



Antropología Social

# Pensar las prácticas alimentarias y los cuidados en salud desde los procesos de autoatención en contextos migratorios e interculturales

*Thinking about food practices and health care from selfcare process in migratory contexts and intercultural*

Agostina García<sup>1</sup> y Daniela Martina<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Estudios Sociales y Políticos de la Patagonia, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, CONICET. E-mail: [agostinagarcia0@gmail.com](mailto:agostinagarcia0@gmail.com)

<sup>2</sup>Escuela de Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. E-mail: [daniela\\_martina@unc.edu.ar](mailto:daniela_martina@unc.edu.ar)

## Resumen

*Este escrito pretende analizar las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas sostenidos por mujeres migrantes provenientes de distintas regiones de Bolivia que habitan en un barrio de la ciudad de Córdoba (Argentina) desde la perspectiva de la autoatención en un contexto intercultural. Mediante una metodología cualitativa, situamos el trabajo de campo en el barrio Nuestro Hogar III entre los años 2016 y 2017. Durante ese período, realizamos entrevistas en profundidad a once mujeres migrantes bolivianas, junto con observaciones con y sin participación en distintos espacios barriales. A partir de esto, pudimos evidenciar que las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas no se encuentran desvinculadas de la autoatención al interior de los microgrupos sociales, formando parte integrante y activa de la construcción de la salud. Estas prácticas están sustentadas en saberes generacionales y genéricos que les brindan a las mujeres un marco de apoyo y de contención. De este modo, la autoatención está presente en las prácticas alimentarias otorgándoles un sentido reparador, preventivo y promotor de la salud.*

**Palabras clave:** Prácticas Alimentarias; Cuidados; Salud; Migración; Interculturalidad.

## Abstract

*This paper aims to analyze the food practices and health care for children supported by migrant women from different regions of Bolivia who live in a neighborhood in the city of Córdoba (Argentina) from the perspective of self-care in an intercultural context. Using a qualitative methodology, we place the fieldwork in the Nuestro Hogar III neighborhood between 2016 and 2017. During that period, we conducted in-depth interviews with eleven Bolivian migrant women, along with observations with and without participation in different neighborhood spaces. From this, we were able to show that food practices and health care for boys and girls are not unrelated to self-care within social microgroups, forming an integral and active part of the construction of health. These practices are based on generational and generic knowledge that provides women with a framework of support and containment. In this way, self-care is present in eating practices, giving them a restorative, preventive and health-promoting sense.*

**Keywords:** Eating practices; Cares; Health; Migration; Interculturality.

## Introducción

Este artículo se centra en el análisis de las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas sostenidas por mujeres migrantes provenientes de distintas regiones de Bolivia residentes de un barrio de la ciudad de Córdoba desde la perspectiva de la

autoatención en un contexto intercultural. El eje de este escrito son las prácticas alimentarias situadas en nuestro campo disciplinar, que es la alimentación-nutrición.

Nuestra disciplina de origen, la nutrición, es multiparadigmática en la medida que está conformada

Recibido 27-06-2022. Recibido con correcciones 19-08-2022. Aceptado 07-11-2022



por un objeto de estudio más o menos acotado conforme sea la perspectiva de abordaje del mismo. Así, en líneas muy generales, una de las perspectivas más dominantes es aquella que pone su mayor atención en la utilización que los organismos humanos hacen de los alimentos, subordinada mayormente al campo biomédico que toma a los nutrientes como los elementos centrales en el mejoramiento de la dieta a nivel individual (Dixon, 2009). Un segundo campo de interés está centrado en los alimentos (campo en el que se reconoce un gran atravesamiento mercantil en su constitución) (Prado, *et al.*, 2011). Ambas miradas operan una reducción que centra lo biológico como campo separado sin incidencia alguna de los procesos históricos, políticos, sociales, culturales, ambientales.

Finalmente existe una corriente minoritaria, en consolidación, que entiende a la alimentación-nutrición como procesos indivisibles, no sólo mutuamente determinados sino también histórica y socialmente (Rivera Márquez, 2007), donde se busca encontrar una mayor articulación entre procesos biológicos y sociales. En esta última perspectiva nos situamos desde el presente trabajo, intentando, por tanto, navegar en la compleja relación entre ciencias sociales y naturales (Morin, 2001), asumiendo una tridimensionalidad biológica, social y ambiental según orienta la ya no tan reciente pero aún poco considerada Declaración de Giessen sobre el nuevo proyecto de la ciencia de la nutrición (The Giessen Declaration, 2005).

En función de esta ubicación, recuperamos aportes de la antropología social nutriéndonos del diálogo entre dos de sus subdisciplinas como son la antropología alimentaria y la antropología médica desde la perspectiva de la epidemiología sociocultural (Menéndez, 2017). Esto permitió incorporar dimensiones sociales y culturales en el análisis, como así también facilitar el abordaje desde la óptica de la autoatención en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. Desde estos aportes buscamos entender a las prácticas alimentarias como prácticas sociales, históricas y colectivas que (re) producen sentidos sociales y tramas culturales. Respecto a la autoatención, la trabajamos como una categoría transversal, entendiéndola como acciones que realizan los microgrupos sociales para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos, y favorecer aspectos de la salud que apunten a la reducción de conductas de riesgo (Menéndez, 2009).

Reconocemos que la población latinoamericana está caracterizada por la diversidad étnica y racial, producto de una historia marcada por la colonización y el esclavismo. La interculturalidad en salud como campo de indagación teórica busca interpelar las relaciones de poder y desigualdad que atraviesan a los procesos de salud-enfermedad-atención, por lo que tuvo un lugar importante en este escrito.

Algunos trabajos vienen poniendo en cuestionamiento no sólo su conceptualización sino las experiencias que se derivan de ésta, señalando, especialmente, la tendencia de reducir su análisis casi exclusivamente en la dimensión cultural y a miradas homogeneizantes, advirtiendo las dificultades para incorporar aspectos económicos, sociales y políticos para alcanzar reflexiones más ampliadas (Ramírez Hita, 2009; Menéndez, 2006; Menéndez, 2016). Dicho esto, entendemos que la interculturalidad en salud no puede abordarse como una noción aislada del contexto político, social y económico en el que estamos inmersos los grupos sociales (Aizenberg y Baeza, 2021).

En esta línea, recuperamos los aportes de Menéndez (2016) para comprender a la interculturalidad como procesos permanentes y con profundidad histórica que operan como parte normalizada en la vida cotidiana de las personas. Nos interesa sostener que la interculturalidad no es un proceso a construir, sino que está presente siempre que existan sociedades en contacto. Esta perspectiva nos invita a habitar un lugar de enunciación, a nombrar desde la pluralidad, a recuperar las heterogeneidades de las y los actores sociales, como así también la multiplicidad de prácticas, saberes y experiencias que (co) habitan y conviven, sin perder el carácter crítico en tanto atravesamiento socioeconómico y político que estructura y condiciona la vida cotidiana de las mujeres migrantes con las que trabajamos.

