



IMAGEM / IMAGEN: PxHere

Enfermedades de niñas y niños mbyá-guaraní: Tratamientos en un entramado de relaciones¹

Alfonsina Cantore

¹ En este trabajo se presentan resultados de mi tesis de maestría en Antropología Social que versa sobre la distribución desigual por género de cuidados de niñas y niños en comunidades mbyá-guaraní.

El nacimiento de una niña o un niño mbyá suele ser un acontecimiento celebrado en las comunidades, es una expresión de confianza de los dioses a una pareja. Pero esa confianza debe ser retribuida demostrando que son capaces de hacer que el alma enviada por los dioses quiera permanecer en la tierra. La comunidad entera dispondrá los recursos y acompañará a la familia en el crecimiento de la/el recién nacida/o, la categoría nativa para denominar esta etapa es *pytã*. Se espera que, al ir creciendo, la/el niña/o despliegue una serie de rasgos físicos, sociales y anímicos, entre los que se destacan el caminar, comenzar a hablar, recibir su *rery* – nombre indígena enviado por los dioses –, que se integre al grupo de pares, que reciba cariño, que no llore, que juegue, entre otras. Condiciones que se desarrollan de forma gradual y que no se dan todas juntas; a este período se lo denomina *kiringüe* (Enriz, 2012).

Así, durante el primer tiempo de vida toda la familia, especialmente la madre, el padre, y las/os abuelas/os, dispondrán su tiempo y dedicación continua a atender a la/el bebé. Las buenas acciones de madres y padres serán prácticas destinadas al crecimiento del/a niño/a. Estas características de la infancia nos acercan a las ideas sobre lo que se considera que un/a niño/a esté sana/o que si bien no es similar a no estar enfermo, pero tampoco le es excluyente. Algunas expresiones como “el bebé está gordito” o “es cachetoncito” son compartidas en la comunidad para describir el bienestar de una niña o un niño. Cuando crecen las palabras como “gordito” y “cachetoncito” dejan de tener el valor tan positivo que tiene durante el primer tiempo de vida, ya que se valoran que la persona tenga un peso que le permita ciertas destrezas físicas donde el alto o bajo peso son limitantes. Teniendo esto en cuenta considero esas categorías están relacionadas con los diálogos constantes con el sistema público de salud donde el bajo peso y la desnutrición infantil son una preocupación. Cuando se manifiesta una enfermedad o un problema de salud en bebés y niñas/os la búsqueda de soluciones es diversa incluyendo itinerarios que se construyen entre la medicina indígena o del sistema hegemónico, lo que no necesariamente generar controversias.

Algunas enfermedades serán atendidas a través de la administración de remedios de plantas o en el *opy* (casa de rezo) dependiendo de la gravedad que consideren. El conocimiento sobre plantas medicinales circula por distintas personas de la comunidad, pero quizás, son las *kuña karai* (mujeres adultas) a quienes se les reconoce el mayor conocimiento sobre los yuyos. Cuando se trata de curaciones en el *opy* es el *opygua* (líder espiritual, en general un varón) quién lleva a cabo el tratamiento. Noelia Enriz (2009) que pudo presenciar estas ceremonias describe que estos métodos demandan varios días y disposición de la comunidad. Pero, estas curaciones a través de rezos o plantas medicinales no eliminan la posibilidad realizar otros recorridos.

Me interesa relevar esos cuidados cuando la dolencia afecta a las niñas y los niños *pytã* o *kiringüe* porque esas interacciones son más cotidianas que en la edad adulta por ser la población de mayor control por el sistema público de salud. Con este fin a continuación propongo distinguir tratamientos propios de la medicina indígena de alternativas actuales con las que se encuentra esta población, problematizando la compleja malla de relaciones a la hora de atender a un problema de salud.

Estos debates se sustentan a partir del registros de campo etnográfico recuperados entre el años 2015 y 2019 en la zona norte de la provincia de Misiones (Argentina)². Las comunidades del departamento de Iguazú plantean particularidades relacionadas con el entramado entre lo

2 En esta provincia se encuentran más de 100 comunidades indígenas que tienen distintas características y vínculos con la sociedad envolvente y las instituciones estatales.

urbano y lo rural. En este trabajo me refiero a 4 locaciones³ mbyá (de 6 en la zona) que se ubican en un predio conocido como las 600 hectáreas que está rodeado de la ruta nacional N° 12 por la que se llega a Brasil y a las Cataratas del Iguazú, por lo que es muy transitada. Por ese camino hay una parada de colectivo urbano en la entrada a las 600 que lleva a la ciudad demorando más o menos 15 minutos para arribar en el hospital, además la ambulancia llega a la entrada de los núcleos habitacionales. Este camino está pavimentado en busca de mejorar el acceso a hoteles y emprendimientos turísticos con quienes las y los indígenas disputan sus tierras (Cantore; Boffelli, 2017).

