

Saber-hacer cuidar en las comunidades mbya guaraní del Alto Paraná (Misiones, Argentina)

The Know-How of Caring in Mbya Guaraní Communities of Alto Paraná (Misiones, Argentina)

MARIANA ISABEL LORENZETTI *

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de Misiones, Argentina

ALFONSINA CANTORE **


Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas / Universidad Nacional de San Martín, Argentina


RESUMEN. En este trabajo retomamos algunos de los debates actuales sobre los cuidados para el sostenimiento de la vida planteados en la agenda social y académica. Las formas de cuidar pueden analizarse problematizando los modos en que las prácticas, saberes y sentidos se ponen en juego en las interacciones sociales. En cada contexto, las adscripciones identitarias configuran dinámicas, negociaciones, acuerdos y resistencias en el saber-hacer cuidar. Nos proponemos abordar las prácticas de los cuidados en salud en las comunidades mbya guaraní del Alto Paraná en vinculación con las formas de reconocimiento de las diferencias que inciden en las maneras de afrontar situaciones de padecimiento. Focalizamos en los modos en que se recrea el “ser indígena” en la sostenibilidad de la vida donde se articulan redes y espacios de cuidado (familiares, sanitarios, comunitarios, etc.) en contextos de segregación social. Consideramos importante retomar el análisis de las dinámicas de cuidado en sentido amplio, dando cuenta de la integralidad de las dimensiones que hacen al bienestar. En esta dirección, pondremos en diálogo nuestros trabajos de campo realizados durante la pospandemia que nos permiten reconocer las especificidades de los cuidados de salud en los contextos interétnicos donde el ser mbya se reactualiza constantemente.

PALABRAS CLAVE: cuidados; salud; indígenas; relaciones interétnicas

ABSTRACT: In this paper, we revisit some of the current debates on care for the sustenance of life as posed in both social and academic agendas. The ways of caring can be analyzed by problematizing how practices, knowledge, and meanings come into play in social interactions. In each context, identity affiliations shape dynamics, negotiations, agreements, and resistances in the know-how of caring. Our aim is to address health care practices within Mbya Guaraní communities of Alto Paraná, in relation to the forms of recognition of differences that influence the ways in which situations of suffering are faced. We focus on the ways in which “being Indigenous” is recreated in the sustainability of life, where networks and spaces of care (family, health, community, etc.) intersect in contexts of social segregation. We consider it important to revisit the analysis of care dynamics in a broad sense, accounting for the integrality of the dimensions that constitute well-being. In this direction, we bring into dialogue our fieldwork carried out during the post-pandemic period, which allows us to identify the specificities of health care in interethnic contexts where Mbya identity is constantly rearticulated.

KEYWORDS: care; health; indigenous; interethnic relations

* Dra. en Antropología (Universidad de Buenos Aires). Investigadora del Instituto de Estudios Sociales y Humanos del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas- Universidad Nacional de Misiones (IESyH-CONICET-UNaM). E: mail: lorenzettimariana@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-6189-535X>

** Doctora en Antropología (Universidad de Buenos Aires) y en Ciências Sociais (Universidade Federal de Bahía) - cotutela-. Becaria posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad Nacional de San Martín/Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (CONICET/UNSAM/EIDAES). E-mail: alfonsinacantore@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-8837-8435>

Introducción

Los cuidados como dimensión vital en la cotidianidad de las personas y los grupos sociales han sido objeto de creciente atención desde diversos campos disciplinarios y enfoques analíticos (Batthyány *et al.*, 2024). En tanto noción transversal a la producción y reproducción de la vida, entendemos que las prácticas de cuidado remiten a “todo aquello que hacemos para mantener, perpetuar y reparar nuestro mundo, de forma tal que podamos vivir lo mejor posible” (Fisher y Tronto, 1990: 40). Estas prácticas, entre las comunidades mbya guaraní de la región del Alto Paraná (Misiones, Argentina) implican modos de vinculación atravesados por relaciones interétnicas históricamente configuradas, que inciden en el sostenimiento de la vida comunitaria.

Desde este marco, nos proponemos explorar las múltiples dimensiones que adquieren los cuidados, en sus aspectos relacionales, temporales y espaciales entrecruzando las distintas perspectivas tanto mbya guaraní como de las/os *jurua* (no-indígenas) que interactúan desde el sistema público de salud. Nos interesa particularmente comprender tanto los vínculos interétnicos como los intergeneracionales, la reactualización de sentidos de pertenencia mbya guaraní y las experiencias que estos condensan, así como también las necesidades y expectativas que se ponen en juego en los espacios comunitarios en torno al sostenimiento de la salud y la atención de determinados padecimientos.

Tomamos como momento de referencia para el análisis de los cuidados en salud las reflexiones y debates que surgieron en distintas circunstancias e interacciones ocurridas en el seno de las comunidades durante la transición hacia la pospandemia de COVID-19, en el año 2021. En particular, nos detenemos en los intercambios mantenidos con dos referentes comunitarios mbya guaraní, así como con algunas/os profesionales de la salud.

Durante esa transición hacia la pospandemia, se (re)abrieron interrogantes en torno a las prioridades colectivas, las formas de reorganizar la vida cotidiana y los sentidos asignados a los cuidados -tanto en el plano individual como comunitario-, proyectando preocupaciones que abarcaban el presente y el futuro de la vida en comunidad (Lorenzetti y Cantore, 2021). Las conversaciones sostenidas con referentes indígenas y profesionales de la salud nos permitieron ir desentrañando la complejidad de los escenarios de cuidado. Es decir, espacios donde se configuraban y negociaban saberes, prácticas y responsabilidades en un entramado de relaciones históricamente desiguales. Esas miradas daban cuenta de la coexistencia de concepciones diversas del bienestar, de los padecimientos y de la atención, y de las variadas intervenciones que buscaban de algún modo adaptarse a las necesidades y expectativas respecto a la sostenibilidad de la vida comunitaria.

En lo que sigue nos adentramos en un ejercicio de contextualización para referenciar algunos procesos y lógicas sociales que han signado el presente de las comunidades mbya guaraní de la zona, para luego poner en diálogo tres registros de campo -dos entrevistas en profundidad y la observación participante de una charla-taller realizada en una escuela secundaria donde participaron estudiantes mbya guaraní, docentes y profesionales de salud-. A partir de este recorrido, nos proponemos analizar en qué medida se retroalimentan ciertas formas de reconocimiento mbya guaraní, las experiencias vividas y las estrategias comunitarias de cuidado en contextos signados por la incertidumbre social, donde el dar y recibir cuidados en procura de generar un bienestar vuelve a poner en foco las responsabilidades, los roles, la carga y los direccionamientos tanto entre adultos y jóvenes mbya guaraní como de las personas que trabajan en el sistema público de salud.

Contextualización

Desde el año 2015 realizamos trabajo de campo en las comunidades mbya guaraní del noroeste de Misiones, específicamente en la Triple Frontera (Argentina, Brasil y Paraguay). Esta región se

ha consolidado como un enclave transnacional marcado por el turismo internacional y nacional de gran escala, especialmente en torno a las Cataratas del Iguazú, lo que imprime ciertas dinámicas socioeconómicas y territoriales particulares, así como un flujo poblacional intenso (Lorenzetti *et al.*, 2024).

En este marco, las seis comunidades indígenas asentadas en la zona son incorporadas a ese circuito turístico, promovido bajo discursos de sustentabilidad y conservación ambiental que las posicionan como parte del atractivo ecoturístico regional (Enriz *et al.*, 2025). Esta dinámica particular demanda una atención desde una perspectiva etnográfica que requiere atender tanto a sentidos y prácticas que configuran los vínculos intra e intercomunitarios, así como con la sociedad no indígena. En dicho contexto, advertimos una presencia estatal más sostenida desde el ámbito sanitario y escolar, como en las iniciativas de sustento vinculadas a actividades productivas y de organización comunitaria relacionadas con el turismo (paseos/visitas guiadas, elaboración de artesanías, entre otras) (Cantore y Boffelli, 2017; Lorenzetti y Lavazza, 2021; Lorenzetti *et al.*, 2024).

Desde esta perspectiva, resulta pertinente situar las vinculaciones históricas y desiguales entre indígenas y no indígenas como una condición estructurante de lo que denominamos “escenarios de cuidado” (Mol y Hardon, 2023). Estos escenarios no constituyen un mero “telón de fondo”, sino que emergen en la intersección de la agencia indígena, la presencia -a menudo fragmentaria o contradictoria- de los dispositivos estatales, y las tensiones entre distintos saberes y prácticas en torno al cuidado de la vida.

