

Barria Oyarzo, Carlos (2022). Entre compadres, comadres y paisanas que saben curar: prácticas de cuidados comunitarios por parte de migrantes rurales de Bolivia en una ciudad de la Patagonia argentina. *PERIPLOS. Revista de Investigación sobre Migraciones*, 6(2), 132-161.

Artículo recibido el 08 de febrero de 2022 y aceptado el 27 de mayo de 2022.

## Entre compadres, comadres y paisanas que saben curar: prácticas de cuidados comunitarios por parte de migrantes rurales de Bolivia en una ciudad de la Patagonia argentina

### Entre compadres, comadres e conterrâneas que sabem curar: práticas de cuidados comunitários por parte de migrantes rurais da Bolívia em uma cidade da Patagônia argentina

Carlos Barria Oyarzo<sup>1</sup>

---

## RESUMEN

En este artículo describo y analizo prácticas de cuidados comunitarios desarrolladas por un grupo de migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia en una ciudad de la Patagonia argentina. Desde una perspectiva de conocimiento etnográfico y el trabajo de campo, desarrollado entre los años 2016 y 2019, se evidencia el modo en que los cuidados son producidos, y comprendidos como categoría nativa y analítica. Se observa la forma en que la gestión de la política sanitaria concibe los cuidados para la salud e interpela las prácticas de mujeres migrantes. En este contexto un grupo de migrantes quechua hablantes constituyen particulares trayectorias de cuidados, donde se producen prácticas que por momentos entran en conflicto con aquellas que promueve el sistema de salud. Aquí los cuidados comunitarios trascienden la racionalidad moderna y biomédica, produciéndose en una red de vínculos de sostenimiento de la vida en sus dimensiones materiales, afectivas y espirituales.

**Palabras clave:** Migraciones. Trayectorias de cuidados. Cuidados comunitarios. Salud. Prácticas de sacralización.

---

1 Instituto de Estudios Sociales y Políticas de la Patagonia (IESyPPat), Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco (UNPSJB), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). E-mail: carlosbarriaoyarzo@gmail.com. Red académica: <https://unpsj.academia.edu/CarlosBarriaOyarzo>

---

## RESUMO

Neste artigo descrevo e analiso práticas de cuidados comunitários desenvolvidas por um grupo de migrantes provenientes de regiões rurais da Bolívia, em uma cidade da Patagônia argentina. Desde uma perspectiva de conhecimento etnográfico e o trabalho de campo, desenvolvido entre os anos 2016 e 2019, evidencia-se a maneira como os cuidados são produzidos e compreendidos como categoria nativa e analítica. Observa-se a forma como a gestão da política sanitária concebe os cuidados para a saúde e interpela a prática de mulheres migrantes. Neste contexto, um grupo de migrantes falantes de quechua constituem particulares trajetórias de cuidados, onde se produzem práticas que, por momentos, entram em conflito com aquelas promovidas pelo sistema de saúde. Aqui, os cuidados comunitários transcendem a racionalidade moderna e biomédica, produzindo-se em uma rede de vínculos de sustentação da vida em suas dimensões materiais, afetivas e espirituais.

**Palavras-chave:** Migrações. Trajetórias de cuidados. Cuidados comunitários. Saúde. Práticas de sacralização.

---

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo me interesa dar cuenta el modo en que se produce una serie de cuidados por parte de un grupo de migrantes rurales, quechua hablantes, provenientes de Bolivia, en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Argentina. Así busco analizar las formas que adquieren los cuidados en lo comunitario, para un grupo de mujeres en el proceso migratorio. A partir del trabajo etnográfico se presentan algunas reflexiones sobre las formas de comprender los cuidados en este contexto y sus tensiones, donde se observan diferentes racionalidades, que dan forma a las trayectorias de cuidados. En este contexto la red de vínculos y la espiritualidad, en lo que denominamos como relacionalidad y prácticas de sacralización, se tornan centrales en el sostenimiento de la vida en este grupo que habita una zona periférica de la ciudad.

Los aportes que aquí presento forman parte de una investigación doctoral, en el campo de la antropológica social, en la que describo y analizo las relaciones entre agentes estatales del sistema de salud y mujeres migrantes provenientes de Bolivia, en la ciudad de Comodoro Rivadavia, Argentina<sup>2</sup>. En

---

2 Tesis doctoral "Entre doctorcitas y paisanas: etnografía del (no) cuidado en la gestión cotidiana de políticas sanitarias en una ciudad de la Patagonia argentina", Universidad Nacional de San Martín (Barria Oyarzo, 2021). Dirigida por la doctora Brígida Baeza. Financiada por una beca del CONICET (2016-2021).

este marco caracterizo la gestión cotidiana de la política pública en salud que tiene como destinatarias a las mujeres migrantes en sus procesos de cuidados, así como sus efectos, las experiencias y prácticas vinculadas con estos.

En el proceso de investigación fui dando cuenta de las tensiones que suscitan las prácticas para el sostenimiento de la salud, por parte de mujeres migrantes, en el sistema sanitario. Para agentes de salud la falta de controles médicos gineco-obstétricos y pediátricos, la no utilización de métodos anticonceptivos y la autoatención por parte de las migrantes se presentan en general como un problema caracterizado como el “no cuidado” de las mujeres. En este trabajo fui acercándome a aquellas prácticas de cuidado de la salud que se presentan en tensión o se complementan con aquellas que busca promover el sistema de salud. De este modo, podemos observar una serie de prácticas que las mujeres deciden “no contar”, silenciando saberes ante agentes del sistema de salud. Así se evidencian experiencias que hacen a los cuidados en lo comunitario para un grupo que se reconstruye en el proceso migratorio y en el que se destaca la relacionalidad y la sacralización.

