Nos muestra un álbum con fotografías en la iglesia y en el patio donde se hizo la fiesta. Le pregunto por qué le cortan el pelo en el bautismo y ella nos comenta que de esa forma le sacan el demonio, los cabellos representan las serpientes del demonio. También nos cuenta que a veces los niños nacen con la espalda un poco roja o morada, ya que es un “golpe de dios, de Jesús, para que nazcan” y que por eso es importante bautizarlos y cortarles el pelo. Todos los invitados del bautismo pagan por un mechón de pelo. Diana le pregunta por los padrinos, le dice que ella sabía que era diferente a “nuestras fiestas”. Teresa nos cuenta que los padres

⁴² Si bien esta tesis no se propone un acercamiento epidemiológico ni busca dar cuenta de una clasificación diagnóstica y de tratamientos de la “medicina tradicional”, es necesario reconocer algunas particularidades de esta. En palabras de Ramírez Hita (2005) el susto es una patología popular frecuente en la zona andina. En la cosmovisión quechua el individuo se compone de tres almas. Una de ellas es el ánimo, que cuando se desprende del cuerpo provoca la enfermedad del susto y puede provocar diarrea, imposibilidad de dormir, malestar general y hasta la muerte, particularmente en niños.

⁴³ La práctica del Ritual del “Bautismo y corte de pelo” data de la época prehispánica y tiene vigencia en nuestros días particularmente en los Andes, el norte argentino, Bolivia y Perú (Vargas, 2015).

elijen padrinos de la música, de la bebida, de la decoración y esos deben hacerse cargo de esos bienes materiales. Con Diana nos mostramos interesados en lo que Teresa nos comenta. La niña comienza a llorar, yo estoy cerca de ella y le pregunto a Teresa si la puedo levantar, a lo que Diana me responde: “Sí, levántala”, y Teresa asienta con la cabeza. La tomo y la hamaco hasta que deja de llorar.

Diana le dice a Teresa que aquí es diferente, que cuando uno hace una fiesta debe pagar todo, mientras se ríe. Le pregunto a Teresa qué pasa si uno no tiene plata para los gastos. y me responde que generalmente no dicen que no, a no ser que no quieran al niño que se bautiza. Nos comenta que en los casamientos es igual. Va a otra habitación y trae dos portarretratos de dos fiestas de casamientos a la que asistieron. En una de las fotos se ve a Teresa, su pareja y entre ellos dos una pareja joven, los casados. Están en un salón de fiesta. Detrás se deja ver el decorado con telas y algunas mesas. En el pelo y los hombre tienen papel picado blanco y de la vestimenta de los recién casados cuelgan muchos billetes de 100 pesos que los invitados van prendiendo con alfileres a su ropa. Delante de ellos se ve un lavarropas, que fue el regalo que ellos le hicieron a sus ahijados. En esa fiesta nos cuenta que fue la madrina de las flores y canastillas que se pueden ver en la foto. Nos cuenta que esos canastos y arreglos florales son caros y dice que le costaron unos cuatro mil pesos cada canasto. En la otra foto que nos muestra, se ubican de la misma forma frente a la cámara, con otra pareja de recién casados. En esta foto también se muestran las tiras de billetes colgados de los trajes de los novios. En esa fiesta ellos fueron los padrinos del “velo y saca velo”. Le preguntamos qué es eso y nos cuenta que la madrina debe sacarle el velo a la novia y envolverlo en un awayo como para colgarlo a la espalda. Saca un awayo que tiene doblado entre mantas sobre la cama de una plaza y nos lo muestra. Allí los padrinos y los invitados deben poner plata. Lo dobla en la posición que corresponde para la ceremonia y nos cuenta que ella ha puesto cuatro mil pesos y su esposo otros cuatro mil. La novia luego se va con ese awayo colgado con el dinero dentro, lo cual representa la fertilidad y la descendencia. Estos portarretratos son regalo de los casados a los padrinos, en los cuales se agrega de manera digital el nombre de los casados, el nombre de los padrinos y el regalo por el cual apadrinaron, en estos casos “flores y canastillas” y “velo y saca velo” respectivamente.

Diana hace chistes con relación a que los argentinos perdemos plata. Dice que está bueno que te casas o hacés una fiesta, te regalan todo y te quedás con plata. Teresa comenta que pueden llegar a juntar unos 100.000 o 200.000 pesos argentinos. Nos asombramos por la cantidad de dinero. Diana le pregunta si eso es una costumbre de donde vienen. Nos cuenta que ella es de Punata, que allá no se festejaba así porque no había tanta plata. Se hacía la fiesta pero no tan grande. Le pregunto de que trabajaban allí y me cuenta que en la cosecha, pero no les alcanzaba para hacer las fiestas que hacen aquí. Nos comenta que ella se va a casar a fin de año y en febrero va a festejar el bautismo de su otro hijo.

Retomo el tema del susto: “Recién dijiste que estaba con susto la bebe... ¿qué le pasa?”. “Ah... porque no puede dormir de noche y tiene como una bolita en la espalda”, me dice. Comenta que es por esa bolita que cuando se la tocan llora mucho, eso es porque tiene susto y, además, el otro día sus otros hijos cerraron la puerta muy fuerte y la bebé se asustó. Por esto a veces no puede dormir bien a la noche. Me dice que cuando no puede dormir, ella la llama por el nombre “para que vuelva... Lucía Agustina, Lucía Agustina” y hace señas con la mano como si llamara a alguien. Recuerdo algo que había leído sobre el susto, por lo que le pregunto si es para que vuelva el alma, y me dice que sí, “para que vuelva el alma a su cuerpito, que si no se va con el diablo”. Le pregunto sobre cómo se cura el susto. Me dice que lo lleva a lo de una paisana curandera, a lo de doña Mercedes, una mujer que también visita Diana. Dice que ella le hace algo en la espalda y le cura el susto. Le pregunto si a los médicos le cuenta de esto. Se ríe mirando para abajo y dice que no, “ellos no saben curar eso. Lo llevo a la curandera”.

El awayo sigue sobre la cama. Diana le pregunta cómo se llama esta tela, a lo que responde que es un awayo, con el que cargan los niños a la espalda para que no se cansen los brazos. Diana dice que eso es lo que más llama la atención, ya que acá la gente no usa eso, que al principio era raro verlo en la calle, pero que ahora ya se ve más. Teresa nos cuenta que una vez las paró la policía cuando andaba con su comadre y su hijo en el awayo. Las paró y les dijo que por qué llevan los chicos así, que así les hacen mal. Ellas les responden que los llevan así porque les cansan los brazos. Teresa nos cuenta que los policías les dijeron que la próxima vez que las vean así, les iban a sacar a los nenes y que les iban a hacer una denuncia. Le pregunto sorprendido cuándo fue esto y me dice que hace mucho tiempo, cuando habían llegado, hace unos 10 años. Diana

naturaliza la situación con una sonrisa y diciendo: “Claro, ese fue el primer tiempo que no se veía tanto”. Dejo al bebé, que ya está dormida nuevamente en la cama y la tapo. Le pregunto si siguen llevando a los niños en los awayos. Me dice que en la calle no, porque además a su hermano no le gusta que lleve a los niños así. Les dice que eso es de “boliviana de mierda” que “estamos en Argentina, acá no se hacen esas cosas”. Me cuenta que, una vez, él la vio en la calle llevando al niño en el awayo y le pego un “coscorrón” en la cabeza. Teresa se sonríe con naturalidad. Nos cuenta que a su hermano le da vergüenza que lleven a los niños así. Le pregunto por qué y me dice que porque estamos en Argentina y aquí no se hacen esas cosas. Ella me cuenta que, a veces, él le dice “ahí están tus bolivianos” de una manera despectiva, refiriéndose a otras mujeres que llevan awayo. Me asombra mucho lo que me cuenta Teresa. Le pregunto si su hermano es también de Punata y me dice que sí, con una sonrisa. Me cuenta que él es padrino de muchas parejas y también que los padrinos tienen que intervenir cuando hay problemas en las parejas también. Me muestro interesado en lo que cuenta y le pregunto en qué casos por ejemplo. Nos dice que por ahí cuando un hombre le levanta la mano a una mujer tiene que intervenir el padrino. Le pregunto si se da mucho eso y ella dice que más o menos, que lo que pasa es que algunos toman y no se controlan. La niña comienza a llorar y Teresa la levanta.

Diana mira la hora y dice que se hizo re tarde. Silvia nos esperaba. Le comenta a Teresa que vamos a seguir camino, que se cuide, coma bien y que lleve a la nena a control, que la próxima visita le trae el otro turno. Teresa deja a la beba en la cama y nos acompaña hasta el portón. Cuando salimos, veo nuevamente las gallinas y le pregunto si son para la familia o las vende. Me dice que a algunas las comen y a otras las venden a los vecinos. Le agradezco a Teresa y nos despedimos. Diana le dice: “Que andes bien madre, cuidate”, y que la otra semana pasa. Teresa se queda en el portón llamando a uno de sus perros que salió a la calle, mientras nos alejamos. Afuera hay algo de humo y olor a basura quemada que viene de otra calle. Ya son las 12:15 del mediodía. En el camino de regreso, Diana me cuenta que el marido de Teresa le ha pegado a ella, pero que eso no lo cuenta. Me dice que hubo un tiempo en el que aparecía golpeada y ella decía que había sido un accidente doméstico. Le pregunto qué hacen en esos casos y me responde que tratan de hablarles, diciéndole que no está bien que les peguen, que pueden confiar en ellas, pero que lamentablemente si ella no hace la

denuncia no pueden hacer nada. Me dice que hay muchos casos de violencia y que por ahí los vecinos les cuentan.

Diana me dice que Teresa es bastante abierta y que a veces cuesta hacer vínculo con ellas, ya que son muy “calladitas”, haciendo referencia a las mujeres provenientes de Bolivia. Pienso en todo lo que implica el silencio en estos espacios y le digo que por ahí no se sienten en confianza o prefieren callar saberes que no son bien vistos por los médicos, por ejemplo, intentando relativizar lo que me dice. Diana asiente y dice que los médicos por ahí no les explican nada o las retan. Me comentan que antes realizaban actividades comunitarias de prevención y promoción, a veces en sala de espera, “pero ya no tanto, porque no hay equipo de trabajo”, explica, lo cual se inscribe en las lógicas de tensión entre un trabajo centrado en la salud comunitaria y la asistencia verticalista como observamos en el capítulo tres.

A través de este tipo de encuentros puede comenzar a conocer otras dimensiones de las experiencias de mujeres vinculadas con el cuidado de la salud. En muchos casos, la relación con efectoras de salud, con una apertura a relatos diferentes a los biomédicos, facilitaron esta tarea en una escucha activa y vínculos respetuosos de la diferencia. En este sentido, a través de la trayectoria de Teresa podemos identificar algunos elementos que nos permiten pensar el modo en que construye sus prácticas de cuidado en el proceso migratorio, en la interacción con el sistema de salud y una comunidad de referencia, la punateña. En el caso de Teresa, los cuidados aparecen en vinculación con una racionalidad no biomédica, que involucran la espiritualidad y vínculos con miembros de la comunidad punateña. Da cuenta de diagnósticos diferenciales ante algunos padecimientos, quienes saben curar determinados malestares, a quienes se puede contar y a quienes no. Asimismo, observamos algunos recuerdos traumáticos sobre el parto, en la relación con efectores y efectoras de salud.