Distintas etapas de vida, diferentes sentidos de cuidado

En este trabajo parto de la idea de que los cuidados de las niñas y los niños son primordiales para las familias guaraníes. La dedicación constante a la atención infantil, las demandas de tiempo y la disposición de recursos económicos y simbólicos del grupo nos llevan a sostener esta hipótesis. Una reflexión comparativa de los cuidados durante distintas etapas de vida colabora para fortalecer estas ideas, principalmente si entendemos a la infancia y a la vejez como dos etapas en las que en sociedades occidentales implican una asistencia sensible y dedicada. Sin embargo, los sentidos que adquieren estos momentos del ciclo de vida en el grupo guaraní es relevante para comprender el entramado de relaciones que se ponen en juego ante una exigencia o necesidad de cuidado.

En una charla con un varón adulto sobre una mujer anciana que vivía en la comunidad le pregunté ¿quién se encargaba de cuidarla? Su respuesta fue que nadie debía cuidarla, que ella no necesitaba ser cuidada (Diario de Campo, Iguazú, marzo 2019). A primera vista esta respuesta pareciera confirmar la idea de vulnerabilidad y la necesidad de protección de niñas y niños. Pero, además, el conocimiento de los ancianos y las ancianas es altamente valorado por el grupo mbyá, y su presencia es depositaria de un valor especial, ya que se considera que estas personas han adquirido a lo largo de su vida conocimientos ligados al monte, la caza, lo religioso, etc., que las y los más jóvenes desconocen y son las personas mayores quienes pueden transmitir esas enseñanzas.

3 A fin de mantener el anonimato de las personas y las comunidades donde realizó trabajo de campo las menciones sobre las mismas se harán de manera general.

Las formas de denominar a estas personas son *karai*, hombre adulto y *kuña karai*, mujer adulta.

El término *karai*, presente en ambas categorías, puede ser aplicado en diferentes contextos y en todos los casos, refiere a una serie de características tales como madurez, sabiduría, poder, y espiritualidad, que habilitan a quienes lo poseen – varones y mujeres – a realizar tareas indelegables a los jóvenes (Martínez; Crivos; Remorini, 2002, p. 220).

Las ancianas y los ancianos son quienes dan buenos consejos, hacen un buen uso de la palabra, hablan mejor la lengua indígena y conducen la ceremonia religiosa. También son consultados para el cuidado de niños y niñas porque son quienes tienen un mayor conocimiento de plantas medicinales de monte, entre otras sabidurías ancestrales. Las experiencias y saberes de las abuelas y los abuelos son respetados más allá de los lazos de parentesco.

Tales ideas sobre la vejez son muy interesantes para dar cuenta de las nociones sobre cuidado que tiene el grupo. La ancianidad *mbyá* plantea interesantes diferencias respecto a los estereotipos occidentales sobre la longevidad donde se asimila a esta etapa de vida con la debilidad y la exigencia de cuidados constantes. Esto se transforma en una problemática por la falta de redes e instituciones de cuidado estatales o las complejidades de organismos privados (Jelin, 1998; Faur, 2014). Por el contrario, en el grupo *mbyá* se espera que en la vejez las personas sean más activas e independientes: que realicen tareas de subsistencia desde cocinar hasta vender artesanías, que puedan moverse por sus propios medios. Su fortaleza corporal es una característica muy visible y destacada por los miembros de la comunidad.

Se suele ver a las abuelas y los abuelos visitando a sus familiares. Cuando han enviudado tienen su propia casa que se ubican muy cerca de la casa de una hija o un hijo. Podemos pensar que la vejez no implica una demanda de cuidado constante. No conllevan el tiempo de dedicación cotidiana que sí precisan las/los más pequeñas/os. Por el contrario, cuando nace una persona o durante su niñez se considera que son más vulnerables a los peligros espirituales, del monte o de relaciones negativas. La protección de las niñas y los niños es la tarea primordial de madres y padres para intentar que nada malo les pase. La comunidad entera acompaña y observa a esta pareja a fin de guiarlos en las acciones correctas y sostener el bienestar de su hija/o. Cualquier acción negativa o relación con otra persona que pueda acarrear problemas en la salud de la niña o el niño son marcadas por el grupo, por lo que se espera que la conducta de la pareja sea intachable.

Atenciones médicas, respuestas comunitarias

Me interesa problematizar qué sucede cuando una dolencia o enfermedad afecta a las niñas y los niños *pytã* o *kiringüe*. Mi intención es complejizar este punto atendiendo a las relaciones interculturales con el sistema público de salud, ya que son más cotidianas que en la edad adulta por ser la población de mayor control estatal. Este es punto importante a tener en cuenta porque el sistema médico hegemónico exige el cumplimiento del calendario de vacunaciones y los llamados *controles del niño sano* que se desarrollan durante el primer tiempo de vida, ya. Agreguemos también que estos exámenes se presentan como requisito para ser beneficiarias/os de distintos planes y programas sociales. Lo cierto es que estas acciones estatales conllevan a un control periódico de las y los infantes que en contextos de pobreza tienden a registrar especialmente situaciones de desnutrición (Leavy, 2014).