Así, en el presente de la salud de las comunidades mbya guaraní, podemos observar la conjunción entre el lugar social asignado (formas de reconocimiento social), las experiencias vividas y las estrategias comunitarias de cuidado. En este escenario, las formas de reconocimiento social no remiten únicamente a una posición estructural de desigualdad, sino también a un régimen de visibilidad que incide en las maneras en que estas comunidades son percibidas, nombradas e intervenidas desde distintas agencias estatales y por otros actores sociales. En relación con las políticas de reconocimiento indígena a nivel local, podemos señalar que estas han estado atravesadas por procesos de subsunción a las lógicas territoriales impuestas por la valorización turística -como lo evidencia el Plan de Ordenamiento Territorial de las 600 hectáreas¹- y por la expansión del ejido urbano del municipio de Puerto Iguazú. Así, por un lado, la construcción icónica de una identidad indígena asociada a un pasado prístino, consustancial a la “preservación natural del entorno selvático”, y por otro, la pérdida de autonomía y recursos necesarios para sostener las condiciones de vida, han ido creando torsiones que reactualizan constantemente los sentidos de pertenencia mbya guaraní, tanto entre las personas adultas mayores como entre las/os jóvenes. La posición social y la visibilidad pública de lo mbya guaraní condicionan tanto la percepción de sus necesidades como las formas de respuesta estatal y comunitaria frente a los modos de sostener la vida y procurar bienestar, enmarcados en torno al alcance de los debates de la interculturalidad en salud (Castro, 2021; Lorenzetti, 2017). Esto se vuelve especialmente relevante en un contexto donde los soportes territoriales que históricamente sostuvieron su reproducción social han sido transformados por lógicas ajenas, como la consolidación de emprendimientos turísticos y la creciente presión del mercado inmobiliario.

Estas transformaciones, que alcanzaron puntos críticos en la primera década del siglo XXI, dieron lugar a fricciones interétnicas cada vez más marcadas con la población no indígena, especialmente en torno al acceso y manejo de recursos indispensables para la vida cotidiana, como el agua, la leña, los espacios para los rozados, la recolección y los materiales necesarios para la producción de artesanías o el techado de viviendas y espacios ceremoniales (*opy* -casa de rezo-). Mientras el crecimiento poblacional de Iguazú sobre tierras fiscales limitó las prácticas tradiciona-

¹ Se trata de una reorganización del espacio que se inició en el 2004 donde se destina más de la mitad de las tierras para actividades turísticas y emprendimientos hoteleros. De esta forma, solo una pequeña área se reconoce como territorio indígena, mucho menor al que históricamente ocupaban, restringiendo su ocupación y usos de recursos naturales (Yasnikowski, 2016).

les y redujo la disponibilidad de espacios de monte, el avance del turismo -particularmente en las zonas donde hoy se ubican complejos hoteleros de alta gama- provocó una pérdida territorial significativa para las comunidades.²

La creciente actividad turística ha llevado a la escenificación de “un estilo de vida mbya guaraní” que se inscribe en circuitos de consumo cultural orientados a los/as visitantes, en los que ciertos elementos identitarios son resignificados bajo lógicas de exhibición que tiende a exotizar y fijar imágenes esencializadas de lo indígena y que se tensionan con las condiciones materiales de vida en territorios reducidos (Enriz, 2020). Pese a ello, tales puestas en escena se han constituido en una de las estrategias principales de manutención complementaria para muchas familias, en un contexto de pérdida territorial y acceso limitado a recursos.

En casi todas las comunidades hay escuelas primarias y solo dos cuentan con escuelas secundarias; en todos estos establecimientos educativos se desempeñan los Auxiliares Docentes Indígenas (ADI). En materia de salud, cada comunidad dispone de una sala de salud o Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y cuenta con un número variable de Agentes Sanitarios Indígenas (ASI), quienes se fueron incorporando progresivamente a partir del Programa de Salud Indígena de la provincia, implementado como respuesta a la situación de vulnerabilidad generada tras la crisis social-política de 2001 que afectó a la Argentina. Tal como recuerdan algunos Agentes Sanitarios, este programa se consolidó ante la creciente necesidad de atender los casos de desnutrición infantil que, durante 2002 y 2003, aumentaron sustancialmente. Especialmente en 2003 cuando un gran número de muertes por desnutrición en las poblaciones indígenas llevaron a la creación del Programa de Salud Indígena *Techaï Mbya*.³ Desde entonces algunos aspectos de la curación, el tratamiento, la prevención y la atención no se desvinculan de las dinámicas, negociaciones, acuerdos y resistencias en el saber-hacer cuidar. En esta dirección, entendemos el saber-hacer cuidar como un tipo de conocimiento práctico que se adquiere en las experiencias cotidianas mediante la participación en distintas actividades expresivas de la vida social, en las cuales se entrecruzan saberes formales o institucionales con saberes tácitos e informales ligados a la sociabilidad y a la dimensión identitaria o de pertenencia social. Se trata, entonces, de un conjunto de habilidades aprendidas que configuran modos de inserción social y de construcción identitaria, así como formas de articulación entre distintos tipos de conocimiento formales e informales (Pardawer *et al.*, 2017).

Nuestro interés está en profundizar cómo ese saber-hacer cuidar se constituye a partir del escenario de vínculos interétnicos. A partir de tres registros que realizamos en conjunto durante el 2021 -derivados de dos entrevistas⁴ e interacciones cuando retomamos el trabajo de campo- traemos al debate los conocimientos, prácticas, necesidades y expectativas que afloran de la mano de diferentes actores. En primer lugar, recorreremos una entrevista conjunta con dos referentes indígenas (una agente sanitaria y un auxiliar docente bilingüe) en la que su doble pertenencia como indígenas y como trabajadores estatales plantea intereses, necesidades y negociaciones desde ese lugar de enunciación (Cantore, 2020). En segundo lugar, retomamos otra entrevista a una agente sanitaria no indígena que trabaja con las comunidades desde hace más de dos décadas, lo que ha resultado en un vínculo sostenido con las personas de las comunidades. Y, por último, reconstruimos un registro de campo de una charla-taller de Educación Sexual Integral (ESI) realizada en una escuela secundaria a cargo de dos obstétricas que en ese entonces comenzaron a trabajar con

² En este contexto, la provincia sólo reconoció 265 hectáreas con título de propiedad comunitaria para una de las comunidades, mientras que en el otro caso únicamente se cuenta con una ordenanza municipal del Concejo Deliberante que promulga la “Reserva Natural-Cultural Aborigen Municipal” en las tierras ocupadas por la comunidad, designando al municipio como protector del “desarrollo de la cultura guaraní y de la conservación del medio que los rodea” (Ordenanza Municipal N° 32/2002).

³ <https://salud.misiones.gob.ar/programas-comunitarios-de-aps-techai-mbya-salud-indigena/>

⁴ Por motivos del Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO), las mismas se realizaron de forma híbrida, mientras una de nosotras recibió a las/os entrevistados/as en su casa, la otra se conectó virtualmente desde Buenos Aires.

las comunidades y cuyas visitas eran esporádicas o estaban orientadas a fines específicos (realización de ecografías, PAP, análisis, etc.). Sus primeras interacciones fueron en la pospandemia, ampliando su trabajo por fuera del hospital con la realización de tareas en territorio.

En lo que sigue nos centramos en el saber-hacer de los cuidados con especial atención a los significados que adquiere el “ser mbya” en el contexto donde las comunidades desarrollan su cotidianidad. Retomando las conceptualizaciones de Molinier (2018) y Pineda Duque (2024), nos referimos puntualmente a un “saber-hacer discreto”, entendido como un conocimiento práctico ligado a un trabajo imprescindible para la reproducción social de las comunidades, que suele ser invisibilizado, silenciado y desvalorizado. Este saber-hacer requiere habilidades específicas y una comprensión profunda de las necesidades de los demás. Su discreción radica en su “naturaleza cotidiana” y en su falta de reconocimiento formal como experticia y capacidad, a pesar de su importancia para el bienestar colectivo mbya-guaraní que se sustenta en la transmisión generacional y en la atención situada donde se realiza.