La trayectoria de Teresa se encuentra atravesada por diferentes procesos migratorios y necesidades familiares que la llevaron a trabajar desde pequeña para ayudar a su madre y hermanos. En otros encuentros, me comenta que su madre sigue trabajando en la cosecha y la venta ambulante de sus productos en Punata. Su padre falleció cuando ella era niña, por lo cual, como hermana mayor de tres hijos, no pudo ir a la escuela y tuvo que dedicarse a trabajar. A los trece años Teresa se fue a vivir con los tíos a la ciudad de Trinidad, donde aprendió a hablar español y vivían de la venta

ambulante de bijouterie, regresando a los quince años a vivir con su madre. En Punata conoce a su marido, con quien se casa a los dieciocho años y migran a la ciudad de Córdoba, Argentina, cuando ella tiene veintidós años. Allí tuvieron sus primero tres hijos y luego migraron a Comodoro Rivadavia, hace aproximadamente 10 años, donde tuvieron sus otros tres hijos.

Las migraciones en su historia aparecen siempre como una posibilidad de mejora económica, a través de redes que en muchos casos facilitan el acceso a trabajo, vivienda y el asentamiento en el nuevo lugar. Teresa, como muchas otras migrantes, ha trabajado en la pesquera de Comodoro, como fileteadora. Esta actividad altamente feminizada se caracteriza por malas condiciones de seguridad laboral y vulneración de derechos laborales. A causa de los riesgos de accidentes en la empresa y la necesidad de estar en la casa por el cuidado de sus hijos, Teresa manifiesta que su marido “no la dejó” trabajar más. Este tipo de actividades laborales traen aparejados algunos padecimientos vinculados con el frío en cámaras frigoríficas, así como aquellos vinculados a las condiciones de escasa seguridad laboral y tipo de contrataciones. En otro encuentro con Gabriela, una vecina de Teresa, cochabambina, que trabaja como fileteadora en una empresa pesquera, me comenta que en la empresa mientras trabajaba se le cayeron unas cajas de mercadería en la espalda, por lo cual quedó con un dolor crónico y no pudo volver a trabajar. Asimismo, la empresa no cumple con la asistencia necesaria para estos casos. Así, las condiciones de salud se ven afectadas por el tipo de trabajo que algunas mujeres deben sostener en condiciones de precariedad. Otras investigaciones han dado cuenta de los procesos de salud, enfermedad y cuidados de grupos migrantes en contextos de “explotación laboral” y vulnerabilidad (Goldberg, 2013b, 2014; Linardelli y Goldberg, 2018), donde los modos de vivienda y trabajo están asociados a la incidencia de determinados padecimientos. Si bien este no es el objeto de esta tesis, se hace necesario dar cuenta de estos procesos que hacen parte de las condiciones de vida en la ciudad de Comodoro Rivadavia, donde la población migrante, particularmente boliviana, cumple labores en condiciones de precariedad.

A través de sus relatos, Teresa da cuenta de redes, vínculos familiares y de “paisanaje” que constituyen una comunidad punateña en la extensión del San Cayetano. Estos vínculos cobran relevancia en los festejos, situaciones de mutua ayuda y en la atención y cuidados de la salud. En este sentido, Teresa sostiene vínculo con algunas

personas que saben curar o paisanas con quienes comparten saberes o información sobre el campo de la salud, a quiénes recurrir en cada situación, a qué instituciones ir para cada necesidad y a qué profesionales de salud.

En otro encuentro con Teresa, por fuera de las visitas de trabajadoras comunitarias, me relata lo traumático que fue su último parto. El nacimiento se adelantó un mes a la fecha estimada, lo que ella atribuye a un “antojo” que tuvo cuando vio a la hija de una comadre comer cerezas. Su deseo de cerezas, que no pudo conseguir por ningún lado, fue tan fuerte que produjo el adelanto del parto. Empezó con pérdidas por la tarde y en la noche, cerca de las 22:00 su marido la llevó al hospital. Allí, luego del control por ecografía, un médico le dijo que su bebé estaba muerto y que le iban a hacer una cesárea, por lo cual le hicieron firmar muchos papeles. Recuerda con tristeza ese momento y el malestar que le produjo esa noticia. “Hasta a mí me dijo que podía morir”, comenta. Luego de la operación su hija de 12 años le comunica que el bebé estaba vivo. Recuerda una médica, “una doctorcita buenita”, que la calmaba y la llevó a la sala donde estaba su hija para conocerla. Comenta que hasta que no vio a su hija bien no se tranquilizó. Teresa tuvo a sus hijos anteriores por partos no quirúrgicos asistidos en hospitales. Me explica que recuerda cómo es el parto, pero en esta ocasión la operaron. Recuerda que se hizo todos los controles en el centro de salud, que la mandaba siempre “la doctorcita Diana”, trabajadora comunitaria, a hacerse las ecografías.

Al mes de la cesárea, Teresa comenzó con dolores fuertes en el vientre bajo. Comenta que la volvieron a operar y me muestra la cicatriz de una operación al costado de la cicatriz de la cesárea. Refiere un dolor insoportable en el vientre, por lo que tuvo que pedirle a un vecino y paisano que la lleve de urgencia al hospital:

Ya no podía aguantar el dolor de la panza. Me dolió. El pecho me está hinchando, le dije. Casi dos horas me ha hecho esperar allá. Por la guardia entramos. Pero ahí no más no me operaron. Me han hecho esperar, esperar, esperar. Nunca apareció el doctor y ya no podía aguantar y le digo, no puedo aguantar, le digo. Después recién vino el doctor y me dijo, qué te pasa, aquí me duele [mostrando el vientre]. Qué cosa comiste. Nada no le comí, le digo, lo que me ha recetado, la comida, eso comí, sopita no más le comí. Nada, ni frito, ni gaseosa. Agua mineral, agua mineral y eso. Por ahí mal te ha operado los doctores, me dijo. No sé, no me acuerdo yo tampoco y por ahí malo me ha operado, le digo (Entrevista con Teresa, 2017).

Finalmente Teresa fue operada de apendicitis⁴⁴ en el hospital. Refiere una comunicación muy dificultada con los médicos, ya que no logra comprender lo que ellos le dicen. Teresa intenta pronunciar palabras médicas de algunos diagnósticos sin recordarlos o saber su significado. Si bien comenta que la operación fue más dolorosa que la cesárea, explica que se recuperó rápido porque estuvo comiendo mucha gelatina y flan, lo que es bueno para las heridas y operaciones, algo que aprendió de “otras doctorcitas en Bolivia”.

En relación con el control de la natalidad Teresa no sabe si tiene hecha la ligadura de trompas. Comenta que no quiere tener más hijos, porque ya está grande y pasó mucho miedo con el último embarazo. Lo habló con uno de los médicos del hospital antes de la última cesárea, donde ella confirmó, luego de hablarlo con su marido, que quería realizarse la ligadura. Allí refiere que le hicieron firmar muchos papeles, pero tiene la duda si realmente se realizó la intervención. Previo al último embarazo utilizaba los anticonceptivos inyectables que se colocaba en el CAPS, aconsejados por “la doctorcita Diana”. Dejó de inyectarse dos meses antes del embarazo, ya que, según explica, estas la estaban haciendo engordar. Comenta: “Por eso le dejé, dos meses no más, porque mucho hace engordar. Le digo, estoy engordando muy feo y los pantalones ya no me entran”. Cuando Teresa comenzó a sospechar del embarazo acudió a Diana en el centro de salud, quien la acompañó a realizarse un test rápido de embarazo.

En las tareas de cuidado de su hija menor se destaca la labor de sus otros hijos, especialmente de su hija mayor, quien cuida a su hermano cuando Teresa no está en su casa, lo alimenta, lo asea, lo viste y calma cuando llora. La familia nuclear también cobra relevancia en otras tareas, debido a que los niños adquieren progresiva responsabilidad en sus tareas. Esto se evidencia en el relato sobre la construcción de la casa donde viven actualmente. Comenta que su marido, que trabaja en la construcción levantó la casa en tres días con ayuda de la familia: “Nosotros pasamos la mezcla y mi hijo le pasa el ladrillo y los otros más chiquititos ayudan. Llega del trabajo una pared la termina, llega del trabajo una pared la termina y ya. Otro día las chapas, y así en tres

⁴⁴ Es una afección en la cual el apéndice se inflama. El apéndice es un pequeño saco que se encuentra adherido al intestino grueso, en el lado inferior derecho del abdomen. A medida que la inflamación empeora, el dolor de apendicitis por lo general se incrementa y finalmente se hace intenso. El tratamiento estándar es la extirpación quirúrgica del apéndice.

días”. Estas prácticas de trabajo colaborativo nos remiten al “ayni” de las comunidades quechuas y aymaras de los andes bolivianos, vinculado al intercambio común entre los íntimos, basados en la reciprocidad y la ayuda mutua para el bien común (Seto, 2016).

En la historia de vida de Teresa, sus relatos y las relaciones con “doctorcitas” —trabajadoras comunitarias y médicas— y “paisanas y paisanos” —familiares y miembros de la comunidad punateña— pueden observarse las particularidades que adquieren los cuidados de la salud en este contexto. Teresa da cuenta de una comunicación dificultosa con el personal médico, habiendo atravesado una situación traumática que recuerda con dolor en el nacimiento de su última hija. Como iremos viendo, a partir de estas relaciones y los saberes, que muchas veces entran en conflicto en el contexto migratorio, se producen los cuidados, en tanto modo de dar respuesta a los padecimientos y sostener la vida.

6.2 Lo que los médicos no saben. Los cuidados y las memorias migrantes

Teresa hace referencia a algunos padecimientos que los médicos no saben curar, como el susto. En su relato, identifica a Mercedes como una paisana que sabe curar este tipo de malestares. El padecimiento al que refiere parece ligar al mundo espiritual con el cuerpo orgánico. La raíz del problema está en un susto, algo repentino que sucedió y ha dejado a la niña asustada. Esto le trae aparejado problemas para dormir y un malestar general. Para su tratamiento, Teresa acude a Mercedes, quien tiene un don para curar y cuando por las noches no puede conciliar el sueño debe llamarla por su nombre. Esto último —según comenta Teresa— trae el alma nuevamente a su cuerpo. Explica que Mercedes le enseñó: “Hay que llamar, llamar. Con aceitito se dice tres palabritas, tienes que poner aquí un crucita [se señala la frente con el dedo pulgar] diciendo su nombre”.

Mercedes, de quien hablamos en el capítulo cuatro, es una mujer punateña quechuahablante de 44 años, a quien también conocí a través de las visitas con Diana. Tiene esa cadencia típica en el hablar que ya puedo identificar en quienes son hablantes quechua y han aprendido el castellano como segunda lengua. Luego de varias

referencias que nos hicieron mujeres del barrio sobre ella y con el interés que compartimos con Diana por conocer sobre estas prácticas decidimos visitarla. Entramos por el pasaje sin salida del Zanjón, donde hay muchos perros que nos ladraban. Diana me dice que el secreto es no mirarlos ni demostrarles miedo. Ella golpea una de las últimas puertas del pasaje, un portón de chapa de tambor. Golpea con fuerza y tira piedritas sobre la casa de chapa. Atiende enseguida Mercedes y nos hace pasar cuando ve a Diana. En julio de 2017 yo había conocido a Mercedes, en una visita muy corta. Aquella vez Diana había pasado a controlar el PAP que debía hacerse.