Como anticipé, la cotidianidad de los intercambios con el sistema público de salud depende en gran parte de los espacios geográficos y políticos en los que viven las y los mbyá. En la zona noreste de la provincia de Misiones, Argentina, la cercanía de las comunidades a la ciudad permite que las consultas puedan ser más cotidianas que en espacios reclusos o de difícil acceso. Para comprender a qué me estoy refiriendo es necesario caracterizar el espacio en el que realizo trabajo de campo: la estructura edilicia sanitaria en los núcleos; las visitas de las/os médicas/os y la participación en los espacios biomédicos por género y edad. Al explayarme sobre estas características intento contextualizar cómo dialogan los cuidados médicos hegemónicos y mbyá cuando acontece una enfermedad en la niñez.

El hospital de la ciudad de Iguazú tiene la característica de ser Centro de Salud Intercultural provincial desde 2017. Como parte de las políticas de interculturalidad se señaló en lengua indígena y se incorporó una agente sanitaria mbyá a quien se le designó una oficina propia. Las consultas de las y los indígenas al hospital suelen ser por derivación y no utilizan esta estrategia como primera instancia.

Quienes derivan hacia el hospital son las médicas y los médicos que asisten a las comunidades una o dos veces por semana, o las y los agentes sanitarias/os indígenas que forman parte de las comunidades. Estas consultas se hacen en los Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) en aquellas comunidades que cuentan con estas salas y cuando no existe se hace bajo un árbol al lado de la casa del cacique. Los días que la salita está abierta, sea atendida por la médica o por las/los agentes sanitarias/os, se hace tiempo afuera con unas sillas de plástico que están guardadas en la sala y se sacan a medida que las personas van llegando. Es importante notar que son mujeres con niñas y niños quienes esperan para ser atendidas/os.

Siendo esta la oferta de atención sanitaria estatal, un conjunto de representaciones sobre los cuidados de la familia se pone en juego al momento de una consulta médica. Durante una entrevista con la médica pediatra del hospital me comentaba que a veces debía negociar con las formas de atención. Debido a la intensidad y cantidad de demandas por día había propuesto a sus pacientes cumplir con horarios de consultas, pero estos no eran respetados. Según ella, era debido a la falta de costumbre a cumplir horarios. Esta conversación derivó en la consulta sobre el uso de medicamentos:

Durante la conversación me comentaba que cuando trabajaba en la comunidad se encontraba negociando algunas cosas. A veces tenía una demanda de 50 personas y le era imposible atenderlas. Les decía entonces que había horarios para la atención, les aseguraba que los iba a atender y les pedía que respeten un poco esos horarios. Sin embargo, me comentaba que entendía que lo de los horarios no era algo fácil porque estaba trabajando con personas que no acostumbraban a esa sistematicidad. Entonces le pregunté qué pasaba con aquellos medicamentos que implicaban tomarlos cada tanta hora o a determinadas horas. Aunque las madres no hablaban con ella, la médica se daba cuenta que le entendían porque la evolución siempre había sido buena, por lo que consideraba que los tomaban correctamente. Dice que nunca se encontró con complejidades grandes, nunca tuvo un caso que se haya agravado. Pero me comentó que ella no permitía los yuyos, que aceptaba el uso de estas medicinas para adultas/os, pero no para niñas/os. Sí otras medicinas alternativas, pero la de ingerir yuyos, infusiones o cualquier otra cosa que entre por la boca, no, porque el metabolismo de las/os chicas/os era muy complicado entonces las dosis podían llevar a un cuadro más complejo. Dice que sabe que hacen medicinas alternativas que, por ejemplo, piensa que en los embarazos van a consultar al *opy*, pero que cada vez es más difícil y ellas/os lo reconocen, porque la llegada a esos medicamentos, el acceso a ellos – que traduzco como el acceso al monte – es cada vez más restringido (Entrevista a médica pediatra, febrero 2018).

Se puede apreciar que, si bien las actitudes de las mujeres son vistas como una barrera en lo que tiene que ver con cumplir horarios o hablar con la pediatra, respondían “correctamente” al tratamiento de sus hijas/os, lo que ella constataba a partir de la evolución de las y los niñas/os. Para la pediatra el uso de yuyos o de medicinas alternativas de ingesta oral, que no sean las que ella prescribe, representan una amenaza para las niñas y los niños. Por otro lado, la pérdida de espacios de los pueblos indígenas está intrínsecamente relacionada a las demandas de atención médica (Lorenzetti, 2011). Así, la médica reconoce que el confinamiento territorial limita el uso de plantas medicinales y lleva a modificar algunas prácticas. Es importante resaltar que cuando se trata de la consulta a la medicina institucional la responsabilidad recae sobre las madres. La médica nunca se refiere al cuidado o a charlas con los padres. Como mencioné anteriormente, en mis registros se hacen estadísticamente relevantes las mujeres consultando ante la enfermedad en el sistema hegemónico, aunque desconozco la atención dedicada de los padres cuando se hacen curaciones en el *opy* o se consulta a especialistas indígenas (que pueden ser *opyguas*, en general hombres que llevan adelante las ceremonias religiosas o *kuña kurai*, mujeres con un alto conocimiento de plantas medicinales). Sin embargo, sí aparecen referencias al cuidado y la dedicación de los padres cuando se aboca a la crianza y la atención cotidiana (Cantore, 2020).