Dimensiones de los cuidados en clave comunitaria

En mayo del 2021, cuando las medidas de DISPO⁵ ya estaban establecidas invitamos a Lucrecia⁶ (agente sanitaria) y Javier (auxiliar docente) a conversar sobre las reconfiguraciones de los cuidados de salud comunitaria de ese momento específico. Ambos son reconocidos como referentes y ocupan roles que los posicionan como mediadores entre sus comunidades y las instituciones de salud y educación, pero también como portadores y transmisores de saberes propios. Sus trayectorias están ligadas a tareas de cuidado y acompañamiento, tanto en el marco institucional como en el familiar-comunitario. Estas experiencias habilitaron una conversación en la que se entrecruzaron múltiples dimensiones: vínculos intergeneracionales, dinámicas familiares, tensiones y sentidos en torno a los cuidados, responsabilidades asumidas, relaciones interétnicas y proyecciones de futuro.

Aunque desde los discursos epidemiológicos se presentó a las personas ancianas como población vulnerable, las preocupaciones expresadas en los testimonios se centraron especialmente en las/os jóvenes, ya que las/os mayores son reconocidas/os como portadoras/os de saberes sobre el pasado y el futuro. Es en ellas/os donde se ancla la posibilidad de guiar y orientar a la comunidad en tiempos de crisis. En ese sentido, la pandemia visibilizó el valor de ciertos espacios de encuentro, como el *opy*, donde se comparten prácticas como la danza, los cantos y las palabras de las/os mayores, acciones que habilitaron la conexión con visiones del devenir colectivo:

(...) le afecta la pandemia más a los jóvenes, no a los mayores. Viste que en la noticia sale todo... Pero los mayores están preparados, ya saben que va a pasar... hace años... Sí, ellos siempre tienen sus visiones, cuentan. Pero para empezar con esto, siempre con la danza, porque ahí como guaraní, como mbya guaraní ahí nos vamos para saber lo que va a pasar mañana, al futuro, al año... es por eso tan importante eso... como ustedes dicen la iglesia, nosotros le decimos el *opy*... Ahí nosotros vamos, nosotros tenemos obligación como mbya (Lucrecia, 29/05/2021).

Desde esta perspectiva, el *opy* aparece como un espacio colectivo que condensa obligaciones éticas, espirituales y de cuidado, en el cual se actualiza la identidad mbya. En este marco, las/os ancianas/os no son concebidas/os como meras/os receptores de cuidado, sino como guías activas/os de la vida en comunidad.

⁵ Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/241290/20210228>).

⁶ Todos los nombres utilizados en este trabajo son ficticios para preservar el anonimato de las personas.

La circulación de los cuidados para nuestras/os interlocutoras/es no se limitó a pensar a las/os ancianas/os como agentes pasivos y dependientes, tal como fueron considerados desde las recomendaciones epidemiológicas. Sino que habilitó la pregunta de quiénes cuidan a quienes nos cuidan, en tanto son dichas personas las que marcan o guían el rumbo a seguir en base a sus experiencias y vivencias:

(...) es lo que se ha perdido mucho... porque antiguamente había esas comunicaciones, le preguntaba a la mañana qué soñaban al abuelo... y ahí empieza un círculo de conversaciones, de diálogo, que muchas veces son anécdotas que te enseñan: del por qué tal cosa, por qué no tenés que hacer así y hoy en día se perdió mucho la comunicación... muchísimo... desde los hogares (Javier, 29/05/2021).

Este tipo de observaciones remite a formas de transmisión intergeneracional del saber que se basan en el diálogo cotidiano y en la escucha activa de las/os mayores. Pero también dejan ver que esas charlas cotidianas, donde se compartían anécdotas y enseñanzas, se fueron perdiendo, y que hoy en día la comunicación en los hogares ya no es tan fluida como tiempo atrás. En ese marco, el sueño, la conversación y la anécdota pueden leerse como formas de cuidado y orientación, a través de las cuales la vejez encarna una autoridad afectiva, epistémica y espiritual. Esas concepciones de vejez activa dan cuenta de que son actores de escucha, donde todas las partes se implican en ese hacer reflexivo. Entre sus experiencias, las/os adultas/os mayores son los conocedores de los nombres indígenas (*rery*) que orientan el destino de las personas, son quienes las bautizan y muestran las primeras manifestaciones de su personalidad (Porto Borges, 2002; Gorosito Kramer, 2003). Sin embargo, no se trata de un destino dado, sino que las trayectorias de las personas implican autocuidado, un saber-hacer concreto:

(...) los chamanes y los grandes sabios se comunican a través del sueño con los dioses, con el dios nuestro. Y ahí le ponen el nombre a nuestros hijos y escuchan nuevas canciones, nuevas melodías. Y así de generación en generación... y así uno nace ya destinado... O sea por más que yo persiga un sueño... vamos a decir como ustedes... a la manera de los *jurua*... pero si no está predestinado en mi andar, en mi vida... no voy a alcanzar... Es así. Por más que yo me autovote para un chamán, si no voy a ser chamán, si no soy bueno para mi gente... no me muestro tal como soy para un chamán, no soy chamán... puedo tener una inteligencia divina... pero si no voy a ser chamán no estoy predestinado... es así nuestra vida, nuestra cultura... Hablando culturalmente nuestros niños ya vienen con una vida predestinada y uno tiene que buscarlo para que un sabio te cuente. Ellos no van a venir y decirte tu hijo va a nacer así y así va a crecer... vos tenes que buscar... vos tenes que preocuparte... ahí es la manera de mostrar la comunicación (Javier, 29/05/2021).

Como afirmamos anteriormente, las/os ancianas/os brindan conocimientos para el cuidado de las personas, pero saber el nombre no implica una predestinación, sino una búsqueda que atraviesa redes parentales y generacionales. Esto implica un recorrido de las personas desde muy pequeñas para reconocerse en ese nombre que les corresponde y que se inicia con sus madres/padres y con ancianas/os que acompañan y aconsejan hasta que las personas logran cierta autonomía para el autocuidado de las características que le da su nombre:

(...) es algo muy profundo... cada persona, nosotros creemos culturalmente que tenemos un nombre y que tenemos una morada. Una morada especial de donde venimos, que traemos nuestros elementos espirituales. Sólo que nosotros no vemos, pero tenemos la capacidad, la inteligencia... Porque en cada morada, son distintos

dioses. Son moradas especiales, por eso los nombres son diferentes. Y entonces cada persona viene predestinada a tal cosa y a tal cosa se dedica, va a alcanzar. Pero ya depende de cada uno, ya depende de cada persona (Javier, 29/05/2021).

En este marco, la predestinación no cancela la agencia. Marca un horizonte hacia el cual se orientan prácticas activas de búsqueda, escucha y reconocimiento. Saber el nombre no basta: se trata de construir un camino comprometido y afectivo que permita a cada persona desplegar las cualidades que ese nombre contiene. El nombre es entonces un punto de partida, pero también una responsabilidad, un llamado que se despliega en el tiempo y que interpela a la persona y a su entorno. El cuidado, en este sentido, no es una relación unidireccional, sino una trama de vínculos que se teje entre generaciones, donde el sostén de la vida se da a través de prácticas de acompañamiento, orientación y búsqueda compartida.

Como señala Paulo Alves (2023), la pandemia fue desestabilizadora de lo conocido e implicó un reordenamiento de la vida de las personas. Para las/os mbya significó reubicar el lugar de las/os ancianas/os en el cuidado porque la situación de crisis derivada de la pandemia comenzó a ser interpretada en las comunidades como un signo de desajuste, una señal de alerta frente a ciertas dependencias cada vez más marcadas del mundo *jurua*, particularmente en lo referido al sostenimiento económico de las familias. La suspensión de actividades como la venta de artesanías o el turismo puso en evidencia la vulnerabilidad generada por esa progresiva desvinculación de formas tradicionales de autosustento. En este marco, las gestiones para acceder a políticas compensatorias como el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) evidenciaron nuevas formas de intermediación con el Estado, así como preocupaciones ligadas a la creciente necesidad de contar con herramientas y documentos propios del circuito administrativo nacional:

Una de las cosas que más preocupaba era que saliera el IFE. Así, hubo que tramitar porque algunos no tenían la tarjeta y tenían que pedir el turno en el banco para cobrar y eso... y lo que preocupaba era eso, que al no estar la artesanía, ni el turismo, preocupaba: "bueno, ahora de qué vamos a vivir" (Lucrecia, 29/05/2021).