Al ingresar a la casa de Mercedes, me doy un golpe en la cabeza con el marco superior de la puerta. Mercedes se ríe y dice: “Acá no somos muy altos”. Entramos a un patio, de 2 metros por 5, semicubierto con chapas en el techo y piso de cemento. Al fondo del patio hay una mesa y tres sillas. Al lado de la mesa un árbol de unos dos metros. Detrás de la mesa se puede ver a través de algunas chapas una huerta. Nos sentamos en unas sillas que nos alcanza Mercedes. Diana le pregunta por las chivas, ella le dice que las tiene encerradas. Mercedes esta con una niña de unos dos años. Nos cuenta que es su nieta, la hija de su hijo mayor, que vive con ella. Diana le pregunta por el resto de su familia y nos cuenta que su marido está trabajando y que su hijo menor, de 20 años, va a ser padre, que se juntó con una chica, una paisana del Abel Amaya, otro barrio. Mercedes nos dice que ya va a volver a vivir con ella su hijo, cuando la chica tenga al niño. Diana le dice en broma: “Vos los querés a todos acá a tus hijos”. Mercedes se ríe.

Diana sigue hablando de las chivas. Recuerda que antes tenía un montón. Margarita dice que sí, que ahora se quedó con pocas, que vendió varias. Diana se ríe y me dice que ella las re quiere a sus chivas. Mercedes dice que cuando llego hasta dormía con sus chivas. Una la ponía de almohada y las otras a los costados. Diana le dice a Mercedes que nos contaron que ella curaba el susto. Mercedes dice rápidamente que no, con cara de desentendida. Intuyo que quizás es algo de lo que no quiere hablar, sobre todo con una representante del centro de salud, como lo es Diana, quien le pregunta en tono alto, modulado e algo inquisitivo sobre estas prácticas. Intento comentarle amablemente que a nosotros nos interesa saber acerca del susto y del empacho, que nos habían contado que algunas personas curaban. Ahí nos comenta que

su marido es el que cura el susto. Nos mostramos interesado y le preguntamos cómo es que lo cura. Nos cuenta que con incienso y “millo” los sahúma y hace unas oraciones.

Le preguntamos a Mercedes sobre cómo se aprende a curar el susto. Nos dice que ella sabía curar, pero lo dejó de hacer porque le hacía mal. Quedaba con malestar luego de curar. Nos cuenta que su pareja le dijo que no lo haga más porque se podía volver loca. Nos dice que es un don y que el padre de su pareja todos los años hace ofrendas a la Pachamama para poder tener ese don. Mata un animal, le dan alimento y bebida a la Pachamama. Le preguntamos si acá ellos también hacen ofrendas. Nos cuenta que sí, pero en familia. Cada familia se junta para los carnavales y en sus casas hacen la celebración. Le pregunto si tienen a sus padres vivos. Me dice que sí, que están en Punata. Ella vive hace 8 años en Comodoro. Diana le pregunta por su huerta. Ella le dice que están creciendo algunas plantas nuevas. Le pregunto si puedo verla. Me asomo por una pared baja que daba a la huerta. Tiene una huerta de unos 5 metros por 3, donde tiene algunos árboles frutales y hortalizas. Diana le toma unos datos en su planilla, sobre quienes están viviendo en su casa, su marido y dos de sus hijos. Luego de esto le dice que vamos a seguir camino. Nos despedimos de Mercedes hasta la próxima.

En visitas posteriores que realizamos con Brígida a Mercedes, damos cuenta de la relación especial que tiene con la huerta, la cosecha, sus animales y los paisanos. En estas relaciones Mercedes rememora su vida en el campo, Punata, así como intenta trasladar semillas y especies de plantas que no se consiguen en Comodoro y nos muestra con orgullo en su huerta. En el campo Mercedes trabajaba en la venta de flores, lo que implicaba caminatas diarias de varias horas, incluso en los momentos en que estaba embarazada, lo cual recuerda que apuró las situaciones de parto, cuando tuvo a sus hijos asistida por una cuñada que acompaña estos procesos.

Cuando le consultamos a Mercedes por las curaciones de susto y empacho, nos comenta que su marido cura a los niños del susto. Los paisanos se acercan cuando tienen algún malestar, sobre todo con sus hijos. A través de inciensos y yuyos que mandan a buscar a Bolivia hace las curaciones. Nos comenta que el padre de su pareja “que es legítimo” le pasó el don secreto. Cuando le consultamos por los próximos a recibir el don, nos comenta que ninguno de sus hijos lo va a tener, ya que no lo quieren y no les gusta que su padre se dedique a esto. Explica que hay gente que “ve mal que las personas sean curanderas”. Si bien su marido trabaja en la construcción todo el día,

generalmente en las noches, cuando está en su casa, recibe a paisanos para las curaciones. A pesar de que Mercedes no cura estos padecimientos, tiene conocimientos sobre plantas y sus propiedades curativas a través de la preparación en infusiones. Nos habla de la manzanilla, el toronjil, la quirusilla y la canela para malestares estomacales o dolores de cabeza, que en muchos casos se traen desde Bolivia, ya que en la zona no se consigue el mismo tipo de plantas.

Las prácticas de sanación de “curanderos”, “curanderas”, “personas con el don” o “que saben curar” se inscriben en lógicas no necesariamente orgánicas de los padecimientos, donde algunos malestares son provocados por un desequilibrio en la armonía del cuerpo-alma que es necesario restituir. Estas curaciones que se realizan en general a través de la imposición de manos, gestos, oraciones y sahumerios pueden definirse como prácticas de la medicina tradicional vinculadas a una espiritualidad andina (Menéndez, 2003; Ramírez Hita, 2010). En palabras de Ramírez Hita (2010), se considera que existen fuerzas procedentes de la tierra y fuerzas del cielo que influyen en la salud de las personas. Como veremos en los siguientes apartados, los modos de cuidado de la salud son heterogéneos y se articulan de diferentes modos.

6.2.1 Propiciando diálogos. Otros modos de cuidar la salud

Durante el año 2019, realizamos un taller sobre plantas y cuidados de la salud con mujeres de la extensión del San Cayetano, en el marco del proyecto de extensión universitaria titulado “Territorialidad y prácticas socioculturales en contextos de alterización y subalternización en Cerro Solo, Comodoro Rivadavia”. Este proyecto tenía como finalidad poner en valor prácticas socioculturales en la extensión del San Cayetano contando con diferentes instancias. Se trabajó en talleres con niños del barrio sobre historia oral y migraciones, a cargo de Andrea Gago y otras compañeras de la universidad, así como en talleres de cocina con Peregrino Escobar, referente de la asociación civil Tinkunaku y el espacio cultural “El Rincón Cultural”. A partir de los vínculos que fuimos construyendo con algunas mujeres del barrio, junto a Brígida nos pareció importante construir un espacio de intercambio entre vecinas y efectores de salud sobre prácticas de cuidado de la salud y plantas curativas. Para ello invitamos a las trabajadoras comunitarias y a las mujeres migrantes que habíamos conocido en el barrio. Desarrollamos un taller de dos encuentros que estuvo orientado a resignificar prácticas ya existentes en la comunidad, tal como el cultivo de plantas medicinales. Se

buscó el intercambio de conocimientos y experiencias. Allí participaron mujeres del barrio, agentes de salud, estudiantes y miembros de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNPSJB.

Teresa facilitó el patio de su casa para los encuentros y nos puso en contacto con María, que maneja la alarma de la zona desde su casa, para alertar del encuentro a las 16:00. Cuando llegamos a la casa de Teresa, en el primer encuentro, estaban solo sus hijos, quienes nos abrieron el portón. Sabina, prima y vecina de Teresa, a quien había conocido en las visitas domiciliarias, se acercó y nos ayudó con la organización de la mesa y sillas en el patio, mientras se acercaban otras vecinas. En paralelo al encuentro que habíamos programado, también se estaba convocando a los niños del barrio para un taller en la calle, por lo que también algunas mujeres se acercaban con sus hijos. Sabina tiene 27 años, es quechua hablante y proveniente de Punata. Vive frente a la casa de Teresa con su marido y dos hijos, de 2 y 5 años. Del encuentro también participan Justina, Juana, Herminia, Karina y Janet, vecinas del barrio; Guillermina, Leticia, Liliana y Brígida, compañeras de la universidad. A los cinco minutos de iniciado el encuentro llegan Natalia y Graciela, trabajadoras comunitarias del CAPS San Cayetano. Los encuentros transcurren de modo espontáneo, con una programación no estructurada, a través de intercambios verbales y alrededor de una mesa, donde se comparten galletas y tortas fritas. Graciela luego de saludar a las mujeres del barrio, bromea diciendo que esta vez “no vienen a pedir libretas sanitarias las doctorcitas”, mientras se ríen. Sabina aprovecha a decirle que después le tiene que pedir un turno y pregunta por “la doctorcita Diana”, trabajadora comunitaria que cumplía tareas desde hace varios años en el sector y fue trasladada a otro CAPS. Liliana comenzó hablando de una planta que había llevado, el cedrón y sus propiedades para aliviar el malestar estomacal. Janet dice que ella también usa el paico que es bueno para el dolor de panza y los piojos. Nos cuenta que ella tiene un libro sobre plantas donde busca por planta y sus propiedades curativas. Posteriormente comenta que es un libro, tipo enciclopedia con imágenes, que compró a vendedores ambulantes. Nombran otras plantas, como “loco loco” y “amor seco”. Janet también es joven, tiene 28 años, es de Punata y migró con su marido e hijo hace 10 años. En Comodoro tuvo a su segundo hijo que tiene 9 años.

En la charla se habla de la planta de coca y el té de coca, que también sirve para el dolor de panza y de garganta, según comenta Sabina. Cuenta Janet que solo los

varones coquean, en el trabajo o en la noche, y algunas abuelitas. Dice que saca el sueño y el hambre. Explica que se acuerda de todo eso, de cuando vivía en el campo, en Punata. Herminia habla de la “muña”. Ella es una de las mujeres más grandes del grupo, solo habla quechua pero entiende el español. Janet traduce lo que dice Herminia, dice que la “muña” es como el orégano y sirve para el mal aliento. Explica: “En el campo como no hay hospitales, medicamentos, esas plantas usamos”.



Ilustración 31 – Fotografía. Encuentro en la casa de Teresa. Tomada por Guillermina Oviedo (2019).

Guillermina pregunta por una pasta negra que se mastica junto a la coca y Juana habla de la “iusta”, que es para que la coca largue el jugo y no sea tan amarga, al igual que el bicarbonato de sodio, que explica se puede consumir junto a la coca. Cada tanto suceden varias conversaciones en simultáneo o los niños ingresan y toman la atención de algunos de nosotros. Juana habla de la “quilla quilla” con ají y comenta que en su casa tiene plantado, eso y flores. También habla de la ruda, que muchos toman en el desayuno dice. Sabina cuenta que también sirve para sacar “la maldad, las malas energías”. Se hierve y con el agua se limpia el piso o a las personas.

Hablan del carnaval. Dicen que este año se hizo en calle Andrade. Allí hubo fiesta y se hizo carrera de niños. Janet dice que su hijo ganó una carrera y le dieron 200 pesos. Herminia dice en quechua que el día del carnaval estuvo hasta tarde de fiesta, lo

que Janet traduce. Graciela, que hasta el momento permanecía callada y escuchando atenta, comenta que siempre alguien le traduce a Herminia. Comenta que ellas cuando hacen las visitas le hablan y Herminia responde en quechua. Sabina dice que entre ellas hablan quechua, pero que a su pareja no le gusta que hable y que cuando ella lo hace él le dice “háblame bien”.