Numerosos trabajos provenientes de las ciencias sociales se han ocupado en profundizar en el campo de la salud migratoria desde diferentes enfoques teóricos y metodológicos, incluida la intercultural en salud desde su carácter crítico (Jelin, *et al.*, 2006; Goldberg, 2008; Cerrutti, 2010; Aizenberg y Baeza, 2017, 2019, 2021). Algunas de las temáticas centrales de estas investigaciones son el acceso a -y el uso de- las instituciones del sistema sanitario argentino, las demandas en salud por parte de los y las migrantes, las percepciones de profesionales de la salud en torno a la población migrante, los itinerarios terapéuticos, y en relación a un proceso de salud-enfermedad-atención específico, las cuestiones ligadas a la salud sexual y reproductiva.

Desde una perspectiva sanitarista, distintas investigaciones incorporan las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas como objeto de estudio (Álvarez Uribe y González Zapata, 2002; Mangialovari, *et al.*, 2007; Gatica y Méndez De Feu, 2009; Cruz Agudo, *et al.*, 2010; Godínez, *et al.*, 2015). Estos trabajos tienden a vincular dichas prácticas alimentarias con el estado nutricional infantil, lo que muestra una clara separación entre los procesos de alimentación y nutrición, haciendo responsable de ésta última exclusivamente al uso que el cuerpo hace de los alimentos y nutrientes. Se centran en mayor medida en datos descriptivos de tipo cuantitativo que son utilizados para calificarlas de "adecuadas" o

“inadecuadas” en función de la prescripción con las que las instituciones sanitarias orientan las recomendaciones en esta área.

Resultan incipientes los estudios que aborden específicamente las prácticas alimentarias y los cuidados en salud orientados a niños y niñas sostenidos por mujeres migrantes provenientes de Bolivia desde la perspectiva de la autoatención en contextos interculturales, por lo que este escrito pretende hacer algunos aportes y reflexiones al respecto.

### **Abordaje metodológico**

Este artículo forma parte de un trabajo de investigación correspondiente a una tesis de maestría de una de las escritoras. En este marco se optó por una metodología cualitativa que combinó entrevistas en profundidad y observaciones con y sin participación con sus respectivos registros de campo y fotográficos<sup>1</sup>.

El trabajo de campo se situó en el barrio Nuestro Hogar III de la ciudad de Córdoba entre los meses de mayo de 2016 a marzo de 2017. Durante este período, entrevistamos a once mujeres migrantes bolivianas<sup>2</sup> adultas jóvenes residentes del barrio, madres de niños y niñas de hasta cinco años de edad. Este recorte etáreo se debe a las particularidades que asumen en la infancia temprana los procesos de alimentación-nutrición muy ligados a la relación con cuidadores (usualmente mujeres madres) y con el entorno familiar cercano.

En las entrevistas buscamos que las mujeres recuperaran las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a sus hijos e hijas, como así también sus experiencias, vivencias y trayectorias migratorias. Dentro de la categoría de prácticas alimentarias se indagó específicamente sobre las prácticas de lactancia materna, las prácticas de alimentación complementaria y la incorporación de los/as niños/as en la comensalidad familiar, todas desde la perspectiva de la autoatención. Para el caso de la categoría migración, se buscó recuperar el tipo, el motivo y la trayectoria migratoria.

Las entrevistas se realizaron en el Centro de Atención Primaria de la Salud N°79 (CAPS), en la capilla Divino Niño Jesús y en los propios hogares de las mujeres migrantes. Las observaciones se llevaron a cabo en el

<sup>1</sup> Las fotografías fueron tomadas por una de las investigadoras en espacios comunes del barrio como plazas, las afueras del Centro de Atención Primaria de la Salud N°79 y la capilla barrial, como así también en talleres de educación alimentaria nutricional realizados en el centro de salud, previo consentimiento de quienes asistieron. Las mismas fueron insumos valiosos para acompañar y situar visualmente los apuntes escritos.

<sup>2</sup> Los contactos realizados para el acercamiento con las familias se dieron siempre con las mujeres. Aún en los casos en que se pudo acceder a la vivienda familiar, resultó ser la mujer la interlocutora, ya que, en las familias, mayormente nucleares, el varón no se encontraba nunca presente por motivos de trabajo.

centro de salud, en la capilla y en espacios del barrio como almacenes, ferias, eventos festivos como día del niño y niña, y celebración de 25 años del CAPS, por ser lugares que las mujeres frecuentan. El centro de salud es un espacio de referencia y de encuentro al que las mujeres asisten no sólo por la consulta médica de sus hijos/as, sino que además algunas han participado en talleres sobre alimentación y salud. La capilla también es un lugar al que concurren, especialmente porque llevan a sus hijos/as al jardín maternal que allí funciona, y suelen visitar la feria de ropa que se organiza en el patio. Frecuentar estos lugares nos permitió generar acercamientos, diálogos, intercambios y encuentros que se tradujeron posteriormente en entrevistas, concretadas en su mayoría en esos mismos espacios sociales, y en menor medida en los propios hogares de las mujeres.

El tamaño de la muestra estuvo orientado por el criterio de saturación teórica (Vasilachis de Gialdino, 2006), y su conformación se construyó mediante la vinculación con referentes para las mujeres, identificados/as como interlocutores/as de la investigación. Para el análisis e interpretación de los datos utilizamos la estrategia de análisis temático, a través de una estrategia mixta, combinando categorizaciones de tipo inductivo y deductivo (Sautu, 2007).

### **Entramados interculturales: el caso del barrio Nuestro Hogar III**

Para comprender la complejidad de los entramados interculturales que se (entre)tejen en el barrio Nuestro Hogar III, es necesario recuperar algunas cuestiones sobre los procesos migratorios en la provincia de Córdoba. La migración desde Bolivia hacia Argentina es un fenómeno histórico y familiar que se viene desarrollando desde mediados del siglo XX (Magliano, 2013).

Para el caso de Córdoba, hacia finales del siglo XX la provincia se convirtió en uno de los destinos elegidos por la población migrante sudamericana. El censo nacional de población del año 2010 muestra datos interesantes al respecto. De 31.870 personas migrantes que habitan en el departamento Capital de la provincia de Córdoba<sup>3</sup>, 25.751 provienen de América del Sur, y 12.074 específicamente de países limítrofes. Dentro de ésta última categoría, los/as migrantes provenientes de Bolivia son el colectivo más significativo en términos numéricos, con un total de 7.234 personas (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2010). Gran parte de las y los migrantes que llegan se ubican en barrios periféricos de la ciudad, como es el caso de Villa El Libertador, Villa Esquiú, Bajo Pueyrredón y Nuestro Hogar III (Pizarro, 2012), espacios que han sido históricamente habitados por migrantes provenientes de Bolivia, como así también de Perú y

<sup>3</sup> Cuadro P6-D. Provincia de Córdoba, departamento Capital. Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento, según sexo y grupo de edad. Año 2010.