---

## **CUIDADOS EN EL CAMPO DE LA SALUD Y MIGRACIONES**

En el campo de la salud, el cuidado, en tanto categoría analítica, puede comprenderse como un complejo en el que intervienen diferentes saberes, redes sociales, tecnologías, políticas, sistemas de atención, instituciones, tradiciones, tareas, acciones y cuerpos. Este complejo se orientado tanto a promover y/o mantener el bienestar y la salud como a aliviar el dolor y el sufrimiento (Epele, 2012). Varios autores han dado cuenta de las diversas estrategias de cuidado de la salud que las personas o grupos utilizan en diferentes momentos o de manera simultánea, en algunos casos para el mismo padecimiento (Leslie, 1980; Menéndez, 1981, 2003; Haro-Encinas, 2000; Idoyaga Molina, 2004; Perdiguero-Gil, 2006, entre otras/os). De este modo, comprender las trayectorias de las personas en los cuidados permite dar cuenta de la construcción de experiencias de un sujeto y su grupo a lo largo de una etapa, un ciclo o una vida, en el que las personas van tomando decisiones, adquiriendo experiencias y acumulando conocimientos, así como sometiéndose a las certezas, pautas y dominios de ciertos modelos, enfrentándose, negociando o deshaciéndose de aquello que se interpone (Leyton y Valenzuela, 2016).

En el contexto particular en estudio, y como observamos en otros trabajos (Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019; Barria Oyarzo, 2020), existe un discurso hegemónico sobre el “no cuidado” de las mujeres migrantes vinculado particularmente con la falta de controles médicos gineco-obstétricos,

pediátricos y sobre la no utilización de métodos anticonceptivos que se entronca con la concepción culturizada de estas. En estas problemáticas, las trabajadoras comunitarias de salud en terreno<sup>3</sup> cumplen, en los equipos de salud, un rol importante como mediadoras a través de las cuales se podrían lograr las prácticas de cuidado esperables para las mujeres (Barria Oyarzo, 2020). En este sentido, se hace necesario comprender el cuidado como una categoría a través de la que se articulan diferentes discursos y prácticas que conciben a la migración y, particularmente, a las mujeres provenientes de Bolivia como un problema para diferentes efectores del sistema de salud.

Fisher y Tronto (1990), postulan que el cuidado es una “actividad genérica que comprende todo lo que hacemos para mantener, perpetuar, reparar nuestro ‘mundo’ de manera que podamos vivir en él lo mejor posible” (1990, p. 40), explicando que este mundo es el propio cuerpo, nosotros mismos, nuestro entorno y los elementos que buscamos enlazar en una red compleja de “apoyo a la vida”. En palabras de Esquivel, Jelin y Faur (2012), el cuidado de las personas es el nudo central del bienestar humano y sus lógicas responden a patrones sociales y culturales de relaciones entre géneros y entre clases sociales.

Las tareas de cuidado son siempre particulares, socialmente construidas, por lo cual hay una gran diversidad en las formas de cuidar y de distribuir el trabajo de cuidados. En este sentido, diferentes perspectivas han dado cuenta de la distribución social del cuidado, que tiende a responsabilizar a las mujeres sobre este en el ámbito familiar, vinculadas particularmente con su naturaleza, sus dimensiones morales y afectivas (Comas d’Argemir, 2014). Particularmente, la asociación entre la biología con la capacidad de cuidar se fundamenta en la idea de que el papel de las mujeres en la reproducción de la vida y en las primeras etapas de la crianza les dota de un instinto y capacidad especial para ocuparse de los cuidados (Ortner y Whitehead, 1981; Comas d’Argemir, 2014).

En este contexto, las perspectivas sobre el cuidado se imbrican con las formas simbólicas que adquiere la figura de la madre en la historia de nuestra región, en relación con una ideología familista de impronta judeocristiana que, junto con la familia nuclear como modelo cultural, exalta la virtud femenina como cuidadora (Flores Ángeles y Tena Guerrero, 2014), en vinculación con

---

3 Esta figura se constituye como miembro de los equipos de salud en la provincia de Chubut desde el año 2006 a partir de la propuesta de profesionalización de la figura de “agentes sanitarios”. Estas son todas trabajadoras que, en los equipos de atención primaria de la salud, tienen como función ser un nexo entre la comunidad y el sistema de salud, trabajando particularmente a través del seguimiento de indicadores de salud y controles médicos de grupos familiares “de riesgo sociosanitario” y “necesidades básicas insatisfechas” con el fin de disminuir las “barreras en la implementación de los programas propios del sector salud” (Ministerio de Educación y Secretaría de Salud de Chubut, 2009).

la letra de las políticas públicas en salud. Así, como expone Jelin (2010), se configuran estrategias familiares de cuidado, en las que la consanguinidad y el parentesco se asumen como criterios fundamentales para la responsabilidad y la obligación hacia otras personas.

En las sociedades occidentales, el cuidado ha tendido a vincularse a las mujeres, en contraposición a la producción de mercancía como una actividad masculina. Esto ha sido producto de una determinada división del trabajo que se consagra con el desarrollo del capitalismo y la separación entre familia y trabajo (Comas d'Argemir, 2014). A partir de las críticas feministas al pensamiento económico en la década de los años '70 comenzó a discutirse la distribución social del cuidado, visibilizando el trabajo doméstico y la relación entre los procesos sociales de producción y reproducción (Esquivel, Jelin y Faur, 2012; Vega Solís, Martínez Bujan y Paredes Chauca, 2018).

Venimos observando que el cuidado, como categoría de efectores de salud, se encuentra generalmente ligado con la concepción de riesgo, que en palabras de Lorenzetti (2012) se constituye en la distinción de comportamientos inadecuados que tienen como fin modificar "estilos de vida" según determinadas normas y valores sociales de referencia (Baeza, Aizenberg y Barria Oyarzo, 2019; Barria Oyarzo, 2020). Menéndez (1978) expone que el riesgo siempre se encuentra bajo responsabilidad del sujeto, de quien dependen sus condiciones de existencia, intentando así dirigir la conducta de las personas a modos prefijados.

En su trabajo etnográfico Pozzio (2011) da cuenta del modo particular en que las políticas públicas en salud delimitan problemas y definen "población-objetivo", clasificando y ordenando el mundo. En este caso, los múltiples sistemas de desigualdad estructuran un discurso que ubica a las mujeres migrantes en un espacio de alteridad a través del cual los y las profesionales se explican las dificultades en la interacción con ellas y sus problemas en relación a la salud, justificando la intervención y el seguimiento sobre estas y sus pautas de cuidado (Barria Oyarzo, 2020). Así, como expone Comas d'Argemir (2014), el lenguaje técnico-político refuerza y recrea las construcciones culturales acerca del reparto de cuidados. En este contexto, se hace necesario distinguir el cuidado en tanto categoría de los propios actores intervinientes, los efectos de esta en sus prácticas, así como el cuidado en tanto categoría analítica y el modo en que se produce.