En este encuentro se reiteran las percepciones negativas sobre curanderos y curanderas de la que nos hablaba Mercedes. Cuando hablamos de la cura del empacho o el susto, si bien muchas acuden a estas prácticas de sanación, reconocen que hay personas dentro de la misma comunidad, paisanos, que hablan mal de ellos, “o les tienen miedo que hagan algún mal”, explica Sabina. Ella hace la distinción entre “personas que saben curar” y “curanderos”. Las primeras solo se dedicarían a sanar algunos padecimientos, en cambio los curanderos usan yerbas, tiran las cartas o “leen la suerte” con hojas de coca. Las mujeres también dan cuenta de saberes para la curación que pueden realizarse sin acudir a otras personas. Sabina explica que para curar el empacho hay que hacerse una cruz de sal en la palma de la mano y comerla o hacérsela comer al niño empachado. Lo mismo explica que hay que hacer para el “deseo”, que es cuando una mujer está embarazada y tiene un antojo. Si no quiere que el niño salga marcado, debe hacer lo mismo pero con una cruz de azúcar.

Cuando Sabina comenta sobre el susto explica que se tiene que llamar al bebé por su nombre y con la ropa del bebé en las manos. Luego hay que acostar al niño sobre su propia ropa. Herminia comenta algo en quechua. Janet traduce que lo mismo se puede hacer con un huevo para curar el susto. Si el niño está empachado se le pasa un huevo por todo el cuerpo y luego se lo rompe en un vaso con agua para quitarle el malestar. Sabina comenta que su hijo estuvo muy mal hace unos años, con susto. Lo llevó a una mujer que sabe curar en el barrio Abasolo. “Ella le dio unos golpes en la espalda e hizo unos rezos”, comenta. Primero lo había llevado al médico, pero le decían que no tenía nada. Cuando lo llevó a la mujer que cura, comenta que le decía que como lo había dejado estar tanto tiempo, ya que el niño estaba muy mal. Dice que el arrebató le da cuando se le pega mucho a los niños o se asustan. Cuenta que después dejó de pegarle al niño. Cuando le preguntamos si esta mujer es curandera comenta que no, sabe curar niños, que con solo mirar a los ojos ya sabe que tienen.

Esto es algo que las mujeres no cuentan al personal de salud y son saberes que circulan en la comunidad, así como la información sobre a qué lugares acudir cuando se necesita un médico. Juana comenta que al centro de salud municipal del Moure no van, “porque no quieren atender a las paisanas. Hay mucha discriminación”, explica, por lo que eligen acudir al CAPS, donde además tienen vínculo con las trabajadoras comunitarias, las doctorcitas. Luego de que se retiran las trabajadoras comunitarias, Brígida pregunta si con los médicos hablan del tema de las plantas y las infusiones. “No les decimos nada”, explica Sabina mientras se ríe. Janet comenta “¿Para qué te estas intoxicando?”, eso nos van a decir. ‘Si sabés de las yerbas, andá a curarte vos sola’, tal vez te va a decir”. En este sentido, existe un registro sobre la subalternización en el campo de la biomedicina por parte de las mujeres, donde determinadas prácticas y saberes se ven amenazados ante el saber médico.

Es a partir de la relación con efectores de salud y paisanas que las mujeres adquieren aprendizajes sobre los modos de llevar adelante algunos padecimientos, evaluando diagnósticos presuntivos y posibles tratamientos. La toma de decisiones sobre las prácticas a las cuales acudir para diagnósticos y tratamientos están basadas en las memorias y las experiencias previas. Así, como explica Menéndez (1994, 2003), existe una articulación entre diferentes modos de atención a la salud, que no se dan sin conflicto y relaciones de subalternización, que en este caso van desde la autoatención, el acudir a paisanas que saben curar o al sistema biomédico de salud.

En un encuentro con Jacinta, a quien conocimos en las visitas que realizaba Danila, ella nos comenta sobre otra “paisana que sabe curar”. Jacinta es de una zona rural de Sucre, su lengua materna es el quechua, es de tez morena, tiene el cabello negro, lacio y largo que usa atado. Vive con su pareja, trabajador de la construcción y cuatro hijos. En una de las visitas que realizamos en marzo de 2018 con Brígida a la casa de Jacinta, ella nos comenta que viven en Comodoro hace cinco años, pero que previamente vivieron en Gaiman, Chubut, trabajando en la cosecha en una chacra, pero como no ganaban mucho dinero regresaron a Sucre dos años y en 2013 migraron a Comodoro, donde vive la familia de su marido. Jacinta habla español con dificultad, lengua que aprendió en la escuela rural de Sucre y que dejó en su cuarto grado. Nos explica que ahora solo habla quechua con su marido y paisanas, ya que a los niños les hablan en español.

Jacinta recuerda sus cuatro partos “naturales”. A su primera hija la tuvo en Sucre, en un puesto sanitario rural “un centro de salud chiquito, que será como de dos habitaciones”, donde también se hacía los controles de embarazo. En cambio, a sus otros hijos los tuvo en Argentina, dos en Gaiman y el último en Comodoro, siempre en hospitales, referenciando a Diana como “la doctorcita que la visita”. Jacinta comenta que su madre tenía a los partos en su casa, donde a veces su padre la ayudaba. Recuerda particularmente haberla visto sufrir mucho con el parto de su hermano menor. Brígida le pregunta si recuerda la primera vez que tuvo la menstruación, si alguien le explicó algo y ella dice que no, que andaba mucho en bicicleta en ese tiempo y que “le vino sangre”. Posteriormente, la mamá le contó que venía todos los meses, pero no le explicaron que podía quedar embarazada ya que solo tenía 11 años. Le pregunto si su mamá se cuidaba de alguna manera para no tener hijos, a lo que responde que no, “dejaba los que vinieran no más”. Recuerda que una tía en Bolivia le había hablado de la “planta Santa Cruz” que si la tomabas no tenías hijos. Ella comenta que a los métodos anticonceptivos los conoció acá en Argentina, “de grande”. Se quería hacer operar, nos dice. Intenta recordar una palabra “cómo se llama...”. “Ligadura de trompas”, le decimos; “eso”, nos responde. Se quiere hacer la operación porque no quiere tener más hijos, pero una paisana, Isabela, se la hizo y se enfermó, por lo que está dudando. Le pregunto si actualmente está usando algún método anticonceptivo y nos dice que se pone la inyección en el centro de salud todos los meses. “A veces hay y a otras tiene que comprarla”, comenta. Brígida le pregunta quién le recomendó la inyección; “la doctorcita Graciela, del hospital”, dice, una médica ginecóloga.

Brígida le pregunta si ella tiene familia o conocidos acá. Jacinta dice que familia no, pero que su marido tiene mucha familia acá. Le pregunto por una pareja de vecinos a quienes también visita Diana y ella comenta que se enteró que a Augusto le agarraban ataques. “¿Qué tipos de ataque?”, le pregunto. Me dice que se caía al piso y no respondía, quedaba inconsciente. Le contó una vecina que no quería ir al médico y lo curó una curandera, “doña Justa”, nos dice. Es una curandera de Sucre también. Comenta que es buena, que “la otra vez la mandaron a llamar de Buenos Aires”. Le preguntamos si ella va o ha llevado a los nenes y nos dice que solo una vez fue, cuando a su hijo mayor, Axel, lo había mordido un perro, porque había quedado con “anémo”. “¿Anémo?”, le digo. “Sí, anémo, así le decimos cuando está asustado”, responde. Nos

cuenta que vino hasta su casa y con unos “pelos de cabra” e incienso sahumó en el portón y Axel, desde ese día, no tuvo más susto. Cuando le preguntamos por qué se dio lo del susto, comenta que fue porque lo mordió un perro y de ahí quedó asustado, no se podía dormir y se levantaba en la noche o soñaba diciendo “el perro, el perro”. Brígida le pregunta si también cura el mal de ojo y el empacho. Ella dice que sí y que cada uno le paga lo que puede.

Esta serie de prácticas sobre la salud dan cuenta de una perspectiva cosmológica, en tanto relación con lo sagrado. En palabras de Semán (2001: 47), existe una corriente de prácticas y representaciones que comparten el hecho de ser cosmológicas, ya que “presuponen la inmanencia y la superordinación de lo sagrado”. Estas prácticas y representaciones son también holistas y relacionales, “en tanto afirman, al mismo tiempo, un continuum de experiencias que la ideología moderna divide en compartimientos estancos” (Semán, 2001: 47). Estas perspectivas sobre el mundo articulan aquello que se ha denominado como lo natural y lo sobrenatural, donde las personas son parte de una totalidad. Esto se presenta en conflicto con el “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1978), que por sus características jerarquiza saberes biologicistas, individuales y a-históricos.

Para este grupo de mujeres en los cuidados sobre la salud se articulan una serie de prácticas y experiencias vinculadas a la relación con lo sagrado, personas que saben curar, explicaciones que exceden la lógica biomédica y aquellas propias del sistema público de salud. Así, observamos modos de cuidar la salud a través de plantas, infusiones, rezos, sahumos, en la relación con personas que saben curar y prácticas de sanación que algunas personas de la propia comunidad desestiman. En este sentido, para algunas mujeres la explicación de algunos malestares y su sanación se da a través de la relación con el alma, la Pachamama, el diablo, el mal y Dios, como entidades que hacen parte del mundo y tienen efectos en él. Esto implica una serie de causalidades que exceden a aquellas que da la explicación biomédica, biologicista, que como explican las mujeres desconocen estos modos de curar, donde los padecimientos son provocados y sanados por diferentes formas de afectación anímica y/o corporal.

En su trabajo de investigación sobre las características de los procesos de salud, enfermedad y atención en la ciudad de Potosí, Bolivia, Ramírez Hita (2010) explica las particularidades del sistema médico tradicional vinculado con la religión andina. En

palabras de la autora, el origen de las enfermedades puede ser por castigo de los dioses o por un “mal” causado por otra persona o por un espíritu. Los tratamientos consisten en restablecer ese orden deshecho (Ramírez Hita, 2010). En este contexto, es posible identificar diferentes racionalidades en articulación sobre las formas de cuidar la salud, que como observaremos conforman las trayectorias de cuidados.

6.2.2 Parir en casa o en el hospital

En lo que respecta a los partos, en otro encuentro con Lidia, proveniente de Potosí de quien hablamos en el capítulo tres, nos comenta que a su primer hijo lo tuvo sola en su casa. Recuerda que su madre, previamente, le había explicado cómo iba a ser el momento previo al parto y cómo tenía que dar a luz. “Hay que caminar, caminar no más...”, nos dice. Y nos explica mientras se agacha, se pone en posición de cuclillas, “así tenemos allá”. Nos explica que “acá no dejan caminar” y recuerda un tanto enojada que cuando tuvo a su primera hija en Comodoro la ataron a la camilla para parir. También recuerda que “allá en Bolivia” los médicos las dejan caminar y algunos “saben hablar quechua”, lo cual hace más fácil la comunicación.