La escasez de recursos en los centros de salud restablece algunas estrategias de medicina tradicional indígena. En una ocasión en la cual que conversábamos con una agente sanitaria en el patio de su casa nos comentaba sobre el cómo afectaba la reestructuración del Programa Remediar de Nación (brinda acceso y cobertura de medicamentos esenciales a través de su distribución directa a los centros de salud) a las partidas por los medicamentos:

Le preguntamos cómo estaba la situación en el centro de salud. Nos comentó que en este momento estaba preocupada porque no había medicamentos en la salita, pero que en el hospital tampoco estaban recibiendo partidas. Nos dice que en el CAPS no tienen casi nada y que lo que más necesitan son antibióticos, pero como en el hospital tampoco hay recursos, les dan recetas para comprarlos. Ella aclaraba que en este momento “por suerte” no había nadie enfermo grave, pero que estaban resolviendo la situación consultando a la médica jurúa, pero también a las/os expertas/os del núcleo. Consultaban principalmente a la *kuña karai* de la comunidad para que las y los oriente, porque necesitaban ser muy cuidadosas/os. Esas precauciones se debían a que en otra comunidad hubo dos niñas/os intoxicados con medicamento de yuyos. Entonces utilizaban estas hierbas en pocas cantidades y dosis bajas para que no suceda lo mismo. Según relataba, las personas habían cambiado el recorrido para tratar a sus hijas/os. Primero consultaban a la especialista indígena y si no obtenían buenos resultados se presentaban en la salita. La médica jurúa estaba de acuerdo con la ingesta de infusiones cuando no sean excesivos los preparados de té por los riesgos que podían provocar (Diario de Campo en coautoría Enriz y Cantore, Iguazú, mayo 2016)⁴.

Este registro deja ver algunas estrategias que utilizan las y los indígenas ante la falta de recursos que solían ser brindados por el Estado. Como se trata de problemáticas en las que la médica *jurúa* solía intervenir, a la hora de cambiar el tratamiento se la involucra para que legitime el uso de medicinas alternativas, más allá que sea una práctica habitual para el grupo. Las/os agentes sanitarias/os en calidad de efectores de sistema público de salud se presentan favoreciendo diálogos entre unas y otras prácticas. Ante la falta de partidas gubernamentales el uso de yuyos aparece como una solución, aunque su uso diario no dependa de que lo aprueben o no las médicas/os.

4 Parte de los registros presentados en este trabajo son de co-autoría. En esos casos la cita del registro cuenta con el nombre y apellido de las participantes en el trabajo de campo.

Más tarde, otras personas me relataron que las plantas medicinales no las/os habían intoxicado y, aunque no he podido confirmarlo, es destacable que para la agente la administración debía ser solo por la especialista indígena y hacerse de manera muy cuidadosa. Sabemos que la consulta a estas especialistas no se realiza únicamente ante las carencias estatales, pero posiblemente se agudicen en los momentos en que el ámbito institucional no puede dar respuesta.

Pero la recurrencia en el sistema de salud público tiene también que ver con las exigencias y obligaciones del Estado a atender a población vulnerable y apunta principalmente a la niñez por la delicadeza de esta etapa de vida. Esto se deja notar principalmente en las vacunaciones y los controles sanitarios durante el primer tiempo de vida que, si bien son una exigencia estatal, también les permite a estas personas ser beneficiarias de distintos planes y programas que se interrelacionan. Las personas de la comunidad son muy receptivas de programas como los de vacunación que apuntan a la prevención de enfermedades. No suele haber resistencias a las vacunaciones o controles de peso y talla de las/los más chicos/as. Además, los planes y programas sanitarios tienen otra veta que es el acceso a fuentes de ingreso – como las asignaciones familiares – que son primordiales en situaciones de empobrecimiento extremo como en las que viven estas poblaciones. Lo cierto es que estas acciones estatales conllevan a un control periódico de las y los infantes en poblaciones de emergencia por sus índices de desnutrición y pobreza (Leavy, 2014). Una agente sanitaria indígena me comentaba respecto de estos temas:

Le pregunté por los controles de peso y talla y me contó que 14 niñas/os tenían bajo peso y por eso habían entrado en el plan Hambre Cero, pero agregó que este plan solo les enviaba leche para que recuperen peso. Ella, por su parte, se estaba acercando a las mamás que estaban con este plan para enseñarles cómo preparar la leche y aconsejarlas para que rinda más y sea más rica. Esta decisión había sido porque “vi que en la otra comunidad las mamás preparan la leche caliente y después le agregan fría y así no sirve, no quiero ver eso mismo acá”. Fue entonces que le pregunté sobre el amamantamiento y dijo que eso no era un problema en la comunidad, que todas las mamás daban la teta. Con respecto a esto dijo sorprendida que le habían contado que en Brasil estaba prohibido dar la teta en público y que ella lo había evaluado, pero pensaba que “no era ningún pecado darle de comer a tu hijo” (Diario de Campo en coautoría Enriz y Cantore, Iguazú, mayo 2016).