---

## **CUIDADOS EN LO COMUNITARIO Y LOS PROCESOS MIGRATORIOS**

Los cuidados, en tanto fenómenos feminizados, han sido escasamente visibilizados en las ciencias sociales. Algunos estudios y teorizaciones sobre

el tema han producido valiosos aportes en relación a las dimensiones de lo privado, lo familiar, los cuidados provistos por el Estado o por el mercado. Sin embargo, es todavía escasa reflexión sobre lo comunitario en la construcción de cuidados (Ortner y Whitehead, 1981; Razavi, 2007; Comas d'Argemir, 2014; Vega Solís, Martínez Bujan y Paredes Chauca, 2018; Magliano et al., 2018; Sanchís, 2020; Mallimaci Barral y Magliano, 2021). Como exponen Vega Solís, Martínez Bujan y Paredes Chauca (2018) los cuidados en entornos sociales abiertos difuminan los contornos de la familia, el mercado o el Estado, donde se hace presente el carácter cooperativo de los cuidados en la familia extensa y la comunidad.

En lo que respecta a los procesos migratorios y los cuidados comunitarios, diferentes trabajos en Argentina han dado cuenta de la organización comunitaria, en muchos casos para hacer frente a las diferentes formas de desigualdad social en los contextos en los que habita la población migrantes (Magliano, Perissinotti y Zenklusen, 2014; Rosas, 2018; Magliano, 2018; Magliano y Perissinotti, 2021; Baeza y Barria Oyarzo, 2020; Baeza, Barria Oyarzo y Espiro, 2020; Mallimaci Barral y Magliano, 2021; Gavazzo y Nejamkis, 2021). La provisión de cuidados comunitarios se visibiliza, en muchos casos, como formas de subsistencia familiar y barrial. En este sentido, se hace necesario tener en consideración las diferentes formas en las que se inscriben las desigualdades en la vida de personas migrantes, produciendo modos particulares de precariedad de la vida en contextos que muchas veces son restrictivos para el ejercicio de derechos.

Como explica Comas d'Argemir (2014), la dependencia afecta a todas las personas, como un universal, lo cual hace imprescindible la provisión de cuidados. Sin embargo no todas las personas están expuestas de la misma forma a modos particulares de vulnerabilidades, que son políticamente inducidas. En esta línea, Butler (2010) da cuenta de la vulnerabilidad como marca de nuestra dependencia innegable, y en todo momento, respecto de otras personas y de un mundo sustentable. Para la autora la precariedad (en inglés *precariousness*) es inherente y condición de la vida humana, lo cual nos permite distinguirla de la noción de precariedad (en inglés *precarity*), desde una perspectiva relacional. Así, Butler define a la precariedad como una condición políticamente inducida "en la que ciertas poblaciones adolecen de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte" (Butler, 2010, p. 46). De este modo, se hace necesario reconocer una serie de clivajes sociales y económicos que hacen a la condición de precariedad en el proceso migratorio.

En el contexto en estudio se observa el carácter comunitario que adquiere la provisión de cuidados, para un grupo de migrantes quechua hablantes y de proveniencia rural, en una densa red de relaciones, que sostienen a otros en términos materiales, afectivos y espirituales. 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 y de la subsistencia



del grupo. 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. En palabras de Batthyány (2015) las tareas de cuidado designan ayuda a otras personas en el desarrollo y bienestar en su vida cotidiana, implicando dimensiones materiales, económicas y psicológicas/afectivas. Aquí proponemos una dimensión adicional, la espiritual, en la construcción de los cuidados en lo comunitario.

En este trabajo busco dar cuenta de la dimensión espiritual que adquieren algunas prácticas de cuidado, vinculadas a lo que diferentes autores denominan “religiosidad popular”. En este sentido, recupero la noción de “prácticas de sacralización” que propone Martín (2007) para dar cuenta de los diversos modos de hacer sagrado, de inscribir personas, lugares, momentos en una textura diferencial del “mundo-habitado”. Así, evidenciamos la existencia de perspectivas cosmológicas que son parte de la comprensión de la consolidación de comunidad, de algunos padecimientos y sus tratamientos. Este propósito requiere de una perspectiva decolonial de los cuidados, en tanto apertura del pensamiento por sobre la lógica de la colonialidad del saber –en tanto imposición epistémica, filosófica, científica y del lenguaje– y la colonialidad del ser –vinculada a las subjetividades, el control de las sexualidades, de los roles de género, entre otras categorías– (Quijano, 2000; Walsh, 2008; Mignolo, 2014). Estas lógicas coloniales se articulan con el denominado “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1978), desde el cual se erige el sistema asistencial organizado por la medicina profesional.

En la argumentación de este trabajo demuestro que en el contexto migratorio, para un grupo de quechua hablantes que habita en un barrio periurbano de la ciudad de Comodoro Rivadavia, existen otros modos de construir cuidados, que no se corresponden con aquellos que promueve el modelo médico hegemónico. Estos cuidados –que pueden coexistir con los biomédicos– trascienden una lógica moderna-racional e individualista, dándole centralidad a la construcción de comunidad y las prácticas de sacralización. Estas prácticas –no mercantilizadas y no estatizadas– de sostenimiento de la vida en lo comunitario, se producen en la relación con otras personas, como un modo de construir “paisanazgo”<sup>4</sup>, donde la reciprocidad se presenta como principio moral.

---

4 “Paisano” es la denominación que utiliza el grupo de migrantes para personas provenientes de la misma zona o localidad de procedencia, y en algunos casos para personas provenientes del mismo país.

---

## CAMPO ETNOGRÁFICO: SIGUIENDO EL (NO) CUIDADO

Este trabajo parte de una perspectiva de conocimiento etnográfica (Guber, 2014) que me permite delimitar el campo de investigación, y producir conocimiento situado a través de mi interacción con diferentes personas que hacen parte del fenómeno en estudio, así como en la interacción con el campo académico y de conocimientos presentado. El trabajo de campo se realizó entre los años 2015 y 2019, en diferentes instituciones de salud pública de la ciudad, en el acompañamiento a efectoras de salud y en la relación con mujeres migrantes en la denominada “extensión del barrio Ceferino”<sup>5</sup>, en un sector denominado El Zanjón<sup>6</sup>, de la ciudad de Comodoro Rivadavia<sup>7</sup>.