Los recuerdos traumáticos en las experiencias de parto se inscriben en una lógica biomédica, en la que se naturalizan prácticas que son violentas para con las mujeres. Estos eventos obstétricos medicalizados y patologizados han sido estudiados como fenómenos que hacen parte de la violencia obstétrica (Villegas Poljak, 2009), en tanto expresan un trato jerárquico deshumanizador trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. En palabras de Camacaro Cuevas (2009), existen dos ocurrencias históricas que han impactado en la vida reproductiva de las mujeres. La primera fue cuando la atención médico-obstétrica trastocó los protagonismos, pasando de manos de las parteras a manos de profesionales de la salud; la otra y concomitante fue cuando se trasladan los partos del hogar a los hospitales, concibiendo a estos como el espacio que certifica seguridad para las madres, sus hijos e hijas. Estas ocurrencias fueron posibilitadas gracias a la “indiscutible verdad” de la ciencia y el saber médico (Camacaro Cuevas, 2009).

En este contexto, el hecho de atar a las mujeres en el parto, posicionarlas de manera horizontal y no brindarles información adecuada que posibilite la toma de

decisiones, son parte de la desautorización de las mujeres sobre sus procesos reproductivos que se acentúan por el desentendimiento y un trato jerárquico en el sistema público de salud. Como venimos observando para trabajadores de salud, sobre todo, del Hospital Regional los procesos de parto son identificados como los momentos de mayor conflictividad con las mujeres migrantes. Aquí, algunas mujeres recuperan memorias sobre otros modos de parir, que no son escuchadas por parte del personal médico. Baeza (2013), en su trabajo sobre las experiencias de parto de mujeres migrantes provenientes de Bolivia en la ciudad, da cuenta de las memorias que se recuperan sobre el parto indígena-rural. El momento de parir se concibe como un asunto doméstico e íntimo, en el cual se involucra la unidad familiar, donde la mujer puede tomar diferentes posiciones, no necesariamente horizontal. Estas prácticas entran en conflicto en el sistema de salud y producen desentendimientos, llevando a las mujeres a silenciar saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que se podrían generar.

En enero de 2018 tuve la oportunidad de viajar a Punata, donde conocí el pequeño Hospital Manuel Villarroel del municipio de Punata, en el que se encuentra la Casa Materna. Esta es una sala separada del edificio central del hospital construida con fondos de la Agencia de Cooperación Internacional Japonesa⁴⁵. Esta sala se encuentra equipada desde aproximadamente el año 2008 para recibir a mujeres que deciden parir de modo vertical, de rodillas, cuclillas o sentadas. Tomé conocimiento de este espacio a través de una publicación en una revista médica que habían realizado un grupo de profesionales que trabajaban en el hospital, en el que daban cuenta de los beneficios de la posición vertical durante el parto (Franco, Ayllón, Vallejo y Hansen-Day, 2010). Allí, evidencian que las posiciones verticales para la atención del parto conllevan una disminución en la práctica rutinaria de episiotomía y menor incidencia de

⁴⁵ La cooperación internacional se compone a través de las acciones conjuntas entre países para apoyar el desarrollo económico y social de algún Estado o región a través de la financiación de proyectos. Como exponen en su trabajo sobre la cooperación en Bolivia, la Unión Nacional de Instituciones para el Trabajo de Acción Social (2019: 16) “los importantes avances en materia de salud materno infantil (incrementos en los partos institucionalizados, reducción de la mortalidad materno-infantil, desnutrición, etc.), en los primeros años de la década del 2000, reposaban en la financiación de países como España, Canadá y Estados Unidos y de organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés)”. Particularmente estos recursos destinados desde la cooperación internacional en 2003 llegaron a alcanzar el 12 % del PIB del país (UNITAS, 2019). En este caso la Agencia de Cooperación Internacional de Japón desarrolla proyectos en Bolivia, donde tiene como misión “trabajar por la seguridad humana y por el crecimiento de calidad”. Disponible en: <https://www.jica.go.jp/spanish/about/mission.html>

complicaciones hemorrágico infecciosas. Asimismo, demarcan que estas prácticas respetan “la cultura y costumbres de las pacientes y sus familiares”, donde pueden sentirse cómodas permitiendo mejorar el acercamiento entre personal de salud y mujeres en proceso de parto (Franco et al., 2010).

En mi visita a la Casa Materna, interesado por conocer su funcionamiento, tuve un encuentro con Manuel, médico clínico del hospital, quien me muestra el espacio y comenta sobre el proyecto del cual depende. Este es un programa iniciado por una organización no gubernamental. Manuel recuerda que fue una mujer estadounidense la que tuvo la iniciativa, en colaboración de la cooperación japonesa. Ante las dificultades que encontraban en el hospital, donde muchas mujeres de zonas rurales preferían quedarse en sus casas en el momento del parto, se diseñó este espacio, para evitar la mortalidad materno-infantil. Manuel me lleva a conocer el lugar que está cerrado y actualmente fuera de funcionamiento. En la puerta del edificio hay un letrero que lo identifica “Casa Materna” y abajo en letras más pequeñas se lee su traducción en quechua “*Wachacuna wasi*”. Dice que funcionó pocos años, ya que hubo muchas resistencias por parte de médicos y médicas, que apelaban al riesgo que implicaba el parto en esas condiciones, a la falta de higiene y lo incómodo que resulta para ellos y ellas. “Pero, ¿quién tiene que estar más cómodo la paciente o el médico?”, se pregunta de modo retórico Manuel. Me comenta que ahora solo hay una médica ginecóloga que a veces trae pacientes, pero el resto son todas atendidas en “sala quirúrgica”. Destaca, decepcionado, que no hay incentivo ni capacitaciones desde la política de sanitarias para que el personal de salud se sienta comprometido con estas prácticas.

La Casa Materna tiene un espacio en planta baja para la atención de partos y en el piso superior habitaciones para las familias que acompañan a las mujeres. La sala cuenta con mobiliario a través del cual las mujeres pueden ser asistidas en el parto vertical, en cuclillas, de rodillas o sentadas. Cuenta con una colchoneta, una camilla reclinable, bancos y una estructura de metal para poder sostenerse en el proceso de parto. Asimismo, en una habitación contigua se encuentra una pequeña cocina que, según comenta Manuel, estaba pensado que la familia pueda prepararle comida e infusiones calientes a la mujer en proceso de parto. También, el espacio tiene una salida a un patio de tierra, donde me explica que las familias podían plantar la placenta o preparar sahumos. Me muestra una carpeta tipo álbum con fotografías de la

inauguración del espacio y algunos partos en el lugar. En algunas fotos pueden verse a mujeres junto a sus familiares, sus hijos e hijas recién nacidos.



Ilustración 32 – Fotografías de la Casa Materna en el Hospital Manuel Villarroel del municipio de Punata, Cochabamba, Bolivia (2018).

Este espacio funcionó en la localidad de Punata como iniciativa de algunas personas en vinculación con organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional. Aquí se identificó una problemática vinculada a la atención de partos hospitalizados en la relación con mujeres, principalmente quechuas quienes no acuden al centro hospitalario en momentos de parto por preferir otros modos de parir sin intervención quirúrgica o biomédica. En este sentido, observamos que esta es una problemática que se extiende en el proceso migratorio donde, si bien no hemos conocido la existencia de partos en domicilios, pueden observarse dificultades en la comunicación con personal de salud y la recuperación de prácticas y memorias sobre el parto que son desestimadas en la institución hospitalaria. A pesar de la existencia en Argentina de la Ley Nacional “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”⁴⁶, conocida como la Ley de Parto Humanizado o Respetado (Ley 25.929), promulgada en el año 2004 y reglamentada en el año 2015, aún persisten dificultades en su implementación.

Los eventos traumáticos sobre el parto en Comodoro suelen repetirse en los relatos de las mujeres. Lo cual venimos observando en el caso Yeni, quien decide parir

⁴⁶ Esta ley promueve los derechos de las madres, padres e hijos durante el embarazo, parto y postparto, tanto en el ámbito privado como público. Garantiza que se brinde información suficiente y comprensible a las mujeres durante todo el proceso y de todas las intervenciones; sean tratadas con respeto, intimidad y considerando sus pautas culturales; se respeten los tiempos biológicos y psicológicos; las mujeres puedan estar acompañadas por una persona de su confianza; y que los padres estén con su hijo mientras permanezcan en la institución de salud (Barria Oyarzo y Rivera Leinecker, 2016).

en el baño del hospital ante la posibilidad de una cesárea, el caso de Teresa a quien le comunican la muerte de su hija que finalmente nace por cesárea, los recuerdos de Jacinta y de Lidia. Aquí podemos observar dificultades vinculadas a la comunicación que se torna conflictiva con el personal médico. Pero también, en algunos casos, se ponen en tensión diferentes formas de parir y recuerdos sobre el parto en las zonas rurales. Hay saberes sobre el parto que son transmitidos a las mujeres por parte de las madres, otras referentes adultas o en ocasiones recordados por las mismas en su propia experiencia. Como observamos en el capítulo uno, esto es algo destacable para efectores y efectoras de salud, donde identifican a las bolivianas como sumisas, calladas, con otra cultura y con quienes no se entienden.

6.2.3 Trayectorias de cuidados. Resistencias y silencios

Las prácticas de cuidado descritas son, en general, puestas en tensión con aquellas que buscan promover las efectoras del sistema de salud. Como observamos en capítulos previos, en la mayoría de los encuentros la utilización de plantas medicinales o la existencia de otro tipo de cuidados de la salud son desacreditadas o contraindicadas por médicas y trabajadoras comunitarias. Ante estas situaciones, las mujeres van construyendo aquello que puede ser dicho o mostrado ante efectores de salud. La proscripción médica no desalienta a las mujeres a continuar con estas prácticas de cuidado, sino que lleva a silenciar estos saberes y reservarlos a los espacios domésticos y comunitarios en la interacción con paisanas. Es en general en los primeros encuentros, entre trabajadoras comunitarias y migrantes, que se dan estas tensiones, donde las mujeres explicitan otras prácticas de cuidado, no biomédicas. Ante las contraindicaciones, las migrantes agencian su posibilidad de silenciar y complementar con diferentes prácticas en su relación entre paisanas, trabajadoras comunitarias y otros efectores de salud. A pesar de ello, también observamos que a partir de la construcción de vínculos de confianza y escucha activa, cuando existe un interés por comprender otras experiencias de cuidado, las trabajadoras comunitarias pueden acceder a aquello que no se cuenta a los médicos. Asimismo, en algunos casos las migrantes negocian con las trabajadoras comunitarias el acceso a turnos especiales o deciden alterar abiertamente el control sanitario a través de la búsqueda activa por evitar la intervención sanitaria o silenciando prácticas de cuidado.

A partir de las experiencias de vida, las relaciones con agentes del sistema de salud, vínculos familiares y comunitarios, las mujeres van conformando “itinerarios terapéuticos” (Perdiguero-Gil, 2006; Lamarque y Moro Gutiérrez, 2020), o lo que podríamos denominar como trayectorias de cuidados, en tanto aquellos recorridos que se acompañan de una serie de elecciones personales o grupales que determinan la conjugación o exclusión de prácticas y saberes en función de resultados esperados para el sostenimiento de la vida. Así, las mujeres en la interacción con referentes de la comunidad, “paisanas”, vecinas, familiares y “doctorcitas”, trabajadoras comunitarias, médicas y médicas van configurando formas particulares de cuidado de su salud, la de su familia, sus hijos e hijas en un contexto donde coexisten racionalidades biomédicas y cosmológicas.