Frente a esta situación de incertidumbre, muchas familias comenzaron a recuperar prácticas de producción y consumo propias, reactivando huertas, criando animales y volviendo a plantar cultivos tradicionales. Estas acciones fueron interpretadas por nuestras/os interlocutoras/es como un efecto inesperadamente positivo de la pandemia, en tanto habilitaron un retorno parcial a modos de vida más autosustentables, en los que se afirmaba una relación directa con la tierra y con los ritmos comunitarios:

(...) ahora mejoró bastante porque la gente o las familias empezó a mirar otra vez como antes, plantar... para decir que la pandemia vino para hacer mal, pero hizo también cosas buenas, en mi cultura, por ejemplo. Las familias empezaron a plantar maíz, todas esas cosas. Se ve. Criar gallinas... Ya vive más natural otra vez... mi mamá ahora tiene bastante cebolla, plantó muchísimo maíz, mandioca, poroto. Ahora estaba pensando hacer piscicultura ahí abajo (Lucrecia, 29/05/2021).

Este proceso implicó una reorganización del sustento cotidiano marcada tanto por el acceso a programas estatales como la IFE, como por estrategias de supervivencia tradicionales de horticultura. La cosecha además de subsistencia para las familias, fue vendida en Ferias Francas que se dispusieron en las comunidades. Y generó un correlato de reencuentro con los espacios del hogar y del entorno familiar: "*Los jóvenes...se quedan en casa, con sus familias...*" (Lucrecia, 29/05/2021).

Los testimonios daban cuenta de una valoración subjetiva de estos cambios, muchas veces expresada en términos personales, pero también en clave colectiva, al proyectar estas prácticas como parte de un legado para las generaciones futuras. Las huertas, el cuidado del entorno y la

transmisión de historias pasaban a formar parte de una memoria activa, no solo para resistir en el presente, sino para dejar huella: “...y bueno, y para eso estamos aprovechando ahora, vamos a dejar un registro, un legado para nuestros nietos...” (Javier, 29/05/2021).

En este entramado de crisis, retorno a lo propio y proyección hacia el porvenir, el cuidado se reconfiguraba como un gesto colectivo de reafirmación identitaria: una forma de reconstruir autonomía frente a la dependencia, de reinscribir los vínculos comunitarios y de asegurar que el conocimiento se mantenga vivo en la experiencia de las próximas generaciones. Así, la espiritualidad no aparece como un ámbito separado de la experiencia, sino como el punto de partida desde el cual se enhebran las interpretaciones sobre la crisis, el presente y el porvenir:

Comenzar desde la espiritualidad y de ahí hablar de la pandemia. Cómo lo fueron tomando, cómo lo están tomando todavía. Se puede hacer un video, una entrevista, simplemente un diálogo grabando. Eso es lo que estábamos hablando, porque muchas veces las abuelas, las madres, para que se vayan soltando más (Javier, 29/05/2021).

Este gesto de comenzar desde la espiritualidad abría, a su vez, el interrogante sobre el registro y la memoria. Las reflexiones situadas en la pospandemia trajeron preguntas sobre ¿cómo conservar los saberes que aún circulan en las comunidades?, ¿qué hacer con las tecnologías que hoy están disponibles? y ¿cómo convertirlas en herramientas para el cuidado, para la transmisión intergeneracional, para dejar huella? Esas inquietudes marcan preocupaciones contextuales que no se limitan a un anhelo de mero retorno al pasado, sino que reconoce las posibilidades materiales actuales. La preocupación no es solo por el presente, sino por el modo en que los saberes podrán ser recordados, reconocidos y recuperados en el futuro:

(...) todo lo que vos ves es pasado... no hay de ahora... pero existe todavía... pero falta registro. Como tenemos la tecnología tenemos que utilizarla... Eso es algo que va a quedar... En el futuro van a hablar del tiempo pasado, pero quienes estuvieron, quién se iluminó para hacer eso... A ver, a mí eso me emociona (Javier, 29/05/2021).

Aparece allí una dimensión afectiva del cuidado: cuidar es también registrar, no para archivar, sino para sostener una memoria viva. Se señalaba, sin embargo, la tensión entre esa voluntad y las condiciones materiales que la dificultan: el acceso desigual a dispositivos, a internet, a formación técnica. Las conversaciones con Javier y Lucrecia nos permitieron atender cómo se llevan adelante y recrean estas acciones de saber-hacer cuidar con las vicisitudes actuales que atraviesan esas vidas. Situaciones excepcionales como la pandemia, llevaron a acciones y reflexiones vinculadas a los conocimientos del monte, de las cosechas, el lugar otorgado a las/os ancianas/os y jóvenes y las proyecciones sobre un futuro comunitario. La irrupción de la pandemia habilitó una interpelación profunda en torno a las imágenes y representaciones de lo mbya guaraní, cuestionando cómo se quiere ser mostrado y recordado.

En este contexto, el cruce entre el mostrarse “como somos” y el cuidado de las propias imágenes se fue planteando como una necesidad y una estrategia político-afectiva, orientada a disputar y/o revertir narrativas impuestas en torno a lo que hoy significa autorreconocerse y ser reconocido como mbya guaraní. Así, el uso de tecnologías por parte de jóvenes mbya se plantea como una práctica contemporánea de comunicación, a la vez que constituye una apuesta por la continuidad y revitalización del legado comunitario en sus propios términos. Producir contenidos digitales, grabar entrevistas a ancianas/os, registrar cantos o rituales, o bien intervenir en redes sociales con relatos propios, son formas de resguardar la memoria colectiva y de fortalecer la identidad étnica, generando sinergias entre la agencia de las/os jóvenes y el conocimiento de las/os adultas/os mayores. En este sentido, la preocupación por las/os jóvenes y el uso de nuevas tec-

nologías es también una apuesta a un legado que fortalezca su identidad. Sus palabras dan cuenta de que el saber-hacer cuidar no se desliga de los diferentes actores que forman parte de la cotidianidad mbya en el Alto Paraná. Por ello, a continuación, nos interesa retomar palabras de una agente sanitaria que tiene un fuerte vínculo con las comunidades de la zona.

El trabajo de cuidados en las comunidades: las perspectivas de las/os trabajadoras/as de salud

En este apartado recuperamos aquellas voces de *jurua*s involucradas/os en el trabajo con las comunidades desde el ámbito de salud. Retomamos, a continuación, la voz de Marta quien realiza trabajo con las comunidades hace más de dos décadas. En una conversación ella comentó cómo ve la actualidad en las comunidades y realizó un recorrido retrospectivo desde los comienzos y la interacción con los distintos equipos de salud. Lo primero que marcó es un cambio en la posición de las comunidades y las personas en la vinculación con el sistema de salud formal. Esto implicó un trabajo gradual y artesanal con las comunidades no solo porque había que “ganarse la confianza”, sino también porque la composición de las comunidades era diferente. En los años 2000, cuando inicia el Programa de Salud Indígena, en Iguazú solo había dos comunidades y una cantidad más reducida de familias organizadas comunitariamente. En este proceso, resultaba fundamental “ganarse la confianza”, lo cual exigía tiempo, presencia sostenida e ir casa por casa. Esto implicaba, por parte de las/os agentes sanitarias/os más “tareas de terreno”:

Ahí empecé y ahí se hacía más terreno. Vos te ibas... era más chiquita la comunidad, no tenía esta cantidad de gente. Vos te ibas... si no te recibían, vos tenías que llegarle y hablarle y si no te recibían, volver al otro día [...] ...La parte de trabajo mucho cambio y ahora hay mucha demanda. Yo a veces no llego. No buscan otro agente sanitario *jurua* porque hay que ver si quieren trabajar con ellos. Entonces, yo ahora tengo seis comunidades. Yo trato de hacer tripa corazón y cumplir con todos. [...] El 2003 fue la peor parte... empecé a trabajar porque empezaron a morir chicos, se morían de hambre vamos a decir... Después en ese tiempo la doctora que visitaba veía que ellos tenían frío, ella se gastaba su sueldo ahí. En ese tiempo vos le dabas un par de medias y al otro día no tenían porque ya era una costumbre de ellos no tener... ella le compraba mamadera, o ella veía que ellos no tenían y ella compraba. Gastaba su sueldo en ellos... [para ese entonces] ya habían comenzado a consumir gaseosas, a comer "chizitos" (maíz ultra procesado), la "tutuca"... eso no es alimento, eso es pura grasa... (Entrevista Marta, 09/04/2021).