Los espacios de observación participante están constituidos por la cotidianidad del Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) del barrio Ceferino, particularmente en el acompañamiento en las tareas de trabajadoras comunitarias de salud en terreno en El Zanjón. A través de las visitas domiciliarias acompañando a efectoras de salud, participo en las relaciones que estas tienen con mujeres migrantes, pudiendo así generar vínculos con ellas, propiciando encuentros, charlas y entrevistas. La construcción de vínculos de confianza en el trabajo de campo me ha permitido realizar observaciones en la cotidianidad del barrio y la comunidad que habita en El Zanjón.

A partir de esta perspectiva metodológica, el “cuidado” y el “no cuidado” fueron convirtiéndose en categorías nodales a lo largo del proceso de investigación. Tomando en cuenta mis observaciones y relaciones en la cotidianidad de los espacios de trabajo de efectores/efectoras de salud, la caracterización sobre “las bolivianas” y sus modos de cuidado ligados al riesgo sociosanitario se tornaron centrales en la interpretación que trabajadores y trabajadoras realizan de la letra de políticas públicas. Al interior de los equipos de Atención Primaria de Salud, la tarea con la población considerada como vulnerable se traduce en exigencias y resultados evidenciables estadísticamente. En

---

5 “Extensiones barriales” son el modo en que se conoce localmente la “toma de tierras”, caracterizadas por el acceso a tierras de manera informalizada, por la autoconstrucción de viviendas y auto-urbanización, donde la política pública indiferente a esta problemática constituye a estos barrios como periféricos, aislados de la infraestructura urbana y servicios básicos. Algunos grupos, al no encontrar respuestas por parte del Estado y del mercado formal constructor e inmobiliario, apelan a la toma de tierras y a la autopromoción de la vivienda (Bachiller et al., 2015).

6 Zona del barrio denominada de este modo por quienes habitan la zona, identificada por las características topográficas del lugar, lindero a un cauce de agua que forma un pozo en el terreno.

7 En este trabajo todos los nombres propios y referencias de lugares han sido modificados por seudónimos para preservar la identidad de interlocutoras/es.



este sentido, seguir etnográficamente a la categoría nodal del (no) cuidado me han llevado en el proceso de investigación a reconocer al cuidado como categoría nativa y teórica, configurando la política sanitaria y las trayectorias de mujeres migrantes. Asimismo, seguir la relación entre efectores/efectoras de salud y mujeres migrantes en diferentes espacios, al igual que algunas categorías, como el riesgo y el cuidado, ha ido dando forma a este trabajo de investigación, construyendo un campo de indagación y el propio espacio etnográfico en perspectiva multilocal (Marcus, 2001).

Aquí presento algunas reflexiones que se deprenen del trabajo con un grupo de migrantes quechua hablantes, provenientes de zonas rurales de Bolivia, Cochabamba, que habita en El Zanjón. Esta zona, que se ubica en la Extensión del Ceferino, se caracteriza por la autopromoción de viviendas, "toma de tierras", la ausencia de infraestructura y planificación urbana. Esta migración, que se caracteriza por ser de tipo "rural-urbana", se ha desarrollado de manera creciente desde la consolidación de los Estados nacionales en Latinoamérica, ligada a la urbanización de la población como parte del proyecto de modernización. De esta manera, la expansión industrial, la demanda de mano de obra en las ciudades y la expulsión de población campesino-indígena empobrecida incrementó estos procesos de movilidad (Calderón, 2000; Maidana, 2013). La Patagonia y, particularmente, Comodoro Rivadavia se presenta así como un espacio con mayores posibilidades económicas y de menor conflicto, menor fricción (Tsing, 2005), como la que se puede presentar en las grandes ciudades con mayores heterogeneidades.

Es partir del año 2004, que se produce una mayor llegada de migrantes bolivianos a la ciudad de Comodoro Rivadavia por el crecimiento de la explotación petrolera en el denominado segundo Boom Petrolero (Baeza, 2014; Barrionuevo, 2019). Esto trae aparejado una demanda en las actividades laborales de la industria petrolera y otras labores asociadas. Estos desplazamientos se realizan generalmente desde zonas rurales de Bolivia o desde otras ciudades de Argentina, que se constituyen como ciudades de paso. Según nuestras observaciones, la mayor parte de migrantes de Bolivia en la ciudad provienen del departamento de Cochabamba, quechua hablantes, que en muchos casos han migrado hacia zonas urbanas dentro de Bolivia y luego se han desplazado hacia ciudades argentinas. En algunos procesos migratorios recientes hacia la ciudad, se identifica una movilidad directa del campo a la ciudad de Comodoro Rivadavia, facilitado por vínculos familiares. En este contexto los varones, en general, se insertan en el mercado de trabajo de la construcción y, en menor medida, en servicios petroleros y pesqueras. Las mujeres se dedican al trabajo doméstico no remunerado, al comercio ambulante y en algunos casos se emplean en pequeños comercios y en empresas pesqueras.

---

## CONSTRUCCIÓN DE CUIDADOS Y LO COMÚN EN EL ZANJÓN

La toma de tierras en El Zanjón se dio entre los años 2008 y 2010, por iniciativa de un grupo de migrantes que “lotearon” un terreno baldío, dándole continuidad a las calles del barrio Ceferino. De este modo, en palabras de María, una de las primeras habitantes, la organización del espacio y los servicios se fueron gestionando a través de redes comunitarias y familiares. La mayor llegada de migrantes provenientes de Bolivia a la zona se vio facilitada por el vínculo preexistente, en muchos casos, entre los ya asentados y otros que vivían en diferentes barrios de la ciudad. Basilia, proveniente de Punata, Cochabamba, que vive aquí junto su pareja y tres hijos, nos cuenta que ella alquilaba en el barrio de al lado y unos parientes le avisaron que había un lote vacío, por lo que decidieron instalarse allí. Así, la instalación en la zona se vio facilitada por la relación entre los que ya vivían en la ciudad y los que deciden migrar desde otras ciudades. A través de estos lazos, se comparten recursos en relación con la inserción laboral, la educación de niños, la salud y la vivienda. El poder llegar a la casa de familiares, donde vivir por un tiempo hasta conseguir armar una casa y traer a la familia que quedó en Punata, en este caso, facilita la construcción y fortalece vínculos de mutua ayuda.