En este contexto se evidencian diferentes instancias asistenciales y terapéuticas, lo cual algunos autores han denominado como “pluralismo médico” (Perdiguero-Gil, 2004). Por su parte, Menéndez (1992) postula tres grandes modelos que coexisten en nuestras sociedades: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico basado en la autoatención. Como explica el autor, el papel de cada modo de atención no se define a priori, sino a través de las consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de las personas. Sin embargo, también es necesario tener en cuenta que las articulaciones de diferentes saberes que se desarrollan a través de dinámicas transaccionales casi siempre están inmersas en relaciones de hegemonía/subordinación y se dan a nivel consiente pero también no consiente (Menéndez, 2004; Ramírez Hita, 2010). Así, las trayectorias de cuidados se conforman por todas aquellas acciones determinadas por elecciones personales o grupales sobre la articulación de diferentes prácticas y saberes para el sostenimiento de la vida en un contexto donde existen múltiples formas de desigualdad.

En su estudio sobre la implementación de un programa de salud con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú, Abad González (2004) expone que hay una coexistencia de la medicina occidental o académica y otras formas terapéuticas, que en general quedan solapadas por la primera. La autora da cuenta de situaciones que deterioran los intentos de hacer factible una aceptación y coexistencia de la biomedicina con otras formas de atención. En este caso, se observa una coexistencia de diferentes perspectivas sobre el cuidado y el sostenimiento de la salud.

En la misma línea de indagación, en un estudio realizado en la ciudad de Córdoba, Argentina, Aizenberg y Baeza (2017) dan cuenta del modo en que las mujeres, particularmente en procesos reproductivos, optan por recuperar saberes y prácticas del “mundo andino” que se constituyen como alternativas para evitar el uso de servicios sanitarios o combinarlos con estos, acudiendo a redes de reciprocidad familiares y comunitarias.

Las mujeres migrantes evitan el conflicto con trabajadoras comunitarias, médicas y médicos, silenciando saberes y prácticas no biomédicas de sostenimiento de la salud. Así, las mujeres identifican una serie de padecimientos que médicos y médicas no saben curar o desestiman, para lo cual es necesario recurrir a prácticas de autoatención o curación con miembros de referencia de la comunidad. En este sentido, el silencio de estas mujeres para con algunos efectores de salud es una forma de resistencia ante la imposición de modos de comprender la salud y los padecimientos.

Brígida Baeza (2013) ha dado cuenta de los silencios, comprendidos por agentes de salud como “características culturales, del lenguaje y/o personales”, que son en general el resguardo de saberes transmitidos generacionalmente por temor a las resistencias que podrían generar. Por su parte, Carreño Calderón (2018) propone que los silencios se presentan como formas sutiles de desestabilizar mecanismos de dominación, que en este caso permiten a las migrantes complementar prácticas del cuidado, de su salud y la de su familia. Los conocimientos médicos del “mundo andino”, resignificados en contextos de relacionalidad, coexisten diariamente con los provenientes del sistema de salud público, complementarios en el contexto migratorio.

En palabras de Le Breton (1997), los sentidos del silencio dependerán siempre del contexto en el que se produzca, pudiendo manifestarse como oposición, resistencia frente a alguien o una situación. En este caso el silencio, que efectoras de salud interpretan como una característica de las mujeres “calladas” o “sumisas”, se vincula con una resistencia a hablar, con los desentendimientos en la interacción y con una concepción particular sobre los cuidados en salud que no se corresponde con las del modelo biomédico. Los silencios y tácticas que mujeres migrantes agencian en el encuentro con efectoras de salud dan cuenta de un modo particular de resistencia al poder disciplinador, que pueden ser, como expone Scott (1985), cotidianas, pequeñas, silenciosas o dramáticas autodefensas. Así, los silencios se presentan como una forma

de insubordinación que, en palabras de Scott (1985: 44), podrían denominarse parte de la “infrapolítica de los desvalidos”, en tanto modos de resistencias discretas que recurren a formas de expresión indirectas, en oposición a la política formal de las elites, de los testimonios escritos y la acción pública. Es a partir del encuentro con otras mujeres, “paisanas”, que las migrantes reconstruyen memorias del modo de sostener la salud, comparten saberes y prácticas sobre autocuidados, curaciones y el modelo biomédico.

Como plantea Ortner (2016), la resistencia es una categoría que pone sobre relieve la presencia y el funcionamiento del poder. En este sentido, es necesario reconocer de modo contextual su producción. Como venimos observando en las prácticas y relatos de Teresa y las mujeres migrantes, se hacen visibles las relaciones atravesadas por lógicas coloniales, patriarcales y aquellas propias de la biomedicina. Ante los intentos de control e imposición de modos de cuidado diferentes a aquellos que conciben las mujeres migrantes que se articulan diferentes modos de resistencia al poder disciplinador. Como expone Ortner (2016: 174): “El poder y la subordinación del otro están siempre al servicio del algún proyecto, la resistencia también lo está; toda la dialéctica dominación/resistencia tienen sentido si se la entiende como el choque entre los proyectos de las personas, sus objetos, deseos e intenciones constituidas culturalmente”.

Efectores de salud, en representación de la política sanitaria buscan imponer modos de cuidado deseados a las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, que se apartan de él, a través de diferentes estrategias y dispositivos. Las mujeres migrantes en el “entre”, en el habitar entre diferentes modos de vincularse y producir cuidados, entre doctorcitas, paisanas, varones de la propia comunidad y argentinos, construyen tácticas de resistencia ante el poder biomédico. En algunos casos las experiencias traumáticas y de desentendimiento, como observamos en las intervenciones quirúrgicas de Teresa, constituyen fundamentos para evitar la atención biomédica ligada al sufrimiento. Es en la alianza estratégica con algunas mujeres, en el intercambio de saberes, pero también en el silenciamiento de prácticas que se disputa el poder biomédica y en algunos casos el poder patriarcal y colonial. Si bien esta no toma la forma de una resistencia organizada, puede reconocerse como un modo de resistencia

que se teje de modo espontáneo y silencioso en el estar entre mujeres y miembros de la comunidad.

Como explica Ortner (2016), la agencia de los sujetos no existe desvinculada de la construcción cultural, por lo cual será necesario comprenderla siempre atravesada por las particularidades del género, la generación, la clase, la escolaridad, la nacionalidad, entre otras variables. Así, podemos observar modos de resistencia más “dramáticos”, como el de Yeni —una mujer migrante joven, escolarizada en Argentina, que decide parir en el baño del hospital y de quien hablamos en el capítulo cinco— u otros modos de resistencia “más pequeños”, como lo es el silenciamiento cotidiano de las mujeres punateñas quechuahablantes ante algunos efectores de salud. En este sentido, estas resistencias muchas veces no se manifiestan por una oposición declarada, sino que se producen a través de creativos modos de negociar con las lógicas de control y contrarrestarlas.

Por otro lado, como explica Mahmood (2001), la agencia no debe ser pensada como sinónimo de resistencia a las relaciones de dominación, sino como una capacidad de acciones que son habilitadas y creadas en las relaciones históricamente específicas de subordinación. Retomando esta perspectiva, en su trabajo etnográfico, Kunin (2019) da cuenta de prácticas de cuidado que pueden ser una forma agéntiva que no necesariamente buscan subvertir relaciones de poder, ni pretenden una autonomía individual como tienden a enfatizar perspectivas feministas liberales. Así, la capacidad de agencia debe ser comprendida en términos relacionales y situados. En este sentido, comprender la posicionalidad de estas mujeres en términos “translocacionales” (Anthias, 2012) nos permite dar cuenta de las posiciones y resultados producidos a través de intersecciones entre diferentes estructuras y procesos sociales. De este modo, las trayectorias de cuidados de este grupo de mujeres dependerán siempre de las voluntades, motivaciones, deseos, compromisos y decisiones en contextos sociales específicos de producción, donde se evalúan posibilidades de hacer en tiempos y espacios particulares. De esta manera, en algunos momentos, las mujeres deciden contrarrestar deliberadamente prácticas del poder biomédico y, en otros, se toman decisiones sobre el cuidado en la interacción con efectores de salud, con paisanas y particularmente en relación con la propia comunidad de referencia.

6.3 Prácticas de cuidado comunitario. Padrinazgos y redes de sostenimiento de la vida

En este apartado, me interesa detenerme en aquellas relaciones de paisanazgo y comunalidad que son centrales para el sostenimiento de la vida. Así, se hace necesario reconocer un modo de organización de cuidados que no solo es reactivo al impuesto por el sistema de salud, sino un modo particular de comprender el mundo y los vínculos. Desde una perspectiva amplia del cuidado, las relaciones sociales son constitutivas del sostenimiento de la vida y son parte de lo que Fisher y Tronto (1990) denominan como actividades que comprenden lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo, buscando vivir lo mejor posible, en términos de las propias personas. Como explica Comas d'Argemir (2014), la dependencia nos afecta a todas las personas, como un universal, por lo cual se hace necesario profundizar la reflexión sobre los modos en que se construyen cuidados particularmente en lo comunitario. En este contexto, los vínculos a través de la ritualidad cobran un relieve particular.

6.3.1 Relacionalidad y prácticas de sacralización

Como observamos previamente, Teresa le atribuye al bautismo religioso una cualidad de cuidado en relación con la espiritualidad y los vínculos con otros a través de la celebración. El bautismo, como un rito de iniciación, que en palabras de Teresa está vinculado a la eliminación del demonio, representa para la tradición católica el ingreso de una persona a la comunidad de los cristianos, a través de la cual se purifica del pecado original. Este es un sacramento del cristianismo que remite a la purificación y el ingreso al mundo de creyentes, en tanto los niños nacen con “una naturaleza humana caída y manchada por el pecado original”, explica el catecismo de la iglesia católica. Así, “los niños necesitan también el nuevo nacimiento en el Bautismo para ser librados del poder de las tinieblas y ser trasladados al dominio de la libertad de los hijos de Dios [...]. Por tanto, la Iglesia y los padres privarían al niño de la gracia inestimable de ser hijo de Dios si no le administraran el Bautismo poco después de su nacimiento” (Catecismo de la iglesia católica⁴⁷).

⁴⁷ Catecismo de la iglesia católica. Disponible en:
http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p2s2c1a1_sp.html

Teresa y sus paisanos acuden para las celebraciones religiosas a la iglesia católica del barrio San Cayetano. Como afirma Teresa, estas prácticas que sostenían en Punata, se acentuaron en Comodoro, por las nuevas posibilidades de acceso económico. Además de la orientación religiosa de este rito de iniciación, aquí adquiere vital importancia la relación con otros paisanos, quienes en el festejo ofrecen dinero a la familia, en el “corte de pelo” que es parte de la práctica, pero se realiza en el hogar de cada familia luego de la celebración en la iglesia. Así, el bautismo y corte de pelo se sostiene como una práctica de cuidado espiritual y un ingreso a la comunidad y familia ampliada, quienes retribuyen al niño y su familia con dinero. En su estudio sobre el corte de pelo —*rutuchiku*⁴⁸— y el bautismo en el mundo andino, Vargas (2015) da cuenta de esta como una práctica ritual típica de las zonas del norte argentino, Bolivia y Perú, pueblos quechuas y aymaras, que data del periodo prehispánico, descrito como un ritual de carácter familiar, que crea relaciones de reciprocidad.