En sus palabras, se resalta la constancia y el estar diariamente como las primeras estrategias para acercar al sistema de salud, pero que estaban también relacionadas directamente con los cambios en la distribución de las comunidades (actualmente son seis en espacios reducidos por el reordenamiento territorial), la composición de las comunidades y los efectos de los cambios en los patrones de alimentación. En este sentido, en el período 2001-2002, la crisis socioeconómica intensificó la vulnerabilidad, y el momento más crítico se evidenció en el aumento de casos de niños con bajo peso o desnutrición. Ante esa situación, fue necesario organizarse -por ejemplo, a través de la copa de leche-, mientras que algunas profesionales de la salud, como la médica mencionada, llegaban incluso a destinar su salario para comprar insumos que las familias necesitaban. Este trabajo cotidiano, sostenido y arduo, no solo apuntaba a paliar las carencias materiales, sino también a construir vínculos de confianza que permitieran al recientemente creado Programa de Salud Indígena convertirse en una referencia ante casos de desnutrición y otras enfermedades.

Con el tiempo, el equipo de salud -incluyendo a agentes sanitarios/as indígenas- fue consolidando su presencia en las comunidades, lo que favoreció una interacción más constante con

las/os médicas/os. En la actualidad, el escenario es diferente: hay más comunidades involucradas, todas (excepto una) cuentan con Centros de Atención Primaria y con agentes sanitarios, y las personas suelen acercarse por demanda. Las salidas a terreno, en cambio, dependen principalmente de campañas específicas o situaciones particulares. En este sentido, Marta comenta que la tarea del personal de salud requiere una constante reflexión sobre el espacio de interculturalidad en el que están trabajando. En esta dirección relata la experiencia con un médico:

(...) él fue cambiando a ellos... Lo que tiene la comunidad es que no tienen horarios... ellos llegan y quieren que los atiendas... no le puedes decir “no, hoy no te voy a hacer, vos le tenés que hacer porque te perdés esa oportunidad... y le educamos, pero nos cuesta educarlos...vos querés hacer que ellos te respeten el horario y no. Van ahí y vos le tenés que hacerle [...] La gente te acepta. Salvo cuando vos les querés imponer a ellos. Porque no vas a cambiar, no vas a cambiar nada. [...] Y nosotros lo que vimos... con el doctor, por ejemplo, él quería tener mucha autoridad y con ellos no sirve. Porque vos no le podés decir, a vos te están diciendo que tiene fiebre, solucionale esa fiebre, no le puedes decir “tené termómetro, tomale, como yo sé que tiene fiebre”...Totalmente, porque vos con ellos no tenés que dar mucha vuelta, tenés que darle solución. Porque te cuesta que ellos tomen la medicación, te cuesta que hagan eso. Y vienen porque necesitan (Entrevista, 09/04/2021).

En el testimonio compartido se vuelve palpable una tensión recurrente entre las intenciones de “cambiar” ciertas prácticas y el aprendizaje que implica aceptar otros modos de hacer, como el manejo del tiempo “a demanda” que caracteriza a muchas comunidades mbya. La insistencia en que “no vas a cambiar nada”, si se imponen reglas externas, evidencia una forma de comprensión que se construye en la interacción: un ida y vuelta que habilita el diálogo, más que la autoridad unilateral. En este sentido, el relato de Marta refleja cómo el discurso de la interculturalidad -frecuentemente formulado en términos abstractos o normativos- se fue encarnando en modos concretos de saber-hacer cuidar que se vuelven cada vez más palpables en las prácticas cotidianas, aun cuando se presentan tensiones o fricciones en las propias intervenciones donde el “educar” encierra múltiples pliegues y requiere ponerlo en reflexión. La práctica del cuidado, en este contexto, exige desandar o cuestionar ciertas nociones de disciplina y control, dando lugar a una disposición a escuchar, hablar y adaptarse sin pretender transformar al otro, trayendo a colación el contexto. Sus palabras nos permiten problematizar las dimensiones de la interacción cotidiana con diversos actores del cuidado. Las relaciones entre personas se dan de forma diferente, en parte, pero no únicamente, con la predisposición a la reflexión sobre las prácticas médicas y el espacio de interculturalidad en que se desarrollan sus quehaceres.

En palabras de Marta, se trata de “aprender de” ellas/os, es decir, atender a lo que tienen para decir y registrar sus propias formas de hacer. El reconocimiento de los tiempos más pausados, el lugar de las/os ancianas/os como cuidadores y de su palabra (como veíamos en el apartado anterior), el compartir comunitariamente y debatir en asamblea son maneras de llevar adelante el sostenimiento de la vida y responder a situaciones específicas de cuidado que hablan de las “formas de hacer mbya” en contraposición a las “formas de hacer *jurua*” que son rápidas, con horarios determinados e individuales, donde ciertos conocimientos son presentados como incuestionables. Con “aprender” no se refiere a explicaciones cosmológicas a través de las cuales se explican enfermedades o una pandemia (sin que se excluyan o tensionen), sino a aspectos del cuidado que van mucho más allá de significados sanitarios. En la siguiente parte del registro, nota dimensiones de la vida diaria que considera positivas como el compartir, estar en familia y la distribución de los pocos recursos que circulan en las comunidades:

(...) la experiencia que yo tuve es el valor hacia la vida, que nosotros nos vivimos quejando, que no tengo esto, que no me alcanza... y vos ves el valor que ellos le

dan a la vida, ves que ellos disfrutan la vida. Y por ahí uno quiere lo material y ellos no quieren lo material...ellos te dan y te dan ese abrazo sin falsedad y eso te llena. ¿Cómo no te vas a encariñar con ellos? Porque ellos llegan de otra manera, porque cuando vos empezás a convivir o a trabajar con ellos, vos le aprendes a querer a ellos...y así es como ellos te quieren también... eso es lo que yo valoro de ellos... no tienen interés por lo material. Tienen que vivir el momento, el día, la hora... Son muy familiares, ¿viste? Están alrededor de su padre, conviven con la madre y el padre... Ellos comparten todo... Ellos te comen una comidita así entre veinte. Capaz que nosotros ahí nos quejamos si me das un platito así para compartir entre cinco... cada uno tiene que tener un platito... ellos no, comparten todo (Entrevista, 09/04/2021).

Este testimonio pone en evidencia los modos en que la convivencia en las comunidades implica un aprendizaje que va configurando un proceso de apertura afectiva y descentramiento. En este proceso, el valor de la vida se construye a partir de prácticas de reciprocidad y cuidado relacional, donde compartir el presente, el día y día, la inmediatez y las incertidumbres del hoy, sólo parecen sobrellevarse recreando formas de sociabilidad donde el sostenimiento de las redes parentales son claves.

En esa trama vincular, el aprendizaje no está exento de tensiones o dificultades, pero se produce en clave afectiva y situada:

Me costó mucho aprender. Hoy te digo que también disfruto y reniego... hay cosas que por ahí yo no puedo conseguir o lo que más me duele a mí es ver a los abuelos que ellos ya no tienen tanto valor (Entrevista, 09/04/2021).

Cuenta que, cuando su papá falleció, dos referentes comunitarios la acompañaron, le dieron mucha contención: *"me sentí muy apoyada... estuvieron al lado mío, me decían: "Pero si Ñamandú le llamó, vos tenés que aceptar, por algo es"*.

Estos pasajes permiten pensar el cuidado en clave de creación de red. Quienes la acompañan y contienen en un momento de dolor son, precisamente, las mismas personas con quienes trabaja, integrantes de las comunidades indígenas. Esta escena desarma toda idea lineal o unidireccional del cuidado, mostrando cómo el sostenimiento de la vida se juega en tramas vinculares que desdibujan los límites entre quién cuida a quién. Así como en otras situaciones se enfatiza el rol activo de las/os ancianas/os en la transmisión de saberes, aquí la figura de la trabajadora del cuidado aparece también como receptora de cuidado.