Paraguay.

Esta realidad asume, como señala Benencia (2000), características particulares que son diferenciales a los espacios de diversidad cultural que existen en las zonas de frontera. Al quedar diferenciados en una localización geográfica específica se vinculan mayormente con la población nativa en situación de trabajo, conservando sus expresiones culturales (alimentación, vestido, celebraciones rituales y religiosas) entre sí y en momentos específicos.

Nuestro Hogar III es un barrio que se constituyó como tal en el año 1997, cuando el predio aún estaba afectado por normativa al uso de suelo rural, situación que fue cambiando con el crecimiento poblacional y la intervención estatal (Marengo y Monayar, 2012). Está ubicado en la zona sur de Córdoba, a unos 7 km del centro de la ciudad. El barrio es habitado por más de 1600 familias, y representa el caso más grande de informalidad urbana de la ciudad de Córdoba, no sólo en términos poblacionales, sino también por sus complejas características territoriales, sociales y ambientales (Cáceres, *et al.*, 2016).

Los factores de riesgo ambientales a los que está expuesto el barrio son de larga data: hasta finales de los años 70 funcionó un basural municipal a cielo abierto que produjo una grave contaminación del suelo. A esto se le suma las fumigaciones en campos cercanos por la siembra de soja, y el humo de la quema de ladrillos. Las mujeres vivencian la realidad ambiental de manera muy ligada a la alimentación y a la realidad de su lugar de origen:

“Allá (en Bolivia) hay cosas naturales, cosas de la tierra. Acá es todo muy distinto. Todo envasado, todo químico. Yo extraño un montón, las frutas, las verduras, acá es todo congelado, no es lo mismo. (...) Acá es todo químico, allá todo es de campo. Acá mucho químico. Yo extraño mucho eso. Acá quiero plantar algo y no puedo porque está contaminado” (Raquel, Córdoba, 2016).

“Mi mamá siempre verduras, frutas, nos criamos con eso. Acá es diferente, hasta la carne es distinta. La carne de cerdo igual. Allá casi no hay químicos, en el campo se siembra mucho. Acá en el barrio no podés” (Juana, Córdoba, 2017).

Es un espacio con alta movilidad territorial y vulnerabilidad socio-económica, así como culturalmente heterogéneo, especialmente por la nacionalidad de las personas que lo habitan: el 70% está representado por migrantes provenientes de países limítrofes (Cáceres, *et al.*, 2016), especialmente de Bolivia y Paraguay. Cuenta con red de agua potable, recolección de residuos en las calles

principales y conexiones eléctricas domiciliarias; carece de red de gas natural. Las viviendas son en su mayoría de mampostería y techos de teja. Sólo la calle principal se encuentra asfaltada. De modo que se evidencia la distancia geográfica, pero también simbólica del resto de la ciudad.

Así, las mujeres del trabajo (nos) develan la compleja tridimensionalidad biológica, social y ambiental que atraviesa a la alimentación-nutrición como procesos indivisibles, cuestión que hacíamos alusión al inicio de la escritura. Estas narrativas muestran el lugar significativo que ocupa el campo en la historia de las mujeres migrantes, los sentidos que le otorgan, la importancia que le dan a lo natural, al cuidado de la tierra, a la producción de los alimentos, y las dificultades que se les presenta para sostener esas prácticas en el destino. La cuestión de lo natural de los alimentos obtenidos de la tierra en sus lugares de origen en contraste a los alimentos que encuentran en el destino nos muestra la estrecha relación que se trama entre los cuerpos y los territorios, categorías que no podemos pensar de una manera separada, sino más bien entrelazada y situada en el contexto de un barrio con alto riesgo ambiental.

### **Particularidades de las mujeres migrantes bolivianas: reflexiones e intersecciones en torno a los cuidados**

Las mujeres que entrevistamos provienen principalmente de Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. Dentro de las características heterogéneas que presentan estos departamentos, ellas refieren venir mayormente de la ruralidad. Son mujeres adultas jóvenes, de entre 18 a 40 años de edad, madres de niños y de niñas de hasta 5 años. En su gran mayoría, tienen niveles educativos bajos: la primaria es el nivel máximo alcanzado. Viven en condiciones desfavorables de vivienda, tienen dificultades para acceder a empleos formales, y como mencionamos, habitan un espacio territorial con alto riesgo ambiental. Por supuesto, no podemos abordar la alimentación-nutrición de las mujeres migrantes sin considerar las condiciones de vida que atraviesan.

En relación a la trayectoria migratoria, algunas han migrado primeramente a ciudades como Mendoza, Buenos Aires, y Bahía Blanca antes de asentarse en Córdoba. El tiempo de residencia en Argentina en general, y en Córdoba en particular, varía entre dos a veinte años. La mayoría se ha movilitado en contextos familiares. Actualmente todas conforman familias nucleares con compañeros de nacionalidad boliviana que han conocido en el país de origen, o, en menor medida, en el país de destino.

En cuanto a la nacionalidad de sus hijos e hijas, se presentan escenarios distintos: algunos/as han nacido en Bolivia, otros/as en Argentina, mientras que también se da la situación de familias que han tenido hijos e hijas

en ambos países.

La migración boliviana hacia Argentina muestra una continuidad en el tiempo, con la particularidad de ser un proyecto principalmente de carácter familiar. La elección de Córdoba como lugar de destino está ligada especialmente con la búsqueda de mejores oportunidades laborales (Cerrutti, 2010), tal como se reflejó en el trabajo de campo: "Yo soy de Cochabamba, allá hay mucho sufrimiento, uno tiene que laburar de sol a sol, y por eso no más yo me vine para acá, para Córdoba, con mi compañero y mis hijos, para vivir mejor" (Julia, Córdoba, 2017). "Allá no hay trabajo y acá algo podía conseguir. Ahora estamos trabajando en los ladrillos<sup>4</sup>. Es bien el lugar. A veces quiero volverme, pero ¿a qué me voy a volver? Allá no hay trabajo" (Miriam, Córdoba, 2017).