La construcción de viviendas en la extensión barrial se fue dando según algunas pautas urbanas, como nos comentaba María. Sin embargo, la zona de El Zanjón adquirió otras características con la llegada de punateños y punateñas que fueron construyendo en cercanía de “paisanos” de la zona. Es así que El Zanjón es un conglomerado de viviendas que toma la forma de una manzana alargada e irregular. La vista desde la calle es de un gran paredón uniforme, de retazos de chapas y portones de metal. Tiene un pasaje sin salida y varios pasajes angostos por donde solo se puede pasar caminando de un lado al otro de esta gran extensión de uno 150 metros.

Como hemos observado en otros trabajos, El Zanjón se caracteriza por la conformación de una comunidad quechua-punateña, la construcción de una red migratoria y vínculos de paisanaje. Estas relaciones se materializan a través de la cohabitación en un espacio que permite sostener prácticas que rememoran y resignifican las prácticas de origen. Aquí, la cría de animales, la cosecha, las celebraciones de eventos sociales y aquellos ligados al mundo andino fortalecen vínculos en un territorio que siempre se encuentra relacionado con la tierra que se dejó (Baeza y Barria Oyarzo, 2020).

El grupo de mujeres que habita en El Zanjón, es generalmente identificado por la política sanitaria de Atención Primaria de la Salud, por el “no cuidado” y las condiciones habitacionales, que ubican a este grupo como “población de riesgo sociosanitario”. Esto configura una política focalizada y tutelar, no explicitada, en lo que respecta a la salud de las mujeres migrantes provenientes de zonas rurales de Bolivia, en edad reproductiva y “madres”,

interpelando sus prácticas de cuidado gineco-obstétricas y pediátricas, para con sus hijas/os, consideradas “de riesgo” (Barria Oyarzo, 2020). Así observamos un seguimiento y control, por parte de trabajadoras comunitarias, de indicadores de salud, vinculados a las visitas médicas pediátricas, gineco-obstétricas, vacunaciones y utilización de métodos anticonceptivos. Esta política focalizada es producto de un modo de organización sanitaria, donde lo “administración del riesgo” adquiere centralidad. Sin embargo, es posible observar diferentes posiciones al interior de los equipos de salud, donde se dirimen perspectivas “asistenciales” y otras vinculadas a la “salud colectiva” (Barria Oyarzo, 2021).

En algunas interacciones entre agentes estatales y las mujeres migrantes, surgen otras formas de cuidado de la salud, como prácticas vinculadas a la medicina tradicional o el autocuidado, que en general no son tenidas en cuenta o directamente proscriptas por efectores de salud. Así a partir de mi progresiva separación de la figura de trabajadoras comunitarias, que había marcado mi ingreso al barrio, puede comenzar a conocer estas otras prácticas de cuidado que las mujeres aprenden a silenciar ante efectores y efectoras del sistema de salud.

---

## **“PAISANAS QUE SABEN CURAR”. RESISTENCIAS Y COEXISTENCIAS EN PRÁCTICAS DE CUIDADO**

Ante los mecanismos de control que se instrumentan en la gestión cotidiana de la política pública sanitaria, las migrantes en algunos casos agencian estrategias para evadir la atención o las consecuencias que implicaría esta (Barria Oyarzo, 2020). Así las mujeres migrantes sostienen y reconfiguran prácticas de cuidado que, por momentos, entran en conflicto o coexisten con aquellas que promueve el sistema de salud. En este sentido observamos algunas prácticas de autoatención, utilización de plantas e infusiones medicinales, así como prácticas de curación por parte de “paisanas que saben curar” o que se rememoran y recuperan en el contexto migratorio ante algunos padecimientos.

En diferentes encuentros con mujeres en El Zanjón surgen conversaciones sobre diversas plantas y sus propiedades curativas a través de la preparación en infusiones. Mercedes, migrante punateña de 44 años que tiene una frondosa huerta en su patio, nos habla de la manzanilla, el toronjil, la quirusilla y la canela para malestares estomacales o dolores de cabeza. Estas plantas en muchos casos se traen desde Bolivia, ya que en la zona no se consiguen las mismas variedades. En otro encuentro con Janet, punateña de 28 años, explica que también usa el paico, que es bueno para el dolor de panza y los piojos. Nos cuenta que ella tiene un libro sobre plantas, tipo enciclopedia, donde busca por planta y sus propiedades curativas. Este es un libro, tipo

enciclopedia con imágenes, que compró a vendedores ambulantes, que complementa a los saberes que recuerda del campo.

En un encuentro con Herminia, una mujer de Cuchupunata de 65 años, que solo habla quechua pero entiende el español, también nos comenta sobre algunas plantas. Janet traduce lo que dice Herminia, explicando: “En el campo como no hay hospitales, medicamentos, esas plantas usamos”. Cuando consultamos sobre la utilización de estas plantas y la relación con efectores del centro de salud, Sabina comenta: “No les decimos nada a los médicos”. A lo que Janet agrega “¿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. Así observamos saberes y prácticas que las mujeres deciden “no contar” al personal de salud pero que circulan en la comunidad.

Además de la utilización de plantas e infusiones ante determinados padecimientos, el grupo de mujeres punateñas, da cuenta de prácticas de curación específicas para el “susto”, el “empacho” o el “mal de ojo”<sup>8</sup>, con “paisanas que saben curar”. Varias mujeres 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. Por otro lado, Mercedes 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 en el día, generalmente en las noches, cuando está en su casa, recibe a paisanos para las curaciones.

En un encuentro con Sabina, esta comenta que su hijo estuvo muy mal hace unos años, con arrebatos<sup>9</sup>. Lo llevó a una paisana que sabe curar en el barrio aledaño. “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

---

8 Categorizaciones utilizadas para padecimientos reconocidos desde la “medicina tradicional” en la cultura quechua (Fernández Juárez, 2004; Ramírez Hita, 2010).