Al mismo tiempo, el testimonio expresa una preocupación por el lugar que hoy ocupan las/os mayores, señalando cómo su valor social parece desdibujarse. Sin embargo, son precisamente ellas/os quienes sostienen y contienen en los momentos más críticos, reponiendo su centralidad como agentes de cuidado y como referentes afectivos-espirituales. Se trata, entonces, de vínculos que interpelan la división entre cuidador/a y cuidado/a como posiciones fijas, y abren a una comprensión más relacional y recíproca del cuidado, donde el afecto y la contención mutua sostienen la vida en común (Araujo Guimarães, 2024; Pineda Duque, 2024). Al igual que las/os ASI y las/os ADI, Marta comparte su preocupación por los vínculos intergeneracionales:

(...) lo que quiero lograr es más respeto a los abuelos, porque sin ellos nosotros no podríamos existir. No iba a haber una comunidad ahí... porque si los chicos no aprenden, se está perdiendo muchas cosas en la comunidad. El no respeto a las tendencias viejas. Que cada uno piensa en ellos mismos no más y no piensa en quien le dió la vida. Vos un día vas a quedar así, vas a ser viejo si llegás a la edad de ellos. Eso sí digo, hablo que no me gusta. Ese tema que a los abuelos no los respe-

tan, los valores que están así de costado, que viven su mundo ellos y ellos que se arreglen solos. Por ahí nos va a llevar tiempo, pero yo creo que lo vamos a lograr. Porque no te sirve a vos que se te muera el abuelo y vos lo vas a recordar al abuelo, “fulano de tal era tanto así”, no. En vida vos tenés que recordar. Tanto así que no vayan perdiendo la creencia de ellos. Porque hoy por hoy en ninguna escuchas que ellos se juntan en el *opy*. Por ahí en [menciona una de las comunidades] que vos escuchas que [el cacique] es muy de eso... En las otras comunidades no hay más el *opy*. Por ahí se hace el *opy* para una reunión un rato y nada más... (entrevista, 09/04/2021).

Con el tiempo, y a partir de su experiencia sostenida en el trabajo territorial, Marta fue desarrollando una mirada crítica sobre las formas en que otras personas -profesionales, agentes estatales o voluntarios- se vinculan con las comunidades. En sus cuestionamientos debate sobre aquellas personas que no comprenden las dificultades materiales que atraviesan las comunidades. Su trayectoria le permite reconocer quiénes se acercan con disposición genuina al encuentro, y quiénes lo hacen desde el apuro, la obligación o para sacar un rédito personal:

(...) Y hay gente que siempre vinieron a ayudar y hay otros que vinieron a sacar la fotito y ya fue... sacaron la máquina para sacar una foto cuando yo estaba poniendo la vacuna, yo le digo: “no, mi trabajo no”... pero hay personas que realmente vienen a aprender. Y vos ahí no podés decir no... Vos le vas dando pautas que ellos tienen que hacer. Y al que vos ves que por ahí ya te tira confianza ya le doy, le dejamos así. El que te da confianza...una es mezquina por el hecho que van a criticar a ellos [a los mbya guaraní] y por ahí te duele. Me acuerdo un día que llegó una señora a vacunar. Tenía un cabello peor que yo. Largo igual que el mio, pero enrulado. Estaba así en la mesa y bueno, vienen los chicos... viste que los chicos vienen se te cuelgan, a ellos no le importa si tenés sucio... Y está le dice: “retírense, retírense”, porque ella tenía miedo que se le contagien los piojos. Para qué... entonces salió una mamá y dijo en guaraní que ella agarre y se corte el cabello, porque ello no le iban a dejar. Entonces yo muy amable le dije: “si usted no quiere que los chicos estén ahí, no sé para qué vino, porque los chicos se te prenden le dije ... porque le caíste bien... pero los chicos no son ningunos animalitos, le digo: “no venga, es fácil”. Y ahí recuerdo que ella se levantó el cabello (Entrevista, 09/04/2021).

En el presente, Marta identifica una serie de dificultades persistentes en el trabajo con las comunidades, particularmente en relación con la atención en salud y las desigualdades de género. Señala que los varones adultos acuden poco al CAPS y rara vez participan en las actividades comunitarias orientadas al cuidado de niñas/os. A partir de su experiencia, subraya la desigual distribución de las tareas de cuidado, que recaen casi exclusivamente sobre las mujeres, al tiempo que reflexiona sobre cómo son percibidas sus intervenciones por parte de las propias familias. Cuestiones que, en el presente, ve Marta en las comunidades:

(...) sigue siendo muy poca la atención en los hombres... vos das una charla y nunca están los hombres. Pasan. En cambio, las mujeres están. Y por eso yo siempre digo en la reunión que siempre están las mujeres y se hacen de a dos los hijos. Siempre somos las mujeres las que tenemos que estar... pero tenemos que hacerle escuchar a los dos. Hicimos reuniones con mujer y hombre... y ahí responden hombres con carácter y hombres sin carácter y otros que te dicen sí y te dan la razón. Lo más importante es que vos ves... en el caso si vos haces reunión... ex-

perencias de madres que tuvieron hijos desnutridos, que tuvieron hijos desnutridos y desde que se volvieron normal. Ellos te cuentan la experiencia que decían que nosotros éramos pesados, pero era para el bien de los chicos. Que ellos le tienen bien a los chicos porque nosotros no le cansamos de hablarle... Pero a los hombres les cuesta más la atención. Cuesta mucho más la atención. Porque los hombres medio que son machistas (Entrevista, 09/04/2021).

A través de estas observaciones, Marta evidencia no sólo los límites de las políticas de atención primaria en términos de género, sino también su implicación sostenida en la producción de cuidado comunitario. Su relato da cuenta de una tarea insistente -a veces malinterpretada o resistida- que apunta a transformar prácticas vinculadas a la crianza, la salud infantil y la corresponsabilidad en los vínculos familiares. La noción de “machismo”, que aparece hacia el final de su reflexión, condensa tensiones más amplias en torno a los modelos de masculinidad y a las dificultades que encuentra para promover una participación equitativa de varones en los espacios de escucha y atención, lo cual no implica sostener un discurso feminista ni de igualdad de género en todas las ocasiones. No obstante estas dificultades, Marta reconoce ciertos cambios generacionales, especialmente entre las parejas más jóvenes. Si bien la implicación masculina en cuestiones de salud y cuidado sigue siendo limitada, destaca que comienzan a visibilizarse otras formas de acompañamiento, aunque aún incipientes. Desde su perspectiva, incluso logros parciales -como la presencia de algunos varones en controles médicos o en espacios de diálogo- representan pequeños avances para incluirlos en los cuidados sanitarios y responsabilidad paterna:

Por ahí vos ahora lo que están viendo es hay chicas que quedan embarazadas y la pareja lo acompaña, pero de diez la acompaña dos, pero ya lograste que a dos las acompañen. Hoy que me pasó en [nombra una comunidad] entró una con un tratamiento que le dije a la pareja, estaban los dos y le dije: “el hijo se hace de a dos y si tu mujer no es responsable tenés que ser vos. Entonces si tu mujer tiene que ir vos tenés que acompañarle, no solo para la cama, porque vos tenés que darle realidad” y me dijo “ si, tenés razón”... Le dije “...esto vos sabes que está por no hacer tratamiento”, “si, tenés razón”. Entonces viste que ellos te escuchan. Por ahí hacen, por ahí no, tenés que andar mucho arriba de ellos, pero tratan de cumplir. Tratan de cumplir porque... nos cuesta un poquito en el sentido que con las personas grandes, pero los que van creciendo, pero van haciendo pareja y van siendo mamá, por ahí las charlas que ellos cuando eran chicos escuchan... ahora, bueno, hace más de un año que no estamos haciendo ningún tipo de charla (Entrevista, 09/04/2021).

En esta escena relatada, podemos advertir cómo se conjugan varios niveles de intervención: el consejo directo, el seguimiento cotidiano y la apelación a la corresponsabilidad en la crianza. Marta interpreta esas pequeñas respuestas -que incluyen el “sí, tenés razón” de algunos varones- como señales de apertura, aunque reconoce la fragilidad de esos cambios, su carácter desigual y el trabajo continuo que implica sostenerlos. También deja entrever una preocupación por la discontinuidad de ciertos espacios de formación y encuentro, como las charlas comunitarias, que habían cesado en el último tiempo por la pandemia y que, según ella, habían comenzado a promover otras formas de relación.

Se puede ver que las prácticas y conocimientos del cuidado en las comunidades se vienen modificando con la participación de nuevos actores y recursos que se han podido sostener a través del tiempo. También que los actores que intervienen en las comunidades no lo hacen de la misma manera. El trabajo prolongado de Marta implicó generar una confianza a través de la cual logró instituirse el sistema público de salud en las comunidades, sostener redes cotidianas de cuidados y reflexionar sobre los vínculos interétnicos constantes que hacen al ámbito sanitario.