Podemos ver que para la agente sanitaria no alcanza con darle leche de fórmula a las/los niñas/os para un buen crecimiento y recuperación del peso, una serie de factores conllevan al buen desarrollo de lo que se considera una/un niña/o sana/o. Como ocurre en otras regiones argentinas la nutrición infantil de las poblaciones indígenas se convierte destinatarias principales para los sectores de salud porque “exponen críticos indicadores sanitarios, que exhiben la profunda desigualdad al interior de la sociedad nacional y abren una serie de disputas en torno a los modos de construir los datos epidemiológicos” (Leavy, 2014, p. 55) y que son por ello destinatarias de programas estatales de emergencia. Para la promotora de salud el mal preparado de la leche de fórmula no debería ser una problemática en esta comunidad y por ello busca enseñarles a las madres cómo debería ser según la receta médica. Además, es necesario conocer el estado nutricional de las madres porque muchas de ellas pueden estar sufriendo déficits (Leavy, 2014). Si bien desconocemos la dieta exacta que las madres dan a sus hijas/os, es importante resaltar que las veces en las que hemos compartido comida hemos registrado la dificultad de una dieta variada debido a las condiciones de pobreza en la que están inmersas estas personas. De aquí que la agente considere que el programa de Hambre Cero no soluciona los problemas de alimentación de las y los niñas/os al solo dar leche de fórmula.

Por otro lado, el amamantamiento no aparece como un inconveniente entre las madres mbyá, en palabras de la agente sanitaria, “no es pecado alimentar a los hijos”. El amamantamiento es un proceso influenciado por diferentes factores y una red de relaciones que se inmiscuirán en esa práctica (Carvalho et al., 2012). Para las y los mbyá-guaraní, dar leche de pecho es una parte importante del cuidado durante el primer tiempo de vida, lo que también es alentado por médicas y médicos, pero ello no nos lleva a desconocer los estados de salud de las madres (Leavy, 2014).

Analizando muy brevemente algunos registros de enfermedades o atención y/o promoción de la salud intenté exponer hasta aquí algunas de las concepciones que aparecen ante el uso de las posibilidades de atención médica. Podemos ver que muchas veces las madres no construyen los mismos criterios de observación que las y los médicas/os, incluso pueden disentir entre ellos. Pero, en general, suele haber una buena recepción de ellas a los criterios médicos. Si bien, como explican Marcela Nari (2004) y Adelaida Colangelo (2006), a través de la puericultura y la pediatría el saber sobre los cuidados de niñas y niños queda en manos de las/os expertas/os médicas/os, esto no quiere decir que los saberes de estas/os especialistas no sean cuestionados o resignificados entre los responsables familiares de cuidado y que, en algunos casos, resulten en itinerarios terapéuticos que no se limitan al sistema público de salud. Un segundo punto a prestar atención es que el sistema público de salud solo destaca a las madres como las únicas responsables de llevar adelante un buen tratamiento lo que veíamos con la entrevista con los tratamientos mencionados por la pediatra o la correcta receta de preparación de leche que la agente sanitaria enseñaba a las madres.

Acontecimientos desafortunados, acciones ante una enfermedad

Como decíamos, la búsqueda de respuesta a las diversas situaciones de enfermedad no excluye la posibilidad de recurrir a los centros de atención médica hegemónica o al *opy*, o a especialistas de una u otra medicina. La atención en el sistema público de salud no necesariamente pone en cuestión los valores de la comunidad. En este sentido, que las niñas y los niños crezcan fuertes y con cariño continúa siendo primordial y se refuerza ante las vulnerabilidades más extremas y resignifican su sentido cuando las y los infantes tienen alguna enfermedad. Como suele suceder en espacios de salud intercultural, muchas veces no se pone en duda que uno u otro espacio puedan ser lugares de sanación, sino el entramado de relaciones que se ponen en juego (Lorenzetti, 2011). Me interesa profundizar este punto a través del relato de una experiencia concreta de enfermedad que le diagnostican a un niño. Lo que quiero visibilizar con ello son un conjunto de acciones y prácticas concretas por parte de las adultas y los adultos para tratar esta enfermedad y lograr finalmente que sane. El siguiente fragmento de campo presenta algunas estrategias de sanación para un niño al que le habían diagnosticado cáncer:

Eran casi las 9 de la mañana y fui a visitar una familia. Vi que al lado de su casa se estaban armando una nueva casita de madera. Estaba casi terminada, pero cuando pregunté me contaron que aún no duermen ahí, faltaba terminar unos detalles. De esta casita nueva un grupo de niñas y niños entraban y salían. Les gustaba jugar en la casa nueva. Cuando observé, reconocí que algunas/os de estas/os niñas/os eran las/os hijas/os de la pareja a la cual estaba visitando. Entre la comunidad de juego se encontraba el hijo menor de la familia, que me llamó mucho la atención porque estaba pelado. Su padre me contó que tiene cáncer, se lo descubrieron hace muy poquito. Había tenido un tumor, lo operaron y la operación salió bien, pero al poco tiempo le descubrieron el cáncer. En este momento se encontraba con tratamiento de quimioterapia y ya había pasado la primera sesión. El tiempo entre una y otra era de 21 días. Lo llevan a tratar a Posadas, la capital de la provincia que queda a 300 km

de Puerto Iguazú. Este viaje lo repetían cada cinco días. El lunes siguiente debían viajar para la segunda sesión de cuatro. A raíz de esta conversación me contaron que estaban construyendo la casa para ese niño, para que esté bien. Su madre y su padre me decían que el niño es muy fuerte y por eso había salido muy bien de la operación. Entre risas me decían que en el hospital peleaba a los médicos, lo que para la madre y el padre daba cuenta de su fortaleza. El niño que tiene más o menos dos años andaba por los alrededores, iba de brazo en brazo, caminaba y se reía. Todos los que tenían upa siempre le daban muchos besos (Diario de Campo, Iguazú, noviembre 2016).

Conocer algunos detalles son necesarios para comprender mejor qué prácticas de cuidado se llevaron a cabo durante este episodio de cáncer y las posibilidades con las que esta familia contaba para llevar adelante el tratamiento. El padre del niño es el cacique y, como tal, tiene buenas relaciones con el intendente de turno quien le donó los materiales para la casa y le pagaba los pasajes a Posadas, Argentina, para cumplir con el tratamiento. Contextualizando un poco más, la madre y el padre del bebé enfermo se habían separado un tiempo antes de recibir este diagnóstico. Sin embargo, la enfermedad del niño hizo que la pareja vuelva a unirse, pero esta alianza no duró demasiado tiempo. Posiblemente este intento de recomposición tenga que ver con que para la comunidad las enfermedades de las niñas y los niños se relacionan con el mal accionar de las madres y los padres. Pasada la quimioterapia sus m/padres volvieron a separarse, pero durante ese momento todo el empeño fue puesto en brindarle mejores condiciones de vida para que el alma del/a niño/a se sienta a gusto en el lugar, logre hallarse (Schaden, 1998). Esto implicó cambios profundos en los proyectos de vida de la madre y el padre. A este último le significó poner en pausa su relación con una nueva pareja hasta que el niño se curara. Por su parte, la madre estaba organizando cambiarse a una comunidad en Brasil donde tenía otros lazos establecidos y sus hijos/as la seguirían. Posiblemente, la comunidad haya alertado a la pareja sobre sus comportamientos negativos y haya aconsejado reestablecerse para no perder esa ñe'ẽ (alma) que les fue entregada y, así, no defraudar a los dioses. Una vez que el niño se recupera se vuelven a habilitar otras acciones para su madre y su padre.

Además de estas modificaciones concretas en la vida de las/os adultas/os, en ese esfuerzo por el bienestar del niño se lo estimula con cariño y fortalecimiento constante que son claves para la crianza guaraní. Pero, también, se llevan adelante acciones materiales como una nueva casa. Aquí, es importante tener en cuenta que esas operaciones materiales que apuntan a un mejor cuidado son sostenidas en un tejido de relaciones previas. En este caso, el cacique tiene buena relación con el intendente de turno y a través de él se obtuvieron los materiales para la casa y los pasajes a Posadas para cumplir con el tratamiento. Esto es interesante porque deja claro que las actividades de cuidado se componen de un amplio entramado de relaciones y recursos que tienen las personas para llevar adelante un tratamiento.

Conclusión

En este breve texto intenté abordar diversas voces sobre los cuidados de las niñas y los niños mbyá-guaraní. A partir de registros etnográficos pude registrar algunas aristas que surgen cuando nos referimos específicamente a los cuidados de salud y atención sanitaria. Una de las cuestiones más explícitas que aparecieron fue que los padres pocas veces se hacen cargo de la consulta en el sistema público de salud, pero en el tratamiento cotidiano la comunidad exige que tanto el padre como la madre se comporten acorde a lo que necesita el niño o la niña. Si bien no lo traté en este texto, en mis trabajos de campo aparecieron referencias al cuidado de los padres en otros espacios de la vida cotidiana, aunque no de manera equitativa (Cantore, 2020).