9 Modo en el que también se conoce el “susto”

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.

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. Estos son saberes que se comparten en vínculos intergeneracionales y al interior de la propia comunidad.

En una charla con Teresa, punateña de 38 años, comenta que su hija recién nacida no puede dormir de noche y tiene como una bolita en la espalda, que cuando se la tocan llora mucho. Me explica que eso es porque tiene susto, por lo cual cuando no puede dormir, ella la llama por el nombre “para que vuelva... María Lucía, María Lucía” y hace señas con la mano como si llamara a alguien. “Para que vuelva el alma a su cuerpito, que si no se va con el diablo” explica. Esto es algo que le enseñó Mercedes, a quien la lleva cuando su hija tiene susto. Cuando le pregunto si a los médicos le cuenta de esto, se ríe mirando al suelo y dice que no, “ellos no saben curar eso. Lo llevo a la curandera”.

Es a partir de la relación entre paisanas y efectoras/efectores de salud 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.

Las mujeres también dan cuenta de otras prácticas de protección integral, personales y familiares. Sabina comenta que algunos paisanos toman ruda por la mañana, como una forma de ahuyentar las malas energías. También explica que la ruda puede hervirse y con el agua se limpia el piso de la casa o se baña a las personas, “para sacar la maldad, las malas energías”. Esta serie de prácticas sobre la salud y los cuidados dan cuenta de una perspectiva cosmológica, en tanto relación con lo sagrado. En palabras de Semán (2001,

p. 47), existe una corriente de prácticas y representaciones que comparten el hecho de ser cosmológicas, ya que “presuponen la inmanencia y la superordinación del 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, p. 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.

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 algunas deidades, 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 algunos padecimientos son provocados y sanados por diferentes formas de afectación anímica y/o corporal.

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 las energías o la armonía del cuerpo-alma que es necesario restituir. 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 particulares trayectorias de cuidados.

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, 2003; 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. Aquí 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 por momentos se presenta como una forma de resistencia ante la imposición de modos de comprender la salud y los padecimientos.

---

## **“COMPADRES, COMADRES, PADRINOS Y MADRINAS”. REDES DE SOSTENIMIENTO DE LA VIDA EN PRÁCTICAS DE SACRALIZACIÓN**

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 o de subsistencia ante diferentes desigualdades, 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.

Cuando conocí la casa de Teresa, me llamó la atención un cartel que colgaba

en una de las paredes. Un cartel de un metro por un metro aproximadamente, hecho de polietileno expandido, pintado de color azul, donde se puede leer "Johan, mi bautismo y corte de pelo"<sup>10</sup>. Cuando le preguntamos por el cartel, Teresa nos cuenta que es del bautismo de su hijo, que tiene 6 años. Enseguida va a buscar un álbum de fotos del evento que tiene sobre la heladera. Nos muestra un álbum con fotografías en la iglesia y en el patio donde se hizo la fiesta. Cuando le pregunto por qué le cortan el pelo en el bautismo, 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. En este evento todos los invitados del bautismo pagan por un mechón de pelo.

Teresa cuenta que en los bautismos, los padres deben elegir el padrino y madrina principales del niño, así como los padrinos: de la música, de la bebida, de la decoración, quienes deben hacerse cargo de los gastos que implican esos bienes o servicios. Le pregunto a Teresa qué pasa si uno no tiene plata para los gastos, a lo que 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 sus cabezas y hombros 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". 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 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

---

10 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).

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. Teresa nos explica que en Punata no se festejaba así, “porque no había tanta plata”. Se hacía la fiesta pero no tan grande. Comenta que allí trabajaban en la cosecha, pero no alcanzaba para hacer las fiestas que hacen aquí.

En otro intercambio con Teresa, nos explica que los padrinos de casamiento también tienen la función de intervenir cuando hay problemas en las parejas. Su hermano es padrino de muchas parejas en la comunidad y habla con ellos cuando tienen problemas. Nos dice que, en ocasiones, 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”. En otro encuentro con algunas mujeres en El Zanjón, 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”. Allí también explican 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 observamos, 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” (Catecismo de la iglesia católica<sup>11</sup>).

---

11 Catecismo de la iglesia católica. Disponible en: [http://www.vatican.va/archive/catechism\\_sp/p2s2c1a1\\_sp.html](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 Ceferino. 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 paisanos y paisanas, 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<sup>12</sup>— 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.

En estas prácticas existen algunas intersecciones de la tradicional ritualidad religiosa católica y otras prácticas de lo sagrado. Como observamos previamente, estas perspectivas cosmológicas son parte de la comprensión de algunos padecimientos y sus tratamientos, como el susto, el arrebatado, 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 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.

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, p. 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

---

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

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 padrinzago, 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.

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 padrinzago de niños, si fuera necesario ante la ausencia de los padres, 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 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, padrinzgos y madrinazgos en una comunidad de paisanos en contexto migratorio. Así la construcción de 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.

---

## **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. Ella tiene 27 años, 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, sobre la “no separación de parejas”. Posteriormente me confiaría 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. 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. 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 y de las mujeres, que se han descrito previamente, 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 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.

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 del conflicto 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 (2015, 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 violencia por razones de género acrecentada que se visibiliza es, como demarca Segato (2016), 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, p. 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 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.

---

## DISCUSIONES

A partir del vínculo con diferentes mujeres en El Zanjón es posible analizar diversas dimensiones en la producción de los cuidados en términos del sostenimiento de la vida. Así observamos las particularidades que adquieren

las relaciones con efectoras de salud, paisanas, compadres, comadres, 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 formas 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 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.

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, económicos, afectivos y espirituales. Así 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) como modos particulares de producción de subjetividad y del saber que, en tanto eurocéntricas, se presenta articulada al modelo médico hegemónico. 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.

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 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.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abad González, Luisa (2004). Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú. En Fernández Juárez, Gerardo (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 75-92). Quito, Ecuador: Abya Yala.