De acuerdo con los datos relevados por la Encuesta de Protección y Seguridad Social de Argentina, la informalidad laboral se encuentra extendida en el conjunto de las y los trabajadoras/es migrantes de origen sudamericano. En este sentido, los datos muestran que para el año 2011 cerca del 68% de los/as trabajadores/as migrantes provenientes de América del Sur tenían informalidad laboral, cifra significativamente superior a la de los/as trabajadores/as no migrantes, ubicada cerca del 42% (OIT, 2015). En particular, las y los migrantes bolivianas/os que residen en Argentina presentan menores niveles de ingresos que la población nativa. Debido a su condición de migrantes y a su escasa calificación laboral, tienden a ser empleadas/os en forma precarizada (Cerrutti, 2010). Esto se condice con datos recientes de la Encuesta Nacional Migrante de Argentina (RIOSP-DDHH ENMA, 2020) que muestra que el 61% del colectivo migrante boliviano presenta trabajo no registrado.

Para el caso particular de las mujeres migrantes provenientes de Bolivia, el empleo doméstico remunerado aparece como una posibilidad de insertarse en el mercado de trabajo (Magliano, *et al.*, 2016). De acuerdo a datos estadísticos, para el 47% de las mujeres migrantes sudamericanas que residen en Argentina el servicio doméstico representa uno de los sectores de mayor inserción laboral (Maguid, 2011).

La concentración de mujeres migrantes en este espacio está atravesado por un conjunto de intersecciones entre género, clase, pertenencia étnico-cultural, origen nacional (Jelin, *et al.*, 2006; Cerrutti, 2010). Es decir que "el empleo doméstico se construye de un conjunto de valoraciones que coloca a las mujeres migrantes como las "más capacitadas" o las "más idóneas" para el desarrollo y sostenimiento de estas tareas, estableciendo lo generizado del mercado de trabajo y también lo etnificado y racializado a partir de procesos de jerarquización de la fuerza laboral en función del género, la adscripción

étnico-racial y el origen nacional" (Magliano, *et al.*, 2016:87).

Este panorama no es ajeno al de las mujeres entrevistadas en nuestra investigación, donde casi la mitad de ellas mencionó estar trabajando en el empleo doméstico, o haber trabajado en él, tanto aquí como en el lugar de origen. Según Marco Navarro (2007) en Bolivia las empleadas domésticas se desenvuelven en un contexto de servidumbre que está muy ligado a lo indígena lo que se suma a su situación de pobreza, profundizándose en el espacio doméstico las relaciones de discriminación de etnia y género.

Además de este trabajo productivo, que no deja de estar vinculado en gran medida al objeto de interés de este trabajo: el cuidado y la alimentación, son las responsables de las tareas de cuidado al interior de los grupos domésticos: "Yo me encargo de todo, de cocinar, de los chicos, el padre más los sábados, pero casi poco, como no está en todo el día, llega tarde" (Raquel, Córdoba, 2016). "Yo compro la comida, cocino. En Bolivia es así, el hombre se dedica al trabajo, están todo el día trabajando, y es como que las mujeres cocinan, producen la comida, o la compran" (Margarita, Córdoba, 2017).

Las entrevistas muestran cómo el cuidado contiene a las prácticas alimentarias y se estructura mediante la cotidiana gestión femenina. Cuidar los cuerpos implica proveer el alimento, por lo tanto, ocuparse de su producción, selección, preparación, distribución y otras actividades relacionadas con el complejo acto de comer. Esto requiere de un trabajo emocional, afectivo, físico e intelectual que es imprescindible para el bienestar humano (Federici, 2013), y que muchas veces queda excluido simbólicamente de las lógicas productivistas.

Las tareas de cuidado, incluyendo las prácticas alimentarias, son asumidas por las mujeres bolivianas, lo que evidencia una distribución de roles de género en función de lo público y lo privado/doméstico, que la teoría feminista viene señalando desde hace décadas en sus análisis cada vez más refinados.

Entendemos que este escenario no es ajeno al caso de las mujeres argentinas: la Encuesta Nacional sobre uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado (INDEC, 2020) muestra que las mujeres ocupan 5 horas por día realizando trabajo doméstico no remunerado al interior de los hogares en contraste con 2 horas diarias de los varones. Más aún, para el caso de las mujeres de menores niveles de ingresos, como podrían ser las vecinas argentinas de las mujeres entrevistadas, dicha participación se incrementa en valores cercanos a las 6 horas (Calero, *et al.*, 2015).

A pesar de estas similitudes respecto al reparto desigual

<sup>4</sup> Se refiere al trabajo remunerado en la producción de ladrillos.

de las tareas de cuidado en el ámbito doméstico, consideramos que para el caso particular de las mujeres provenientes de Bolivia la desigualdad de género se intersecta con otras valoraciones estigmatizantes vinculadas al ser migrantes, complejizando más aún las relaciones de subordinación:

“Acá hay unos changos que gritan ‘boliviana, ¿por qué estás acá?’. Si no estás vestida bien te miran de pies a cabeza, o está sucio tu hijo lo miran de pies a cabeza. Duele cuando te discriminan, si eres gorda, si eres flaca, si eres mujer” (Elisa, Córdoba, 2016).

“Acá eres extranjero (...) Por ahí la gente dice ‘ay, esta boliviana’, pero sin embargo nosotros sufrimos, no es fácil. Hay gente que te discrimina demasiado (...) y tenés que aprender a vivir con eso. Yo en mi caso me he sentido discriminada acá” (\*Registro de campo día 30 de agosto de 2016, despensa donde trabaja una mujer proveniente de Bolivia).

En este sentido, los aportes de la teoría interseccional nos echan luz para comprender que no sólo es el género una categoría que produce desigualdades en las tareas de cuidado al interior de los grupos domésticos, sino que además, para el caso particular de las mujeres con las que trabajamos, el género se intersecta con otras dimensiones como el origen nacional, la clase, el nivel educativo y la pertenencia étnica que agudizan las relaciones de desigualdad y discriminación.

### **Prácticas alimentarias: aportes desde la autoatención en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención**

La antropología alimentaria ha brindado aportes significativos al campo de la alimentación en términos de incorporar dimensiones sociales y culturales en el análisis y la comprensión de las prácticas alimentarias. Estas contribuciones permitieron ampliar el paradigma biomédico que suele predominar en los abordajes nutricionales, caracterizados por miradas cuantificadas, prescriptivas, universales y medicalizantes (Garrote, 2000). De modo que, como plantea Fischler (1995), las prácticas alimentarias quedan reducidas en su comprensión, ligándolas a comportamientos “puros”, aprendidos de manera mecánica e inconsciente, sin considerar los entramados culturales de quienes las realizan.