Las desiguales distribuciones de género emergen en los discursos médicos y es propiciado por las instituciones y las políticas públicas donde las mujeres son quienes usualmente cuidan. Las y los médicos como referentes institucionales siempre avocan a ellas, a la vez que proponen formas de vínculos familiares que se reflejan en la consulta, pero que se nos escapa si hay continuidad cuando están fuera de la salita. Vemos así, que los discursos y prácticas médicas tienen sus efectos en las acciones de cuidado. En estos discursos aparece cómo debería ser ese cuidado y la crianza cotidiana, por ejemplo, cómo debería ser la alimentación. Así, las y los médicos se posicionan como especialistas en esos cuidados (Colangelo, 2006). Ellas/os exigen la utilización de determinados medicamentos y prohíben la de otros.

Esto reaparece de forma particular en el registro con la agente sanitaria indígena porque conoce los vínculos comunitarios a la vez que se posiciona como una referente en la crianza y cuidado de las niñas y los niños. Pero vemos además que en ese registro la preparación de alimentos y dar de comer a sus hijas/os (más allá del amamantamiento) aparecen como una tarea de las madres, lo cual se condice con la distribución de roles al interior de la comunidad que, en este sentido, no son tan distintas a la de la sociedad envolvente.

Por su parte, las madres responden positivamente a los tratamientos médicos institucionales. Podemos dar cuenta de esto a través del discurso de la médica pediatra que, si bien tiene su queja de no poder organizar las consultas, ve que las mujeres cumplen con los tratamientos, incluso con aquellos que incluyen un tiempo definido para su ingesta.

Pero también anticipamos que los recorridos en diferentes sistemas medicinales no están atados a decisiones de las personas. La exigencia del Estado en el cumplimiento del calendario de vacunación y los controles de peso y talla para la prevención de enfermedades y la detención de bajo peso son calificado positivamente por las madres y fomentan la participación en el sistema público de salud en la etapa de la niñez. Pero los itinerarios se construyen siempre vinculadas al contexto. Vemos, por ejemplo, que la escasez de monte empuja al sistema público por la dificultad de encontrar algunas medicinas debido al desmonte y el arrinconamiento territorial. En otros momentos, en la provincia de Misiones los recursos económicos son más carentes que en otras provincias de la Argentina y, en ocasiones como el recorte de planes, hace que las y los indígenas vuelvan sobre consultas a especialistas de la comunidad.

Podemos ver, también, que cuando hay situaciones de enfermedad grave toda la madre y el padre (y sabemos que toda la comunidad) se pone a disposición para acompañar al niño con cáncer. Eso conlleva a acciones como intentos de restablecer la pareja, brindar cariño al niño, plantear las condiciones para que se halle en el lugar, etc. Lo interesante es que se expresan en ellas otras condiciones como la necesidad de gestionar ciertos recursos que no se distancian ni son contradictorios de las prácticas de cuidado del grupo.

Finalmente, lo que proponemos con este texto es que la niñez es la etapa de la vida en la que más empeño se pone familiar y comunitariamente. Esto se refuerza desde el empeño en demostrar a los dioses que las personas pueden cuidar esa alma en la tierra, que en la vejez aparece asentada con conocimiento y sabiduría adquiridos. Pero se intensifica con en las relaciones institucionales interétnicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CANTORE, A. **Ñeangareko**. Cuidados familiares entre las y los mbyá guaraní. 2020. Tese (Maestría em Antropología), Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.
- CANTORE, A.; BOFFELLI, C. Etnicidad mbyá en Puerto Iguazú. Explotación turística de/en comunidades indígenas en la triple frontera (Misiones, Argentina). **RUNA**, archivo para las ciencias del hombre, v. 38, n. 2, p. 53-70, 2017. Disponible en: <<http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/runa/article/view/2990>>. Acceso en: 18 mar. 2018.
- CARVALHO, A. M. et al. Rede de cuidadores envolvidos no cuidado cotidiano de crianças pequenas. In: GARCÍA CASTRO, M.; CARVALHO, A. M.; CAMPOS MOREIRA, L. (Org.). **Dinâmica familiar do cuidado**. Afetos, imaginário e envolvimento dos pais na atenção aos filhos. Salvador: UFBA, 2012. p. 63-110.
- COLANGELO, A. La crianza en disputa. Un análisis del saber médico sobre el cuidado infantil. In: **VIII Congreso Argentino de Antropología Social**, 2006, Salta. Actas de congreso. Universidad Nacional de Salta, 2006, p. 1-16.
- ENRIZ, N. Kiringüe ata. Niños Rígidos. **Revista Cuadernos del Instituto de Antropología y Pensamiento Latinoamericano**, Buenos Aires, v. 22, n. 1, p. 71-81, 2008.
- _____. Categorías etarias y experiencias cotidianas de niños y niñas mbyá. In: DOMINGUEZ, A. et al. (Org.). **Usos del tiempo, temporalidades y géneros en contexto**. Buenos Aires, Antropofagia, 2012. p. 159-182.
- FAUR, E. **El cuidado infantil en el siglo XX**. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2014.
- JELIN, E. **Pan y afectos, la transformación de las familias**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 1998.
- LEAVY, P. Las lógicas de cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil. **Século XXI – Revista de Ciências Sociais**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 242-268, 2014.
- LORENZETTI, M. Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño. **Corpus**, Mendoza, v. 1, n. 2, 2011. Disponible en: <<http://journals.openedition.org/corpusarchivos/1150>>. Acceso en: 18 set. 2019.
- MARTINEZ, M. R.; CRIVOS, M. A.; REMORINI, C. Etnografía de la vejez en comunidades Mbyá-Guaraní, provincia de Misiones, Argentina. In: GUERCI, A.; CONSIGLIERE, S. (Orgs.). **Il vecchio allo specchio**. Vivere e curare la vecchiaia nel mondo, Vol. 4. Biblioteca di Antropologia della Salute. Genova: Erga Edizione, 2002. p. 206-222.
- NARI, M. **Políticas de maternidad y maternalismo político**: Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004.
- SCHADEN, E. **Aspectos fundamentales de la cultura guaraní**. 3 ed. Asunción: Universidad Católica, 1998.