Aizenberg, Lila y Baeza, Brígida (2017). Reproductive health and Bolivian migration in restrictive contexts of access to the health system in Córdoba, Argentina. *Health Sociology Review*, 26(3), 254-265. doi: <https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1370971>

Bachiller, Santiago, Baeza, Brígida, Vazquez, Letizia, Freddo, Bianca y Usach, Natalia (2015). Hay una ciudad informal... o la atendés o no la atendés. Revisando el papel que tuvieron las ocupaciones de tierras en la conformación del entramado urbano comodorense. En Bachiller, Santiago (Ed.), *Toma de tierras y dificultades de acceso al suelo urbano en la Patagonia central* (pp. 69-124). Miño y Dávila editores y UNPA EDITA: Buenos Aires.

Baeza, Brígida, Aizenberg, Lila y Barria Oyarzo, Carlos (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Sí Somos Americanos*, 19(1), 43-66. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482019000100043>.

Baeza, Brígida, Barria Oyarzo, Carlos y Espiro, María Luz (2020). Grupos migrantes en Chubut: Trabajo, exclusiones y dificultades en tiempos de cuarentena. *Revista Identidades*, (18), 77-86.

Baeza, Brígida (2014). "Toma de tierras" y crecimiento urbano en Comodoro Rivadavia: diferenciaciones y tensiones entre migrantes limítrofes, internos y comodorenses. *Párrafos Geográficos*, 13(2), 76-107.

Baeza, Brígida y Barria Oyarzo, Carlos (2020). Memoria y territorialidad quechua-punateña en El Zanjón. En Ramos, Ana Margarita y Rodríguez, Mariela Eva (Coords.), *Memorias y fragmentos de contexto de lucha* (353-378). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.

Baeza, Brígida (2017). Migrantes quechuas provenientes de Bolivia. La celebración del día de los muertos en Caleta Olivia (Santa Cruz, Argentina). *Clepsidra. Revista Interdisciplinaria de Estudios sobre Memoria*, 8(4), 86-107.

Barria Oyarzo, Carlos (2020). Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. *Revista Antropológica*, 38(44), 157-185. doi: <http://dx.doi.org/10.18800/antropologica.202001.007>

Barria Oyarzo, Carlos (2021). *Entre doctorcitas y paisanas: etnografía del (no) cuidado en la gestión cotidiana de políticas sanitarias en una ciudad de la Patagonia argentina* (Tesis doctoral). Doctorado en Antropología Social de la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1730>

Barrionuevo, Natalia (2019). *(Re) producción y legitimación de fronteras sociales "establecidas" a partir del segundo boom petrolero (2004-2014) en Comodoro Rivadavia* (Tesis doctoral). Doctorado en Sociología de la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/796?mode=full>

Batthyány, Karina (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: Una mirada a las experiencias regionales. *Serie Asuntos de Género*, 124, 9-43.

Briones, Claudia y Ramos, Ana (2016). *Parentesco y política. Topologías indígenas en Patagonia*. Viedma, Argentina: Universidad Nacional de Río Negro.

Butler, Judith (2010). *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Barcelona, España: Paidós.

Calderón, Fernando (2000). Campesinos y migrantes. Naciones en movimiento. *Tincazos*, 6. La Paz, Bolivia: PIEB.

Carsten, Janet (2000). "Introduction". En Carsten, Janet (Ed.), *Cultures of Relatedness. New Approaches to the Study of Kinship* (1-36). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Comas D'argemir, Dolors (2014). Los cuidados y sus máscaras: Retos para la antropología feminista. *Mora*, 20(1), 23-39. doi: <https://doi.org/10.34096/mora.n20.2339>

De La Torre, Luz María y Sandoval Peralta, Carlos (2004). *La reciprocidad en el mundo andino. El caso del pueblo Otavalo*. Quito, Ecuador: Abya Yala.

Epele, María (2012). *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En Esquivel, Valeria, Faur, Eleonor y Jelin, Elizabeth (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil* (pp. 11-43). Buenos Aires, Argentina: IDES, UNICEF.

Fernández Juárez, Gerardo (2004). Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del "susto" en el altiplano de Bolivia. En Fernández Juárez, Gerardo (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina* (pp. 279-304). Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Fisher, Berenice y Tronto, Joan (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. En E. Abel, Emil y Nelson, Margaret (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54). NewYork, EEUU: SUNY Press.

Flores Ángeles, Roberta Liliana y Tena Guerrero, Olivia (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: un tejido en tensión. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 27-42. doi: <https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1426>

Foster, George (1953). Cofradia and Compadrazgo in Spain and Spanish America. *Southwestern Journal of Anthropology*, 9(1), 1-29.

Gavazzo, Natalia y Nejamakis, Lucila (2021). "Si compartimos, alcanza y sobra". Redes de cuidados comunitarios entre mujeres migrantes del Gran Buenos Aires frente al covid19. *REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum.*,29(61), 97-120. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006107>

Guber, Rosana (2014). *La articulación etnográfica Descubrimiento y trabajo de campo de la investigación de Esther Hermitte*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.

Haro-Encinas, Jesús Armando (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep (Eds.), *Medicina y cultura estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

Idoyaga Molina, Anátide (2003). *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones IUNA.

Jelin, Elizabeth. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Lamarque, Muriel y Moro Gutiérrez, Lourdes (2020). Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones. *Migraciones Internacionales*, 11(2), 1-20. doi: <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1796>.

Leslie, Charles (1980). Medical pluralism in world perspective. *Social Science & Medicine. Medical Anthropology*, 14(4), 191-195. doi: [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(80\)90044-7](https://doi.org/10.1016/0160-7987(80)90044-7)

Leyton, Daniela y Valenzuela, América (2016). Trayectorias del cuidado de la salud infantil. El caso de la comunidad atacameña de toconao. *Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas*, 55, 251-270. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-10432017005000017>



Lorenzetti, Mariana (2012). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Departamento de San Martín (Salta). *Publicar*, 10(11), 65-86.

Magliano, María José, Mallimaci Barral, Ana Inés, Borgeaud Garciandía, Natacha y Rosas, Carolina (2018). Migración y organización social del cuidado en Argentina: un campo de estudio emergente. En Baeninger, Rossana et al. (Comps.), *Migrações Sul-Sul* (pp. 741-749). Campinas, Brasil: UNICAMP.