Estas prácticas son parte de lo que algunos autores denominan “religiosidad popular”⁴⁹. En estas existen algunas intersecciones de la tradicional ritualidad religiosa católica y otras prácticas de lo sagrado. Martín (2007) propone la noción de “prácticas de sacralización” para dar cuenta de los diversos modos de hacer sagrado, de inscribir personas, lugares, momentos en una textura diferencial del mundo-habitado. Como observamos previamente, estas perspectivas cosmológicas son parte de la comprensión de algunos padecimientos y sus tratamientos, como el susto, el arrebato, el empacho u otros. Particularmente el primer corte de pelo y bautismo, como explica Vargas (2015), significan la entrada de un individuo como una persona social. Así, estos eventos, en tanto rituales, marcan momentos de transformación social, o fisiológica del individuo y su celebración permite que la persona se vaya readaptando a los nuevos valores y a los nuevos roles impuestos por su grupo social y que él debe asumir. El bautismo implica el ingreso al “mundo de los vivos” y para algunos pueblos andinos su partida “del mundo del más allá” (Vargas, 2015), que para Teresa representa la separación del demonio. Estas prácticas sacralizadas instituyen una serie de vínculos de familiaridad y compadrazgo caracterizados por la reciprocidad.

⁴⁸ *Rutuchiku* es uno de los modos de nominar al “corte de pelo” en la lengua quechua.

⁴⁹ Entendiendo por “sectores populares” a la parte de la población con menor nivel de participación en las categorías de poder, de ingreso y de prestigio definido según los criterios hegemónicos (Martín, 2007: 63)

En su libro sobre la reciprocidad en el mundo indígena andino, De la Torre y Sandoval Peralta (2004) explican que la reciprocidad es una característica especial de la forma de gobierno en la vida andina. En momentos especiales, como casamientos y bautismos, se invita a familiares y amigos, quienes acompañan a quienes previamente los han acompañado en momentos especiales. De este modo “no es un privilegio el ‘aceptar’ una invitación y asistir a una celebración, es una obligación que nace de la necesidad de corresponder a quien previamente ha acompañado en los momentos importantes de cada familia, de atender a quien próximamente acompañará” (De la Torre y Sandoval Peralta, 2004: 23). Estos acompañamientos no solo se dan en momentos de celebración, sino que también están presentes en los momentos de pérdida de un familiar o ser querido. En este sentido, Baeza (2017) ha dado cuenta de las particularidades que adquieren la celebración del “día de los muertos”/“día de todos los santos” y la muerte de familiares y paisanos para un grupo de cochabambinos quechuas en Caleta Olivia. En estos eventos ritualizados, los vínculos con familiares y paisanos se tornan centrales en la preparación del culto y las mesas para la espera de almas de los seres queridos difuntos.

A partir de las relaciones de compadrazgo y padrinzgo, se establecen una serie de relaciones de familiaridad e intercambios que solidifican estos vínculos. Según Teresa el hecho de que una persona rechace la invitación, a apadrinar un niño en el bautismo o a un matrimonio, puede ser visto como un desprecio. Así, en cada celebración eligen y acuerdan quiénes serán los padrinos de los bienes materiales o servicios necesarios para la celebración, como pueden ser la música, la bebida, las fotografías, los arreglos florales y la decoración, quienes deben hacerse cargo de estos gastos. Asimismo, en estos eventos los invitados regalan dinero, electrodomésticos o muebles, lo cual es retratado en fotografías y entregado a la vista de todos los invitados al evento.

Para los casamientos y bautismos también deben acordarse los padrinos generales de la ceremonia. Estos tienen una función especial y de compromiso con sus ahijados, en el acompañamiento del nuevo ciclo que emprenden a través de la ceremonia, vinculada con el inicio de la vida con el bautismo o al inicio de una unidad familiar con el casamiento. Además de estar presentes con regalos materiales al momento de la ceremonia, los padrinos son elegidos por su cualidad moral, como

referentes y guías del niño o la pareja. Como comenta Teresa, los padrinos intervienen cuando hay problemas en las parejas.

En uno de los encuentros con mujeres en la casa de Teresa, Juana comenta que ella está casada hace 40 años. Se casó en Punata. Nos asombramos por el tiempo y una de las mujeres, entre risas, le dice que tiene que pasar la receta. Janet explica: “La mayoría de nosotros duramos mucho tiempo... Poca gente se separa”. Comenta que si las hacen enojar ellas los agarran (haciendo seña de golpe con la mano) y los mandan a dormir, mientras se ríe. Allí explica que los padrinos acuden cuando hay problemas en el matrimonio, “hablan con la pareja y les tienen que hacer caso, ya que para eso los eligieron”. “*Chupachincu* padrino”, dice Juana, a lo que Janet aclara: “Claro, le da chicotazo”, refiriendo a un golpe a modo de disciplinamiento. Janet explica que en los casos que hay violencia “se lo habla y se lo perdona... Siguen saliendo adelante”. Comenta que si ellos conocen a la pareja tratan de hablarles, pero no los incentivan para que se separen, ya que “tienen que seguir juntos por sus hijos”. Esto nos lleva a pensar en las cualidades morales que denota la figura de los padrinos, quienes intervienen en conflictos para el sostenimiento de la organización social, en este caso en las relaciones de pareja.

Como explican De la Torre y Sandoval Peralta (2004), al compadrazgo se le atribuye un poder de redistribuir algo que posee, por lo cual debe ser una persona solvente moral y económicamente. En el caso del padrino de niños, si fuera necesario ante la ausencia de los padres biológicos, estos pueden sustituir su función. En su trabajo de sobre ritualidad andina, Vargas (2015) también explica que los padrinos deben estar disponibles para aconsejar a los ahijados. Así, los compadres esperan consejos de los padrinos y se sienten traicionados cuando no los reciben. Los padres también esperan que los padrinos sirvan de guía en los problemas de comportamiento y ayuden en la toma de decisiones de sus hijos.

Diferentes autores han dado cuenta del compadrazgo como institución social (Mendoza Ontiveros, 2010). El compadrazgo y apadrinamiento se presentan como una institución que adquiere el sentido de “contrato social”, generando un doble vínculo: el padrino y la madrina se vinculan con un ahijado o ahijada; el padre y la madre del ahijado/a se convierten en compadres y comadres de los padrinos y las madrinas, instituyendo un parentesco ritual que incluye el tabú del incesto (Vargas, 2013, 2015).

En palabras de Foster (1953), el compadrazgo en Hispanoamérica funciona como una fuerza integradora y de cohesión a las comunidades al formalizar ciertas relaciones interpersonales, conductas recíprocas en patrones de costumbres, para que el individuo alcance un grado de seguridad económica y espiritual.

En este contexto, las celebraciones de bautismos, cortes de pelo y casamientos forman parte de prácticas de sacralización, rituales, que instituyen familiaridad y solidifican vínculos comunitarios a través de la reciprocidad como principio moral. Como explica Vargas (2015), el corte de pelo simboliza, además del ingreso al mundo de los vivos, la entrada del niño a la vida económica, como persona dueña de bienes productivos a través de las ofrendas a cambio de cabello. El primer corte de pelo es un inicio a los ritos recíprocos, en los cuales se da y se recibe algo al interior del grupo. Estas celebraciones inscriben a los sujetos en una comunidad y dan protección espiritual a través de prácticas de sacralización que se presentan al interior de procesos sociales que adquieren sentidos heterogéneos, produciendo modos de cuidado comunitario. Estas prácticas se producen en la articulación de saberes de la religiosidad católica, de la tradición andina y las memorias que se reactualizan en el contexto migratorio.

Estos vínculos constituidos a través de la reciprocidad podrían ser comprendidos, siguiendo a Carsten (2000), como prácticas relacionales (en inglés *relatedness*), en tanto red de relaciones instituidas más allá de los hechos biológicos y los hechos de sociabilidad. Briones y Ramos (2016) explican que la categoría de relacionalidad nos permite pensar más allá de la división moderna entre lo social y lo biológico, para detenernos en los vínculos construidos en la experiencia de estar relaciones, del “ser juntos”. En este sentido, observamos modos de emparentamiento que toman forma a través los compadrazgos, comadrazgos, padrinzagos y madrinazgos en una comunidad de paisanos en contexto migratorio. Así la construcción familiaridad en este grupo no está instituida únicamente por la paternidad y la maternidad, sino que se funda en una comunidad que se vincula a través de prácticas y experiencias compartidas, en la construcción de un nosotros y en relaciones de reciprocidad, particularmente instauradas a través de prácticas de sacralización.

6.3.2 Sabina, la comunidad y sus tensiones

Sabina, de quien hablamos previamente, es la única punateña que ha atravesado una separación con su pareja que tuvo la oportunidad de conocer. Tuve contacto con ella a partir de 2017, en una de las visitas junto a Diana cuando estaba con una vecina, Elva, tarijeña, quien vive en la zona con su pareja y dos hijos, de 2 años y 8 meses. Cuando llegamos, Diana les dice que están muy lindas vestidas. Sabina tenía un vestido corto floreado y estaba descalza. Elva tenía una remera blanca de modal con detalles dorados, pantalón y unas chatitas. Ambas estaban sentadas sobre bancos en el patio, uno de los pocos cementados de la cuadra, donde Sabina nos invita a sentarnos sacando sillas de su casa. Elva le habla quechua a Sabina. Les pregunto si estaban hablando en quechua y se ríen, asintiendo.

Mientras Diana anota algunos datos de Elva en su planilla, me dedico a charlar con Sabina. Ella habla español sin dificultad, con una tonada porteña, y una de las primeras cosas que me cuenta cuando le pregunto de dónde es, es que vivió dos años en Buenos Aires, antes de venir a Comodoro. Es de Punata y se fue a vivir a Buenos Aires con un hermano cuando tenía 20 años, donde conoció a su primera pareja, punateño y padre de su hijo mayor. Me comenta que cuando se separó, se vino embarazada a trabajar ya que tiene otros dos hermanos que viven en Comodoro. Aquí conoció a su actual pareja, que se dedica a la construcción y remarca que “es argentino, de Jujuy”. Dice que los bolivianos son muy machistas, que les pegan a las mujeres. Me comenta que su marido nunca le levantó la mano, ya que los argentinos respetan a las mujeres.

Sabina parece ser una excepción a la pauta que comenta Janet. En el encuentro en la casa de Teresa, mientras Janet comentaba sobre los vínculos de pareja y padrino, Sabina permanecía callada. Posteriormente al encuentro, cuando las demás mujeres se retiraban, me cuenta con dolor que el hecho de separarse de su primera pareja la llevó a distanciarse de sus hermanos, quienes la dejaron sola cuando tuvo a su hijo.

En otro encuentro con Sabina, me comenta que a su pareja actual no le gusta que hable quechua con sus paisanos y que cuando ella le responde en quechua, él le dice “hablame bien”. Sabina también manifiesta algunos conflictos que tienen en el barrio con “los vecinos de arriba”, unos “argentinos” que viven a unos 30 metros saliendo del Zanjón. Ellos tiran basura frente a su vivienda y cuando ella va a decirles algo se enojan. Me comenta que estos vecinos le quisieron pegar a su pareja diciéndole: “¿Qué

tenés que quemar así? Este no es tu país...”, cuando ella quiso quemar su basura frente a su casa, práctica común en la comunidad y el contexto rural.