Articulaciones entre escuela y salud: experiencias de cuidados en charlas-talleres

La incorporación de nuevos actores a las redes de cuidado no siempre incluye experiencias largas y sostenidas como la de Marta, algunas no perduran o implican situaciones de interacción específicas. En este sentido, vale preguntarse por actividades concretas que se proponen entre la escuela y los equipos de salud. A continuación, traemos un registro de campo donde, a partir de un proyecto de una docente para trabajar Educación Sexual Integral (ESI), se invitó al equipo de obstétricas del hospital a conversar con estudiantes del secundario sobre salud sexual reproductiva y (no)reproductiva. De este modo, se buscaba propiciar instancias de acercamiento entre estudiantes y profesionales del hospital local, favoreciendo el conocimiento de quiénes trabajan allí y de qué manera lo hacen. La charla-taller tenía como propósito comenzar a trabajar en el aula contenidos sobre salud sexual y (no)reproductiva, para luego abrir un espacio de diálogo con madres, padres y personas adultas referentes de la comunidad. A continuación, retomamos algunas situaciones que se dieron en el desarrollo de esta experiencia donde se trabajaron distintos tópicos, entre ellos los cuidados y la higiene de las mujeres y los varones:

Señalaron que era importante usar ropa adecuada: bombachas de algodón, por ejemplo. También recomendaron que el lavado lo hicieran con “jabón neutro, el jabón blanco y el jabón verde, los que se usan para lavar la ropa”, pero nunca con antibacteriales u otros jabones: “los asepsia no”, porque son antibacteriales y la misma vagina produce sus propios anticuerpos [dudamos que sea uso común en las comunidades]. En esa misma línea, expresaron que no era aconsejable realizar duchas vaginales, ya que eso implicaba lavar la parte interna de la vagina, la cual tiene sus propias bacterias que expulsan otras bacterias. Recomendaron no utilizar protectores diarios, como también no tirar el preservativo en el inodoro: “se tira en el tacho de basura, no en el inodoro, ni por ahí”. Algunos varones se rieron y ante las miradas desconcertadas de las chicas, las profesionales de salud tuvieron que explicar qué eran los protectores diarios: “son como toallitas, pero más chiquititas... hay mujeres que tenían el hábito de usarlo todos los días”. Sobre la higiene masculina explicaban más o menos lo mismo que para la femenina. Para los varones, decían que la ropa interior -“calzoncillos bóxer”- también debía ser 100% de algodón. Luego, una de las profesionales comenzó a explicar cómo higienizar el pene utilizando un modelo de madera. Indicó que era importante “bajar la pielcita y limpiar bien ahí”, en esa zona. En este momento, la demostración buscó ser didáctica: explicó que, si se formaban costras, podía tratarse de suciedad que generara incomodidad, infecciones o enfermedades. Comentó, por ejemplo, que podía provocar picazón, y que, si sentían molestias, podían consultar al médico que visita la comunidad, ya que él podía tratarlas de forma sencilla. También recomendó usar jabón blanco neutro o de glicerina o, en su defecto, sólo agua. Decía: “y a las mamis con hijos chiquitos, también tienen que lavarle y cuando le laven tiene que hacer este mismo movimiento”. Mientras hablaba, hacía un gesto similar al de colocar un preservativo, pero ilustrando más bien cómo higienizar toda la zona del pene de los niños. A partir de ahí, la charla empezó a derivar hacia la explicación sobre el uso del preservativo (Registro conjunto, 21/8/2021).

Si bien la charla había comenzado con una invitación a registrar el propio cuerpo y a reconocer la importancia de sus cuidados, algunas de las recomendaciones compartidas parecían distantes de las experiencias concretas de las/os jóvenes. Así, la exposición estuvo atravesada por gestos, reacciones y comentarios del grupo, que buscaron de algún modo abrir momentos de interacción

para volver a hacer más cercanas algunas recomendaciones, quedando otras sin explicar o dándolas por sentado. Esas situaciones -marcadas por el desconcierto frente la terminología poco habitual, por la incomodidad ante temas sensibles o por la necesidad de explicar lo que no se da por sabido- evidenciaban la preparación de una charla-taller “arquetípica”, con cierto desconocimiento del contexto en el que se estaba desarrollando. Por ejemplo, decían “no tirar el preservativo en el inodoro” o “no utilizar duchas vaginales”. En este sentido la charla daba la impresión de ser un prototipo para mujeres y varones genéricas/os, con cuestiones que se repiten sin variar y sin tener en cuenta las condiciones de vida de cada contexto. Aunque se mencionaba que “si no hay jabón, hay que lavarse con agua, o con jabón de glicerina o neutro si se consigue en la farmacia”, las recomendaciones no reparan en que en los hogares de las comunidades no encontramos baños con inodoro, ducha y bidet que marcan impedimentos en las sugerencias de higiene tal como fueron mencionadas por las profesionales. No obstante, si bien estas aproximaciones presentan limitaciones por el desconocimiento de la vida en las comunidades, también abren espacios para reflexionar sobre su propia práctica y la proximidad con las personas a las que asisten. En este sentido, el acercamiento progresivo a los CAPS de las comunidades -es decir, salir del espacio “intramuros del hospital”- permitió al equipo construir, con el tiempo, una cercanía creciente con las mujeres a quienes atienden en sus partos. En algunos intercambios sucesivos que tuvimos, las profesionales reconocieron el esfuerzo por sostener ese vínculo, advirtieron un desconocimiento sobre los recursos cotidianos y las formas de vida en los entornos comunitarios, y expresaron la necesidad de articular con referentes comunitarios y otras personas con extensas trayectorias de trabajo en las comunidades.

En la misma charla, se encontraba Marta como agente sanitaria y Javier como auxiliar docente. Las reflexiones de ellos en esta instancia volvieron a poner en foco cuestiones relacionadas con el cuidado y lo generacional. Javier contó que ellos también tenían métodos anticonceptivos naturales -“de yuyos”- que se habían usado tradicionalmente, pero que se fueron perdiendo de generación en generación. Marta agregó:

Si ustedes no se interesan por eso, no hablan de eso con los abuelos, yo no veo ningún adolescente yendo a lo de sus abuelos se pierde de generación en generación, entonces si a ustedes no les interesa, a sus hijos tampoco les va a interesar (Registro conjunto, 21/8/2021).

Estas intervenciones en el aula, focalizaban nuevamente en el lugar que le otorgan a las/os mayores y su expertise en diferentes temáticas. Señalamos anteriormente que eran quienes “sabían” que la pandemia podía ocurrir y son reconocidos como guías del cuidado de la niñez; aquí, también, se los identificaba como conocedores de “los yuyos” para la anticoncepción y el cuidado de la planificación familiar. Sin embargo, es importante considerar que los aspectos vinculados a la sexualidad implican dimensiones muy íntimas de la vida, que Marta y Javier no las explicitan cuando expresan: “no hablan de eso con los abuelos”. En concreto, cabe preguntarse por las elecciones personales de los métodos anticonceptivos si las/os jóvenes se intimidan al contar sus experiencias sexo-afectivas con sus abuelas/os, qué sucede cuando esos vínculos implican desigualdades, etc.

Los cambios generacionales se entrecruzan también con los dispositivos y nuevos conocimientos que vienen de la mano de no-indígenas. Las/os actores externos son cuidadosos de los posibles cambios que puedan estar generando en las comunidades y se preocupan por diferenciar entre “cambios culturales” y nuevas enfermedades o infecciones que estadísticamente están aumentando en las comunidades. Las ideas sobre la necesidad de cambiar ciertas prácticas culturales con el objetivo de mejorar algunas situaciones sanitarias relacionadas a las enfermedades de transmisión sexual fueron expresadas en la charla-taller de la siguiente manera:

Una docente intervino y dijo: “nosotros no es que queremos matar a su cultura, es para que sepan que están y las pueden usar, pero no por eso se crean que queremos matar a su cultura”. Esta intervención surgió como respuesta a lo que previamente

había planteado Javier: “hoy por hoy sabemos que las cosas cambian, que las cosas pasan porque hay enfermedades que antes no conocíamos y ahora están”. A lo que Marta sumó: “claro, antes en las comunidades no había HIV, VDRL y ahora hay”. La otra obstétrica interrumpió diciendo: “y hay un montón de VDRL” (Registro conjunto, 21/8/2021).

Si bien en los párrafos anteriores se hacía foco en los aprendizajes derivados del trabajo con las comunidades mbya y en la construcción de redes de sostenimiento de los cuidados, aquí resulta interesante notar cómo se expresan ciertas tensiones en el diálogo intercultural ante situaciones críticas sanitarias emergentes. La dialéctica entre prácticas socioculturales y riesgos de salud actualiza las intervenciones, donde, por ejemplo, la docente pone en evidencia la preocupación por “preservar la cultura”, y cuidando que los cambios no sean interpretados como un intento de “matarla”. En tanto, Javier y Marta reconocen la presencia de infecciones emergentes como el HIV y la sífilis que obliga a replantear ciertas prácticas. Un aspecto interesante es que, ante estos nuevos escenarios epidemiológicos en las comunidades, el saber del sistema público de salud aparece como indiscutido, el que tiene las herramientas y las capacidades de llevar adelante la atención de tales infecciones, que invita a repensar las complejidades y los desafíos del diálogo intercultural en contextos de salud pública.