En contraste, diversos trabajos provenientes de la antropología han profundizado en las prácticas alimentarias y la relación simbólica y material que articula la selección, preparación, distribución y consumo de los alimentos con otras nociones como las creencias y las representaciones sociales (Fischler, 1995),

las estrategias domésticas de consumo (Garrote, 2003; Aguirre, 2004), o la cultura alimentaria, la gramática culinaria y el gusto (Arnaiz y Contreras Hernández, 2005). De esta forma, la antropología alimentaria ha favorecido al entendimiento del “complejo mundo del comer” (Huergo, 2016:21) desde los múltiples matices que lo atraviesan.

“Después le daba arroz (a su hija), pero ellos [los médicos] me decían que haga el arroz hervido, y nosotros comemos el arroz tostado. Igual que el fideo, ellos te dicen el fideo hervido, pero ella no lo quería comer. Cuando yo hacía el otro arroz, o el otro fideito que es tostado en el guiso, ella lo quería más. Se tuesta el arroz o el fideo y se pone en el guiso, queda más sabroso. Y ellos me decían que no” (Ana, Córdoba, 2016).

La elección del arroz tostado frente al arroz hervido aparece en la mayoría de las entrevistas como una práctica diferenciadora, a la que las mujeres le atribuyen que a los/as niños/as les gusta más, y tal vez reivindicadora de su cocina. Así, esta práctica (que es relatada en prácticamente todas las entrevistas) propia de la gramática culinaria de la cocina de origen de las entrevistadas se (des)encuentra con las prácticas de los/as profesionales que la niegan, sin que en realidad medien otros elementos que podrían ser de riesgo para la alimentación-nutrición del niño/a.

Por su parte, la antropología médica ha realizado contribuciones importantes en torno al análisis y la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención en diferentes sectores y actores (Menéndez, 2018).

Recuperando estos aportes, buscamos analizar las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas sostenidos por mujeres migrantes bolivianas desde la perspectiva de la autoatención en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. Esta mirada permite reforzar las potencialidades de la autoatención en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y comprenderla como el primer nivel real de atención a la salud (Osorio, 2001; Ortale, 2002; Menéndez, 2009). Entendemos que el ámbito doméstico resulta privilegiado para observar estos procesos como prácticas cotidianas por ser el espacio donde generalmente comienza la búsqueda de caminos para resolver situaciones de salud (Osorio, 2001).

Siguiendo a Menéndez, la autoatención es una de las actividades básicas del proceso de salud-enfermedad-atención, y es entendida como el conjunto de “representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de grupo social para diagnosticar, explicar, aliviar,

curar, solucionar o prevenir procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales” (Menéndez, 2009:52).

La autoatención no es una actividad que se desarrolle de manera aislada; es un proceso estructural que busca asegurar la (re)producción biosocial y sociocultural de los grupos sociales, por lo tanto, opera desde su carácter social y grupal (Menéndez, 2009). Es el proceso que articula las diferentes formas de atención existentes a través de lo que Menéndez llama la carrera del enfermo, trayectoria en la que se puede observar el uso complementario y no excluyente de formas de atención que cada grupo utiliza (Menéndez, 2003).

Esta cuestión la pudimos observar en nuestro trabajo, donde se evidenció que las mujeres construyen salud en múltiples espacios, existiendo la articulación entre modelos de atención. Para algunos padecimientos concurren al centro de salud para tratarlos mediante la biomedicina, mientras que para otros recurren a lo que ellas llaman médico de campo o brujo, persona de su misma nacionalidad que alivia o resuelve dolencias bajo la forma de atención tradicional:

“Yo hago varias cosas. Para el dolor de panza (de sus hijos) lo resuelvo en mi casa, ya si es fiebre u otra cosa, los traigo acá (al centro de salud). Si es más grave o no sé qué pasa los traigo (...) Mi hija de chiquitita era muy llorona, no sabía qué tenía. La llevé ahí a una señora de Angelelli (médica de campo). La tienes que llevar tres veces. Ella me la hizo sanar. Le puso una cinta roja, no sé bien qué le hace” (Elisa, Córdoba, 2016).

“Yo atiendo a mis hijos ahí (en el brujo). Es un paisano, es bueno. Cuando él (su hijo) está asustado o tiene pata de cabra, ahí lo llevo (...) Acá (en el centro de salud) no saben de esas cosas, eso lo cura el brujo (...) También traigo a mis hijos al control de niño sano (...) Con el doctor Héctor vengo porque es mi paisano, no saco con otros turnos. Me siento más cómoda hablando cualquier cosa con él. Cuando mis hijos no se sienten bien yo lo traigo, aunque tenga turno o no tenga turno él me los ve. En cambio las enfermeras me dicen ‘tienes que sacar turno’. Tienes que venir muy temprano” (María, Córdoba, 2016).

“Cuando Luz era bebecita tenía muchos gases, pero esa vez yo no sabía que tenía muchos gases. La llevaba a la doctora y me decía que tiene gases, pero como que yo no le entendía. Iba día por medio al hospital y me decían

“tiene gases mamá, tiene gases”. Y como a las 10 de la noche empezaba a llorar como hasta las 2 de la mañana. Tenía que alzarla y había veces que no callaba, gritaba, por el dolor. La llevé al médico de campo. Me dijo también que tenía muchos gases. Aparte que le dolía mucho la espaldita. Me dio una tabletita de paracetamol para niños y me dijo “eso dale”. Me dijo que estaba asustada (...) Vine esa noche a mi casa y no me lloró más. Y tenía que ir tres veces, así que fui las tres veces (...) después de esas veces no volví porque no le dolía más. Como que no pasaba nada cuando iba al médico, yo no entendía lo de los gases, pensé que era otra cosa por eso la llevé al médico de campo” (Cristina, Córdoba, 2016).

Estos relatos no solamente muestran cómo las mujeres complementan los modelos de atención a la enfermedad según el diagnóstico presuntivo, la gravedad y el alivio de los malestares, sino que además reflejan, como evidencia Menéndez (2009), la apropiación de herramientas de la biomedicina por parte de curadores profesionales, aspecto que nos posibilita identificar al tomar la acción de las entrevistadas en lo referido a sus procesos de autoatención.

La complementación de los modelos de atención se condice con lo que refiere Héctor<sup>5</sup>, médico generalista que trabaja en el centro de salud:

“Ellas respetan mucho a la medicina científica pero tienen desconfianza, por eso recurren al médico de campo, al brujo. Ellas consultan al especialista pero también a su brujo. Yo les hago una derivación para hacer un estudio, por ejemplo, con un especialista, y ellas van al médico de campo, él les hace unas curaciones y después van al médico especialista” (Héctor, médico generalista, Córdoba, 2016).