Magliano, María José, Perissinotti, María Victoria y Zenklusen, Denise (2014). Estrategias en torno a las formas de apropiación y organización del espacio en un 'barrio de migrantes' de la ciudad de Córdoba. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 29(3), 513-539. doi: <https://doi.org/10.24201/edu.v29i3.1470>

Magliano, María José (2018). Mujeres migrantes y estrategias comunitarias de reproducción de la vida en contextos de relegación urbana. En Magliano, María José (Comp. ), *Entre márgenes, intersticios e intersecciones* (pp. 87-120). Buenos Aires, Argentina: Teseo Press.

Magliano, María José y Perissinotti, María Victoria (2021). La gestión de lo común como nuevas formas de ciudadanía. El caso de las cuidadoras comunitarias migrantes en Córdoba, Argentina. *Revista Española de Sociología*, 30(2), 1-15. doi: <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.33>

Maidana, Carolina (2013). Migración indígena, procesos de territorialización y análisis de redes sociales. *Rev. Interdiscipl. Mobil. Hum*, 21(41), 277-293. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-85852013000200015>

Mallimaci Barral, Ana y Magliano, María José (2021). Trabajos de cuidado. En Jiménez Zunino, Cecilia y Trpin, Verónica (Coords.) *Pensar las migraciones contemporáneas* (pp. 317-326). Buenos Aires, Argentina: Teseo.

Marcus, George (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127.

Martín, Eloísa (2007). Aportes al concepto de 'religiosidad popular': una revisión de la bibliografía argentina. En Carozzi María y Ceriani, Cesar (Eds.), *Ciencias sociales y religión en América Latina. Perspectivas en debate* (61-86). Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Mendoza Ontiveros, Martha Marivel (2010). El compadrazgo desde la perspectiva antropológica. *Alteridades*, 20(40), 141-147

Menéndez, Eduardo (1978). El modelo médico y la salud de los trabajadores. En Basaglia Franco (Ed.), *La salud de los trabajadores* (pp. 11-53). DF, México: Nueva Imagen.

Menéndez, Eduardo (1981). *Poder, estratificación social y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán Tarragona*. Tarragona, España: Ediciones URV.

Menéndez, Eduardo (1992). Modelo hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos-Navarro, Roberto (Comp. ), *La antropología médica en México* (pp. 97-114). D.F., México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, Eduardo (1994). Prácticas populares, grupos indígenas y sector salud: articulación cogestiva o los recursos de la pobreza. *Publicar*, 2(4), 7-32.

Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

Mignolo, Walter (2014). El pensamiento des-colonial, desprendimiento y apertura: Un manifiesto. En García-Linera, Álvaro, Mignolo Walter y Walsh Catherine (Eds.), *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento* (pp. 83-123). Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Signo.

Ministerio de Educación y Secretaría de Salud de la Provincia de Chubut (2009). Diseño curricular de la tecnicatura superior en salud comunitaria. Recuperado de [https://isfd804-chu.infod.edu.ar/sitio/upload/Tecn.\\_Salud\\_Comunitaria.pdf](https://isfd804-chu.infod.edu.ar/sitio/upload/Tecn._Salud_Comunitaria.pdf)

Ortner, Sherry y Whitehead, Harriet (1981). *Sexual Meanings. The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

Paredes, Julieta (2014). *Hilando fino desde el feminismo comunitario*. D.F., México: Comunidad Mujeres Creando Comunidad.

Perdiguero-Gil, Enrique (2004). El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 140-145.

Perdiguero-Gil, Enrique (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) *Salud e interculturalidad en américa latina Antropología de la salud y Crítica Intercultural* (pp. 33-50). Quito, Ecuador: Abya-Yala.

Pozzio, María (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas públicas*. Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.

Quijano, Aníbal (2000). Colonialidad del Poder y Clasificación Social. *Journal of world-systems research*, 6(2), 342-386.

Ramírez-Hita, Susana (2010). Donde el viento llega cansado. *Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz, Bolivia: Cooperación Italiana.

Razavi, Shahra (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Ginebra, Suiza: United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD).

Rosas, Carolina (2018). Mujeres migrantes en el cuidado comunitario. Organización, jerarquizaciones y disputas al sur de Buenos Aires. En Vega Cristina, Martínez-Buján Raquel y Paredes Myriam (Eds.), *Experiencias y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el sur de Europa* (pp. 301-321). Madrid, España: Traficantes de Sueños.

Rosas, Carolina y Gil Araujo, Sandra (2021). Cuidado comunitario, políticas públicas y racionalidades políticas. El Estado y las trabajadoras vecinales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Española de Sociología*, 30(2), 1-16. doi: <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.32>

Sanchís, Norma (2020). *El cuidado comunitario en tiempos de pandemia... y más allá*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Asociación Lola Mora, Red de Género y Comercio.

Segato, Rita Laura (2007). *La nación y sus otros. Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de Políticas de la identidad*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.

Segato, Rita Laura (2015). Género y colonialidad: del patriarcado comunitario de baja intensidad al patriarcado colonial moderno de alta intensidad. En Segato Rita, *La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda* (pp. 69-100). Buenos Aires, Argentina: Prometeo.

Segato, Rita Laura (2016). *La guerra contra las mujeres*. Colección Mapas 45. Madrid, España: Traficantes de Sueños.

Semán, Pablo (2001). Cosmológica, holista y relacional: una corriente de la religiosidad popular contemporánea. *Ciencias Sociales y Religión*, 3(3), 45-74. doi: <https://doi.org/10.22456/1982-2650.2169>

Tsing, Anna (2005). *Friction. An Ethnography of Global Connection*. Princeton, EEUU: Princeton University Press.

Vargas, Amalia Noemí (2013). Compadrazgo de difuntos en Jujuy, Argentina. *Scripta Ethnologica*, 35, 77-92.

Vargas, Amalia Noemí (2015). El rutichico y el bautismo en el noroeste argentino. *Mitológicas*, 30, 77-96.

Vega Solís Cristina, Martínez-Buján Raquel y Paredes Chauca Myriam (2018). Introducción. En Vega Solís Cristina, Martínez-Buján Raquel y Paredes Chauca Myriam (Comps.), *Cuidado, comunidad y común. Explorando experiencias, ámbitos y vínculos cooperativos en el sostenimiento de la vida en América Latina y el Sur de Europa*, (pp. 15-50). Madrid, España: Traficantes de Sueños.

Walsh, Catherine (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político- epistémicas de refundar el Estado. *Tabula Rasa*, 9, 131-152. doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.343>