RESUMEN

Entre las/los mbyá-guaraní se espera que un/a niña/o sana/o despliegue una serie de características físicas, sociales y anímicas. De aquí surgen algunas categorías para dar cuenta de que un/a niño/a está bien. Sostenemos que esas categorías están relacionadas con diálogos constantes con el sistema público de salud. A su vez, cuando se manifiesta una enfermedad o un problema de salud en bebés y niñas/os, la búsqueda de soluciones es diversa. En esa interacción los criterios de observación no son los mismos de las madres y los padres que los de las/los médicas/os, incluso pueden disentir sobre ellos. En paralelo, las consultas y tratamientos dependen de los recursos disponibles. Pero ante cualquier episodio las mujeres son quienes ocupan mayor tiempo en las consultas y atención en el sistema público de salud. Finalmente, vemos que la infancia es la etapa de la vida en que la familia pone más empeño. Sustentamos este debate a partir de discusiones teóricas y registros de campo recopilados en comunidades mbyá-guaraní de Puerto Iguazú (Misiones, Argentina).

Palabras clave:

niñez, indígenas, salud, cuidados.

Doenças de crianças mbyá-guaraní: Tratamentos em rede de relacionamentos**RESUMO**

Entre as/os mbyá-guaraní é esperável que as crianças desenvolvam um conjunto de características físicas, sociais e anímicas. Aqui surgem alguns critérios para saber se uma criança está saudável. Sustentamos que essas categorias estão vinculadas com os constantes diálogos com o sistema público de saúde. Assim, quando uma doença ou um problema de saúde se manifesta em bebês e crianças, procuram-se diversas soluções. Nessa interação, os critérios de observação não são os mesmos das mães e pais que os dos médicos/as, que podem chegar até a discordar. Paralelamente, as consultas e tratamentos dependem dos recursos disponíveis. Mas diante de qualquer episódio, as mulheres são as que passam mais tempo em consultas e atendimentos no sistema público de saúde. Finalmente, vemos que a infância é a fase da vida em que a família põe mais empenho. Sustentamos esse debate com base em discussões teóricas e registros de campo coletados em comunidades mbyá-guaraní de Puerto Iguazú (Misiones, Argentina).

Palavras-chave:

infância, indígenas, saúde, cuidados.

Diseases of mbyá-guaraní children: Treatments in a network of relationships**ABSTRACT**

Among the mbyá-guaraní, a healthy child is expected to display a series of physical, social and emotional characteristics. From this some criteria emerge to define if a child is healthy. We argue that these categories are related to constant dialogues with the public health system. At the same time, when a disease or a health problem manifest in babies and children, the search for solutions is diverse. In this interaction, the observation criteria are not the same for mothers and fathers as those for doctors, and they may even disagree about them. In parallel, consultations and treatments depend on the resources available. But before any episode, women are the ones who spend the most time in consultations and care in the public health system. Finally, we observe that childhood is the stage of life in which the family puts the most effort. We sustain this debate based on theoretical discussions and field records collected in mbyá-guaraní communities in Puerto Iguazú (Misiones, Argentina).

Keywords:

childhood, indigenous, health, care.

FECHA DE RECEPCIÓN/DATA DE RECEBIMENTO: 29/09/2020

FECHA DE APROBACIÓN/DATA DE APROVAÇÃO: 21/12/2020



Alfonsina Cantore

Universidad de Buenos Aires/Instituto de Ciencias Antropológicas (UBA/ICA), Argentina. Prof., Lic. y Magister en Antropología Social por la Universidad de Buenos Aires. Actualmente doctoranda de la misma casa de estudio con beca de estudios en el Instituto de Ciencias Antropologicas de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Sus investigaciones se enfocan en dimensiones de mujeres indígenas con perspectiva de género.

E-mail: alfonsinacantore@gmail.com