La cuestión de tener que sacar turnos para ser atendidas por profesionales de la salud, la desconfianza que podría generar la biomedicina, y el desconocimiento de profesionales respecto a otros modos de curar, parecieran ser algunos de los obstáculos con los que las mujeres migrantes se encuentran al momento de decidir las formas de atención a la enfermedad. Si bien nuestro trabajo no aborda específicamente cómo se da el acceso a servicios de salud por parte de mujeres migrantes, es interesante recuperar estos relatos para comprender cómo son sus trayectorias terapéuticas, qué rol ocupan las prácticas alimentarias como formas de cuidado a

<sup>5</sup> Héctor es argentino, sus padres son de nacionalidad boliviana por lo que vivió en Bolivia durante su infancia-adolescencia. Es un médico quechua hablante.

la salud, y cómo seguir pensando la construcción de prácticas interculturales.

En línea con esto, entendemos que abordar las prácticas alimentarias desde los procesos de autoatención en contextos interculturales implica situarlas en una continuidad histórico-espacial entre el país de origen y el de destino, y no como un acontecimiento aislado. Esta continuidad nos permite recuperar las particularidades de los procesos de salud-enfermedad-atención en los lugares de origen para comprender la multiplicidad de prácticas que se despliegan y se asumen en los espacios de destino. Para el caso específico de las prácticas alimentarias, pudimos ver cómo las mujeres migrantes provenientes de distintas regiones Bolivia traen consigo determinadas prácticas de sus lugares de origen que replican y/o reconstruyen en el destino, con la finalidad de potenciar la salud y/o prevenir padecimientos en sus hijas o hijos.

Una de las prácticas estuvo fuertemente vinculada con la lactancia materna. En este sentido, un informe de UNICEF y de la Organización Mundial de la Salud en colaboración con el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, reveló que ningún país en el mundo cumple plenamente las normas recomendadas para la lactancia materna. Estas organizaciones encontraron que el 40% de los/as niños/as menores de seis meses se alimenta únicamente de leche materna, y sólo 23 países registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60%. Entre estos países se encuentran únicamente dos latinoamericanos: Bolivia y Perú (ONU, 2018). Para el caso de Argentina, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2 muestra que la lactancia materna exclusiva sólo estuvo presente en el 43,7% de los/as niños/as menores de 6 meses (ENNyS 2, 2019).

A lo largo del trabajo de campo fue posible comprobar la importancia que tenía para las mujeres migrantes bolivianas sostener la lactancia y aumentar la producción de leche, cuestión que la vimos reflejada en el despliegue de determinadas prácticas alimentarias: "Siempre tomaba mate cebado de yerbas y me salía más leche. Sopa de quínoa y mate cocido también" (María, Córdoba, 2016). "Mi suegra me daba sopa de oveja, de su cabeza, para que tenga más leche, las mujeres sabían decir eso. Mi mamá también lo mismo, sabía matar un pato y me decía "comé eso, es para vos". Lo comía en sopa (...). Carne no lo recomiendan tanto, más el caldo, porque si no el bebé no va a tener leche" (Julia, Córdoba, 2017). "Tomaba té de yerbas, de coca, sopa de arroz, sopa de fideos, eso, baja más leche" (Elena, Córdoba, 2017). "Tomaba mucha sopa, eso te aumenta. Allá tomábamos nariz de vaca con quínoa, tomamos el caldo, la sopa, eso te alimenta, te hace más vitaminas, te hace más leche" (Patricia, Córdoba, 2017).

Ubicamos estas prácticas bajo la categoría de

autoatención, en el marco de los procesos de salud-enfermedad-atención. Coincidiendo con lo que plantea Goldberg (2008), las mujeres bolivianas despliegan actividades de autoatención en el ámbito de la unidad doméstica, sin la concurrencia directa de profesionales de salud. Dichas prácticas están sustentadas en saberes transmitidos generacionalmente por parte de las mujeres de la familia: "Mi tía y mi hermana mayor siempre me decían que tomando eso iba a tener más leche, venía de familia, se repetía" (Patricia, Córdoba, 2017). "Estos saberes son de las mujeres más mayores, son las más sabias. Después las madres nos dicen hay que hacer esto así y así y listo" (Miriam, Córdoba, 2017). "Las mujeres, mi mamá, ellas te lo enseñan. Siempre es así" (Margarita, Córdoba, 2017).

A través de los relatos resulta claro cómo el sistema de saberes generacionales y genéricos brinda a las mujeres migrantes una red de apoyo y contención que contribuye al desarrollo y sostenimiento de actividades de autoatención, y las constituye como la figura indiscutida en las prácticas de lactancia. Todas las mujeres entrevistadas no sólo fueron acompañadas por hermanas, cuñadas, suegras, sino que además, recuperaron saberes de ellas, conformando un espacio de apoyo simbólico en el ámbito doméstico y familiar. Coincidiendo con Módena (1990), y ubicado en nuestro trabajo, las mujeres colocan en las prácticas de lactancia un sentimiento de fuerza colectiva, de poder, de seguridad, de autosuficiencia, y un sentido de propiedad compartido con otras mujeres, lo que visibiliza no sólo su capacidad de agencia sino también la importancia de lo colectivo, de hacer/tejer red y de resignificar prácticas propias del grupo social/familiar.

Así, el acto de comer devela un entramado complejo de relaciones, redes y vínculos, de significados y de representaciones, donde la pertenencia cultural a un determinado microgrupo, a una clase social, a una historia individual y colectiva, en un contexto social, político, económico, y en un espacio temporal determinado, condicionan los comportamientos y las prácticas (Fischler, 1995). Dentro de esta multiplicidad de significaciones, la comida adquiere un lugar fundamental en la cotidianidad de las mujeres migrantes para mantener la salud de sus hijas y/o hijos: "Mayormente les doy naranjas, naranjas y manzana porque tienen muchas vitaminas (...) A todos mis hijos les doy eso" (Cristina, Córdoba, 2016). "Trato de darles naranjas, todas las frutas para que no enfermen, eso me da resultado" (Raquel, Córdoba, 2016). "Les doy frutas para que sean más sanos y fuertes" (Elena, Córdoba, 2017). "Para que no se enferme le doy licuados de frutas, o la fruta cortada, eso para que crezca sano, para que crezca bien" (Julia, Córdoba, 2017).

Las frutas y las verduras en general aparecen en todas las entrevistas como los alimentos que se extrañan del



lugar de origen, tanto en su disponibilidad y variedad, como en su acceso económico y calidad "natural", como hemos señalado en los primeros párrafos relativos a la problemática ambiental. Pese a todas las dificultades que se encuentran en el lugar de destino en lo que respecta al acceso a este grupo de alimentos, siguen valorándolo como parte de una alimentación saludable para sus niños/as, integrando de alguna forma las contradicciones que suscita este grupo de alimentos.