La historia de Sabina resulta paradigmática, en tanto ella se posiciona en la intersección de algunos límites físicos y simbólicos que definen algunos grupos y prácticas ligadas con estos. Ella se define como boliviana, punateña, pero en pareja con un “argentino” que, según ella, respetan a las mujeres en contraposición a “los bolivianos”. Su pareja, “argentino”, desprestigia el hecho de que ella sostenga algunas prácticas como el hablar quechua. Al mismo tiempo, Sabina no tiene vínculo con sus hermanos por la separación de su anterior pareja, algo no aceptado para los miembros de la comunidad. Por otro lado, la casa de Sabina se encuentra entre la manzana donde vive la mayoría de los punateños y la zona del barrio donde viven algunos “argentinos”, con quienes tienen algunos problemas ligados con la organización del espacio público, lo cual describimos en el capítulo cuatro. De este modo, en la posición de Sabina se sintetizan una serie de dimensiones propias de la comunidad punateña en el Zanjón.

En la historia de Sabina, así como en la de Teresa, Mercedes y Janet, es posible observar la relación con una comunidad de referencia y adscripción, la comunidad punateña en el Zanjón que, como se expuso, configura una serie de normas, relaciones y parentescos al interior del grupo. Esta comunalidad se constituye en una modalidad de cuidado, en tanto modo de organizar la vida con otros, resolver conflictos y proteger, en términos espirituales, afectivos y materiales, a quienes hacen parte del grupo. Así, se presentan modos particulares de cuidar a las personas a través de prácticas de sacralización, de saberes y prácticas no biomédicas sobre los padecimientos —memorias sobre el parto, modos de autoatención de la salud y resistencias a algunas prácticas biomédicas— que se comparten en los vínculos entre mujeres. Sin embargo también se reconocen las relaciones de poder que se configuran al interior del grupo, así como otras adscripciones identitarias que se ponen en juego.

Como venimos observando desde la trayectoria de Teresa, la relación con algunas agentes estatales, como la policía, se torna violenta en un episodio que relata, en el que portaba a su hijo en el awayo. Estas prácticas de porteo, distinguibles en las mujeres migrantes, se vuelven conflictivas en el espacio público y se reproducen al interior de los grupos familiares, lo cual observamos cuando en la prohibición del uso del awayo en la calle, por parte del hermano de Teresa, apelando a términos despectivos

y de nacionalidad. Este tipo de violencias que buscan invisibilizar las marcaciones étnicas en el espacio público, son también distinguibles en la relación de Sabina con su pareja, quien concibe como reprochable el hecho de que ella hable quechua. Estas acciones violentas se inscriben en lo que Segato (2016) nomina como lógicas patriarcales de un orden moderno-colonial, en el que se figuran relaciones jerárquicas de poder y subordinación de las mujeres. En este caso operando para el borramiento de prácticas que no son deseables para el mundo moderno, particularmente en el espacio público, monopolio de las masculinidades.

Las mujeres reconocen en los padrinos de casamiento figuras centrales para la resolución de situaciones de violencia al interior de las parejas. “Cuando un hombre levanta la mano a una mujer tiene que intervenir el padrino” explicaba Teresa. Aquí es posible observar un modo de resolución de la conflictiva al interior de la propia comunidad, donde los padrinos varones deben restablecer el orden y todas las partes deben evitar la separación de la pareja y primar el bienestar de la familia como compartía Janet. Esto es algo que, como expusimos, Sabina no pudo evitar, por lo cual queda excluida de algunos vínculos con miembros de la comunidad, su familia extensa, quienes no aceptaron el hecho de que se haya separado de su primer marido. Estas lógicas de comunalidad buscan sostener los vínculos de reciprocidad y “contrato social” (Vargas, 2015) al interior del grupo. Sabina vive con dolor el desprecio de sus hermanos y de algún modo queda con escasa red de vínculos para el sostenimiento de la vida. Son algunas mujeres de la comunidad quienes siguen compartiendo con ella algunos momentos. Estas lógicas podrían inscribirse en lo que Segato (2016) denomina como “patriarcado de baja intensidad o bajo impacto” en la vida comunal, que es intervenido por el proceso colonial, produciendo en algunos casos una masculinidad que, en términos de la autora, se presenta como bisagra con el mundo moderno-colonial, que produce una vulnerabilidad acentuada para las mujeres.

Como visibiliza Teresa, Sabina y algunas efectoras de salud, existen varias situaciones de violencia, de parte de los varones de la comunidad hacia sus parejas. Sabina asocia esto a la nacionalidad, demarcando que los argentinos no son violentos. Una explicación posible para la acrecentamiento de la violencia por razones de género es, como demarca Segato (2015), el pasaje de una vida comunal al de la modernidad-colonialidad, que se caracteriza por un proceso violentogénico en las masculinidades

racializadas, y que en este caso podría acentuarse en los procesos migratorios campo-ciudad. Como explica Segato (2015: 87), la creciente esfera pública republicana y la consecuente privatización y despolitización del espacio doméstico -el “encapsulamiento de la vida privada”- tiene como corolario el recrudecimiento de la violencia patriarcal. Para comprender este proceso algunas autoras dan cuenta del “entronque patriarcal”, como la forma en que se reajusta el patriarcado originario o ancestral con la incursión de la violencia del patriarcado moderno, reconociendo que las relaciones desiguales e injustas entre hombres y mujeres se imbrican produciendo un mayor sometimiento de las mujeres (Paredes, 2014).

En este contexto caracterizado por múltiples relaciones de poder es posible identificar espacios del “estar entre mujeres” en el que las estas comparten y resisten, lo que Segato denomina, el “compulsivo confinamiento al espacio doméstico”. Las migraciones en muchos casos aceleran los procesos de descomunalización. Pero como venimos observando en este caso, se solidifica y reconstruye un grupo en contexto migratorio. Particularmente la perspectiva de trayectorias de cuidados nos permite dar cuenta de los procesos de salud, enfermedad y atención desde una perspectiva amplia, en procesos en los cuales las personas van tomando decisiones sobre el modo de sostener la vida y su entorno, en este caso ligada a la cosmología y un modo de construir comunidad. Estas tramas de producción de lo común no se dan sin la conflictiva propia de las lógicas patriarcales y coloniales.

6.4 Cuidados-otros

A partir del vínculo con Teresa y mujeres en El Zanjón es posible analizar diferentes dimensiones en la producción de los cuidados en términos del sostenimiento de la vida y la atención a los padecimientos. Así observamos las particularidades que adquieren las relaciones con “doctorcitas” –efectoras de salud-, “paisanas” –personas de la comunidad-, saberes no biomédicos sobre la salud, las celebraciones y la propia comunidad como modos en los que se producen cuidados en este contexto donde coexisten diferentes racionalidades. Como observamos las mujeres negocian y resisten de diferentes modos los intentos por encausar sus prácticas de salud a modos

preestablecidos por la política sanitaria, donde es posible observar trayectorias de cuidado que vinculan modos de atención, de concebir la salud y el bienestar. Estas trayectorias singulares estarán configuradas por las memorias compartidas y las experiencias que las mujeres adquieren en la relación con el sistema público de salud - que por momentos se presenta restrictivo, en el que se producen experiencias traumáticas y desentendimiento- y con otros modos de cuidar la salud al interior de la propia comunidad, en el vínculo con personas que saben curar y prácticas de sacralización.

Los cuidados se han tendido a pensar en lo privado, lo familiar, en los provistos por el Estado o por el mercado (Caplan, 1987; Ortner y Whitehead, 1981; Comas d'Argemir, 2014). Asimismo, como observamos, efectores y efectoras de salud buscan responsabilizar a las mujeres en tanto madres por los cuidados de ella y sus familias desde una perspectiva biomédica. En este contexto se observa el carácter comunitario que adquiere la provisión de cuidados en una densa red de relaciones, que sostienen a otros en términos materiales, afectivos y prácticas de sacralización. En este sentido, los cuidados pensados en términos de sostenimiento de la vida, en este caso, van más allá de la concepción normativa de la política sanitaria. Las trayectorias de cuidado en este contexto toman forma en una compleja red de vínculos en la que se ponen en juego dimensiones en relación a lo material, lo humano y lo extranatural, buscando protección en tanto integralidad.

Esta racionalidad sobre los modos de construir cuidados en tramas comunitarias se presenta en tensión con una lógica moderna-colonial (Quijano, 2000; Segato, 2007) que impone una serie de clasificaciones y categorizaciones raciales y de género, que como expusimos en el capítulo uno, desde una perspectiva interseccional, configuran el modo en que efectores de salud perciben a las migrantes. Esta lógica presenta modos particulares de producción de subjetividad y del saber que, en tanto eurocéntricas, se presenta articulada al modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1978). Las lógicas del Estado moderno, la producción de un sujeto individual -cartesiano- y la privatización de lo público, se disputa con una perspectiva del mundo en la que se concibe al cuerpo y la mente, a lo natural y lo extranatural como una continuidad indivisible, donde los cuidados se inscriben en la continuidad entre lo individual y lo comunitario.

En este recorrido hemos dado cuenta del modo que se producen un modo de colonialidad, que algunos autores denominaran como colonialidad del ser y del saber (Walsh, 2008; Mignolo, 2014), en tanto buscan imponer modos de comprender el cuerpo y la salud, las subjetividades y las sexualidades. En este proceso de desacreditación de saberes no-eurocéntricos y no-biomédicos, que busca promover el sistema público de salud, se intenta producir modos de subjetivación individualizante de los cuidados. Es en este contexto en el que se producen modos de cuidado que podríamos denominar siguiendo la metáfora visual propuesta por Silvia Rivera Cusicanqui (2010, 2016) como *ch'ixi*⁵⁰. Lo *ch'ixi*, se presenta como concepto-metáfora que nos permite dar cuenta de una realidad donde coexisten en paralelo diferencias que no se funden, sino que antagonizan o se complementan. Para Rivera Cusicanqui (2010:7) lo *ch'ixi* constituye “una imagen poderosa para pensar la coexistencia de elementos heterogéneos que no aspiran a la fusión y que tampoco producen un término nuevo, superador y englobante”, donde no hay identidades rígidas, pero tampoco se subsumen al discurso de la hibridación. Así esta “mezcla” en los modos de cuidar y de cuidarse no se presenta exenta de conflictos con otros y otras, al interior de la comunidad, en el contexto migratorio y en la relación con efectores y efectoras de salud.

Este modo de construir cuidados debe comprenderse en el contexto sociohistórico en el que se producen, teniendo en cuenta las múltiples adscripciones y procesos sociales en el que las mujeres migrantes se encuentran. Así observamos el modo en que las trayectorias de cuidados estarán determinadas, a partir de la capacidad de agencia, por los procesos migratorios, el grupo de pertenencia y los vínculos que este grupo de mujeres construyen con doctorcitas, efectores de salud, paisanas y paisanos. Aquí la capacidad agentiva por momentos se presenta vinculada a la resistencia, donde deliberadamente las mujeres buscan contrarrestar algunos modos de subordinación del poder biomédico o patriarcal. En otros momentos las mujeres migrantes buscan perpetuar estas relaciones que son beneficiosas para ellas y el grupo, en un contexto donde coexisten racionalidades diversas en la comprensión de la salud, el cuerpo, lo individual y lo comunitario.

⁵⁰ *Ch'ixi* es una palabra aymara equivalente a la palabra *ch'iqchi* en quechua, que tiene diversas connotaciones. Entre ellas refiere a un color fruto de la yuxtaposición en pequeños puntos o manchas de colores contrastados “Es ese gris jaspeado resultante de la mezcla imperceptible del blanco y el negro, que se confunden para la percepción sin nunca mezclarse del todo” (Rivera Cusicanqui, 2010: 69). También obedece a la idea de algo que es y que a la vez no es. Hace referencia, en palabras de la autora, a lo abigarrado.