Conclusiones

Los cuidados en las comunidades mbya guaraní de Alto Paraná aparecen como una trama compleja y dinámica, donde se entretajan saberes, prácticas y responsabilidades en contextos marcados por cambios acelerados, resultado de intervenciones territoriales expansivas y de relaciones interétnicas de alta intensidad. A lo largo de este trabajo, hemos recuperado múltiples dimensiones que hacen al hacer-saber cuidar, atendiendo tanto a los actores implicados como a las condiciones relacionales, materiales y afectivas en las que se producen las distintas actividades que sostienen la vida cotidiana.

El contexto actual de las comunidades difiere sustancialmente del de generaciones anteriores donde la escolarización y vinculación con el sistema de salud ha tomado una mayor gravitación a partir de la delimitación territorial de las comunidades en enclaves específicos. La creación de escuelas secundarias y centros de salud en territorio, el ingreso de los Agentes Sanitarios Indígenas (ASI), así como la ampliación de las redes institucionales, han dado lugar a transformaciones significativas que afectan especialmente los modos de socialización entre las/os jóvenes mbya guaraní. Además, la explotación turística de los últimos años ha generado relaciones más cotidianas con personas no-indígenas. En este marco, la pandemia de COVID-19 constituyó una experiencia bisagra, que no sólo visibilizó fragilidades estructurales y desigualdades persistentes, sino que habilitó procesos de reflexión y reorganización comunitaria. El regreso a formas tradicionales de sustento (como las huertas y la crianza de animales), la revalorización del saber de las/os ancianas/os y la problematización de las dependencias económicas del mundo *ju-rua*, permitieron (re)posicionar saberes y prácticas propias en la búsqueda del bienestar colectivo.

Otro eje relevante fue la posibilidad de pensar los cuidados como prácticas situadas históricamente, atravesadas por memorias y proyecciones. Las entrevistas y el registro que analizamos muestran que los cuidados no se limitan al presente pandémico o post pandémico, sino que remiten a formas intergeneracionales de transmisión de saberes, de orientación espiritual y de búsqueda de sentido, donde el pasado, el presente y el futuro dialogan y se reconfiguran mutuamente. En este sentido, la asignación del nombre (*very*), las moradas de origen y las trayectorias personales aparecen como claves para pensar la agencia de los sujetos y su posibilidad de autocuidado. Estas prácticas habilitan una búsqueda identitaria en la que reconocerse como mbya guaraní adquiere sentido tanto al interior de la comunidad como en los vínculos con el afuera. De este modo, lo

mbya se configura como una práctica relacional, afectiva y política, que se debate entre los reconocimientos, las invisibilizaciones y los descritos, así como entre las continuidades y los cambios generacionales que están implicados en cada gesto de cuidado.

Por último, los “escenarios de cuidado” son también espacios de negociación intercultural, donde indígenas y no indígenas se vinculan, a veces desde el acompañamiento sostenido y otras desde la intervención puntual. Estos vínculos, aunque marcados por tensiones y asimetrías, también pueden habilitar aprendizajes mutuos y así como distintas estrategias en el sostenimiento del bienestar, donde se conjugan distinto tipo de negociaciones. Todas estas personas acompañan procesos, inquietudes y demandas que hacen al sostenimiento y el bienestar de las comunidades permitiéndonos ver los cuidados de manera multidimensional. Hemos recorrido las distintas miradas y preocupaciones en torno a los cuidados, donde la construcción de redes y articulaciones se ven atravesadas por las diversas experiencias, trayectorias de trabajo, aprendizajes y formas de actuar frente a los cambios que afectan a los espacios comunitarios.

Bibliografía

- Alves, P. C. (2023). Pandemia, prácticas y vida cotidiana. *Etnografías Contemporáneas*, 9 (16). <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/1384>
- Araujo Guimarães, N. (2024). Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel? En A. Comelin-Fornés, K. Batthyány, V. Perrotta y J. A. Pineda Duque (Coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 65–92). Buenos Aires: CLACSO.
- Batthyány, K.; Pineda Duque, J. y Perrotta, V. (Coords.) (2024) *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*. Buenos Aires: CLACSO; México: INMujeres; UNAM; Ginebra: UNRISD.
- Cantore, A. (2020). Construyendo vínculos interétnicos entre el Estado y la población mbya guaraní en Iguazú. *Cuadernos Del Instituto Nacional De Antropología Y Pensamiento Latinoamericano - Series Especiales*, 8(1), 72–84. https://revistas.inapl.gob.ar/index.php/series_especiales/article/view/1219
- Cantore, A., y Boffelli, C. (2017). Etnicidad mbyá en Puerto Iguazú: Explotación turística de/en comunidades indígenas en la triple frontera (Misiones, Argentina). *Runa*, 38(2), 53-69.
- Castro, A. R. (2021). Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. *Andamios*, 18, 535-552. <https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829>
- Comelin-Fornés, K. Batthyány, V. Perrotta y J. A. Pineda Duque (Coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Enriz, N (2020) No hay palabra indígena para decir turismo: el turismo de gran escala y su impacto en poblaciones guaraníes. *Diálogos*; 21 (2), 140-157.
- Enriz, N., Cantore, A., y Lorenzetti, M. (2025). Tourism Extractivism in Tourist Corridors in the Triple Border (Misiones Province, Argentina). *Revista Turismo & Desarrollo*, 48, 37-61. <https://doi.org/10.34624/rtd.v48i1.36691>
- Fisher, B., y Tronto, J. C. (1990). Toward a feminist theory of caring. En E. K. Abel y M. K. Nelson (Eds.), *Circles of care: Work and identity in women's lives* (pp. 36–54). New York: State University of New York Press.
- Gorosito Kramer, A. (2003). Nombres indígenas: las dos formas de la dominación blanca. *Antropología y Derecho*, 1(3), 3-7.
- Lorenzetti, M.I. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10 (11), 148-176.
- Lorenzetti, M. I y Lavazza, V. H. (2021) Relaciones interétnicas y cuidados de salud en comuni-

- dades mbya guaraní de Puerto Iguazú (Misiones, Argentina). *Revista Jangwa Pana*; 20
- Lorenzetti, M. I., y Cantore, A. (2021). Salud y cuidados en las comunidades mbya guaraní de Puerto Iguazú (Argentina) durante la pandemia COVID-19. *Albuquerque* (online), 13(25), 22-45. <https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.12219>
- Lorenzetti, M., Cantore, A., Enriz, N., y Vitale, E. (2024). Turismo y agendas de trabajo en la Triple Frontera: propuestas mbya guaraní durante la Pandemia COVID 19. *PASOS Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 22(4), 809–823. <https://doi.org/10.25145/j.pasos.2024.22.052>
- Mol, A., y Hardon, A. (2023). Cuidar: un concepto fluido para compromisos adaptables. *Etnografías Contemporáneas*, 9 (16), 232–256. <https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/issue/view/83>
- Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos. En Borgeaud-Garciandía, N (comp) *El trabajo de cuidado* (pp. 191-214). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Medifé Edita
- Padawer, A., Canciani, M. L., Greco, J., Celín, M. L., y Soto, A. (2017). Saber hacer: La participación en actividades de reproducción social, en las dimensiones expresivas de la vida social y en la escuela. *Boletín de Antropología y Educación*, 8, (11), 41–45. <https://doi.org/10.30972/cfhu.0522928>
- Pineda Duque, J. A. (2024). El giro conceptual y la ética del cuidado. En A. Comelin-Fornés, K. Batthyány, V. Perrotta y J. A. Pineda Duque (Coords.), *La sociedad del cuidado y políticas de la vida* (pp. 39–62). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Porto Borges, P. (2002) *Sonhos e nomes: as crianças Guaraní*. *Cadernos Cedes*, 22(56), 53-62.
- Yasnikowski, J. (2016). Plan Integral de las 600 Hectáreas, Puerto Iguazú, Misiones, Argentina. *La Rivada*, 6(6). larivada.unam.edu.ar/index.php/larivada/article/view/194

Fecha de Recepción: 25 de agosto de 2025
Recibido con correcciones: 21 de octubre de 2025
Fecha de Aceptación: 13 de noviembre de 2025