A lo largo del trabajo de campo también pudimos ver cómo las mujeres acuden al consumo de plantas para aliviar o resolver malestares ya presentes en sus hijas e hijos: "Té de coca para la barriga, a veces están inflados de la barriga, tomas té de coca y te alivia. A todos mis hijos les doy, una cucharita. Té de manzanilla también" (María, Córdoba, 2016). "Cuando les duele la panza les doy paico, que lo tengo en mi casa, es una planta, como una menta. Pongo unas hojas en un vaso, y le echo agua caliente, y esa agüita se las doy, es muy buena para eso" (Ana, Córdoba, 2016). "Si les duele la panza les hago un té de paico, eso te calma. Y sino tuesto la yerba de mate, con azúcar y cáscara de granada o de naranja, y canela. Eso lo hago hervir, lo colas y toman un vaso. Es para el dolor de panza" (Miriam, Córdoba, 2017).

"Primero trato de curarlos con cosas caseras. Té de paico, té de anís. El paico es una planta que justamente es para el dolor de panza. Hojas de coca no porque es pesado, eso son para grandes. A los bebés anís, paico, tecito de ruda, todo en tecito, una o dos cucharitas y a dormir. Té de manzanilla o té de anís, también para los gases, una o media cucharita (...) Estas son todas tradiciones de la familia. Mi abuela le decía a mi mamá, mi mamá me decía a mí y así" (Juana, Córdoba, 2017).

Los relatos hacen visible cómo las mujeres migrantes bolivianas desarrollan la autoatención a partir del consumo de determinadas plantas como una actividad constante que atraviesa la cotidianidad de las prácticas alimentarias, y que tiene por finalidad aliviar malestares. Los datos de la Encuesta Nacional Migrante 2020 muestran que el 11% de migrantes provenientes de Bolivia recuperan saberes familiares y ancestrales asociados a la medicina tradicional<sup>6</sup>, donde la alimentación y la utilización de plantas ocupa un espacio central para cuidar y sanar el cuerpo (RIOSP-DDHH ENMA, 2020). Esto condice con trabajos realizados en algunas zonas de Bolivia que dan cuenta del amplio uso de la medicina tradicional por parte de la población, cuya expresión principal es el uso de diversas plantas medicinales (Vidaurre de la Riva, 2006; Justo-Chipana y Moraes, 2015). El trabajo de Justo-Chipana y Moraes (2015) realizado en La Paz y El Alto, registró la utilización de 105 especies para el alivio

de 56 tipos de dolencias distintas, siendo la infusión su preparación más común.

Esto nos hace pensar en la herbolaria como un punto de encuentro, o tal vez como un puente entre la autoatención y las prácticas alimentarias con formas específicas que difuminan los contornos habituales entre ambas prácticas, lo que da fuerza a la idea inicial de comprender a la alimentación-nutrición como procesos indivisibles, históricos y articulados en tanto dimensiones biológicas y sociales.

En particular, el consumo del paico en infusiones para aliviar dolencias y malestares digestivos fue una constante en los relatos de las mujeres entrevistadas. En línea con esto, el trabajo de Flores y Pellegrini (2015) muestra cómo el uso del paico con fines terapéuticos tiene larga data en sudamérica. Su utilización está atravesada por un conjunto de conocimientos ancestrales sobre el ambiente en el que crece, su cuidado, variedades y dosificación, haciendo visible que su uso y consumo no se realiza de un modo azaroso, sino que es transmitido generacionalmente por curadores/as tradicionales. Estos aspectos están presentes en las palabras de las mujeres entrevistadas, mostrando sus conocimientos sobre el uso del paico, su dosificación y administración, como así también la transmisión familiar de estos saberes.

### Habitando reflexiones y preguntas

Este artículo se centró en las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas sostenidos por mujeres migrantes provenientes de Bolivia residentes de un barrio de Córdoba desde la perspectiva de la autoatención en un contexto intercultural. De este análisis pudimos ver que las prácticas alimentarias y los cuidados en salud destinados a niños y niñas no se encuentran desvinculadas de la autoatención en el marco de los procesos de salud-enfermedad al interior de los microgrupos y de los colectivos socio-culturales. Forman parte integrante y activa de la construcción de la salud, así como de intervenciones específicas tendientes a tratar un diagnóstico identificado. La autoatención está presente en las prácticas alimentarias otorgándoles un sentido reparador, preventivo y promotor de la salud, más allá de la mera sobrevivencia.

Las mujeres migrantes que entrevistamos provienen mayoritariamente de zonas rurales de Bolivia; presentan bajos niveles educativos, dificultades para acceder a empleos formales y condiciones de vida precarias. Tienden a ubicarse en el empleo doméstico como trabajo formal, como así también son las responsables de las tareas de cuidado al interior de los grupos domésticos. En este marco, acercarnos a los aportes de la teoría interseccional nos resultó de particular relevancia para comprender los distintos ejes de desigualdades de género, clase social,

<sup>6</sup> Fuente: ENMA 2020 (pregunta 26). Número de respondientes: 2500.

origen nacional, nivel educativo que atraviesan las mujeres con las que trabajamos. No obstante, entendemos que la migración no es sólo un fenómeno social atravesado por esta multiplicidad de intersecciones, sino también una instancia donde las mujeres se constituyen como agentes activas en la toma de decisiones respecto al cuidado de la salud de sus hijos e hijas. Este agenciamiento se apoya en el entramado de saberes genéricos que circulan en las redes familiares que les permite hacer uso de prácticas y conocimientos que trasladan desde sus lugares de origen y utilizan en el destino.

Esto nos habilita también una particular reflexión respecto al abordaje de la categoría interculturalidad en el trabajo. Entendemos que ésta nos supuso un gran aporte, y a la vez, un problema. Por un lado, nos aportó la posibilidad de tener en forma permanente presente la dimensión cultural de las prácticas alimentarias con una especie de doble insistencia. Es habitual tener presente que las diferencias en los consumos alimentarios que presentan las distintas sociedades tienen componentes tanto materiales como simbólicos que hacen diferir en aquello que cada una considera, al decir de Harris (1985), "bueno para comer". Ahora, cuando esas sociedades entran en contacto en el mismo territorio la cuestión es aún más compleja en tanto esas diferencias comienzan a operar concretamente en numerosas instancias de la vida cotidiana; asumiendo connotaciones valorativas respecto a "la comida del otro" (Balsanelli, 2017).

Una de las cuestiones que no deja de ser importante para nuestro campo de interés es la implicancia que esto reviste en las relaciones que establecen las mujeres madres y sus niños/as con el sector salud. En el marco de los procesos medicalizantes (Gracia Arnaiz, 2007) a los que los procesos de alimentación-nutrición han sido sometidos, las indicaciones sobre la alimentación de los niños y las niñas son prescriptivas y están atadas, en gran medida, a la evolución de los procesos productivos de los alimentos con lo que los campos y enfoques paradigmáticos de la nutrición que describíamos en un inicio se enlazan e intersectan en la definición del, al decir de Fischler (1995), "el bien y el mal alimentario". Por lo que al escrutinio habitual en relación a la alimentación infantil se suma aquella originada por la diferencia cultural a la que suele otorgarse en mayor medida la dificultad de llevar a cabo "una buena práctica".

Enfatizamos, por tanto, en la importancia de incorporar la perspectiva intercultural desde un enfoque crítico en los abordajes en salud para tender puentes y diálogos entre distintos modelos de atención, logrando construir relaciones horizontales de respeto y legitimidad para todos los grupos de la sociedad.

Habíamos la incomodidad de hacernos preguntas que no buscan dar respuestas, sino más bien sostenerlas,

compartiendo la invitación a (re)pensar e interpelar nuestros propios lugares de enunciación: ¿Qué tipo de reflexiones nos habilitan esta relación de la alimentación y los cuidados en la infancia en este contexto de interculturalidad? ¿Cómo la perspectiva de la autoatención nos acerca a evidenciar saberes y prácticas en conflicto pero a la vez, yuxtapuestas, articuladas, interpenetradas? ¿Cómo acercarnos a partir de esto a pensar abordajes interculturales en salud? ¿Cómo generar tensiones/rupturas a un modelo médico que tiene un carácter objetivante y legitimador sobre las prácticas alimentarias? ¿De qué manera interpelar a un paradigma histórico que se ejerce y se sostiene cotidianamente?

Ciudades de Esquel y Córdoba, 27 de septiembre 2022.

## Bibliografía

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital intelectual. <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>
- Aguirre, R. (2003). El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de los resultados de la encuesta sobre usos del tiempo: desigualdades sociales y de género. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF Uruguay. [http://pmb.aticonicef.org.uy/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=54](http://pmb.aticonicef.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=54)
- Aizenberg, L. y Baeza, B. (2017). Salud reproductiva y migración boliviana en contextos restrictivos de acceso al sistema sanitario en Córdoba, Argentina. *Revista health sociology review. journal of the Australian Sociological Association*, 254-265. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/60654>
- Aizenberg, L., Baeza, B., y Barría Oyarzo, C. (2019). Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Americanos*, 19(1), 43-66. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ssa/v19n1/0719-0948-ssa-19-01-00043.pdf>
- Aizenberg, L. y Baeza, B. (2021). Itinerarios terapéuticos y pluralismos médicos de las migrantes bolivianas en Argentina. *RESISTANCES. Journal of the Philosophy of History*, 2(3), 1-11. <https://doi.org/10.46652/resistances.v2i3.46>
- Álvarez Uribe, M. C. y González Zapata, L. (2009). Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín - Colombia. *Scielo Public Health*, 52(1).

- [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06222002000100008](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222002000100008)
- Anuario Estadístico Migratorio de la Argentina (2020). Red de investigaciones en derechos humanos, CONICET, Encuesta Nacional Migrante de Argentina. <https://redderechoshumanos.conicet.gov.ar/encuesta-nacional-migrante-enma/>
- Arnaiz, G. M. y Contreras Hernández, J. (2005). Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. Editorial Ariel. [https://books.google.com.ar/books?id=1misZQrhOQIC&pg=PP1&dq=Arnaiz%2C%20G.%20M.%3B%20Contreras%20Hern%C3%A1ndez%2C%20J.%20\(2005\).%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20cultura.%20Perspectivas%20antropol%C3%B3gicas.%20Editorial%20Ariel.&pg=PP1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?id=1misZQrhOQIC&pg=PP1&dq=Arnaiz%2C%20G.%20M.%3B%20Contreras%20Hern%C3%A1ndez%2C%20J.%20(2005).%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20cultura.%20Perspectivas%20antropol%C3%B3gicas.%20Editorial%20Ariel.&pg=PP1#v=onepage&q&f=false)
- Balsanelli, A. (2017). La comida del otro: el régimen alimenticio en la formación de identidad y alteridad entre los mayas lacandones. *Revista de Reserca I Formació en Antropología*, 22(2), 68-90. <https://raco.cat/index.php/Periferia/article/view/v22-n2-balsanelli/422343>
- Benencia, R. (2000). Argentina: la problemática social de la migración limítrofe. *Banco Nacional de Comercio Exterior*, 251-257. <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/50/9/bene0300.pdf>
- Cáceres, E. S., Cáceres R. M. y Lema, M. H. (2016). Asentamientos urbanos periféricos en riesgo ambiental. El caso de Ampliación Nuestro Hogar III. Editorial de la Facultad de Arquitectura, Urbanismo y Diseño, Universidad Nacional de Córdoba. [https://www.academia.edu/12280680/Asentamientos\\_urbanos\\_perif%C3%A9ricos\\_en\\_riesgo\\_ambiental\\_El\\_caso\\_de\\_Ampliaci%C3%B3n\\_Nuestro\\_Hogar\\_III](https://www.academia.edu/12280680/Asentamientos_urbanos_perif%C3%A9ricos_en_riesgo_ambiental_El_caso_de_Ampliaci%C3%B3n_Nuestro_Hogar_III)
- Calero, A.; Delavalle, R.; Zanino, R. (2015). Economía del Cuidado en Argentina: Algunos resultados en base a la Encuesta sobre uso del Tiempo. MPRA Paper, 72820. [https://mpra.ub.uni-muenchen.de/72820/1/MPRA\\_paper\\_72820.pdf](https://mpra.ub.uni-muenchen.de/72820/1/MPRA_paper_72820.pdf)
- Cerrutti, M. (2010). Salud y migración internacional: Mujeres bolivianas en la Argentina. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD; Centro de Estudios de Población - CENEP; UNFPA. <https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MujeresBolivianasEnArgentina.pdf>
- Cruz Agudo, Y., Jones, A. D, Berti, P. R., y Larrea Macias, S. (2020). Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(1), 7-14. [http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222010000100002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0004-06222010000100002&script=sci_abstract&lng=pt)
- Dixon, J. (2009). From the imperial to the empty calorie: how nutrition relations underpin food regime transitions. *Agriculture and Human Values*, 26, 321-333. doi 10-700/s10460-009-9217-6.
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2 (2019). Resumen ejecutivo. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación. [https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2\\_resumen-ejecutivo-20191.pdf](https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2019/10/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-20191.pdf)
- Federici, S. (2013). Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. Edición Traficantes de Sueños. <https://traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Revolucion%20en%20punto%20cero-TdS.pdf>
- Fischler, C. (1995). El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Editorial Anagrama.
- Flores, C. G. y Pellegrini, P. A. (2015). Conocimientos tradicionales y expertos en torno a una planta de uso medicinal. El caso del paico en la Patagonia argentina. *REVISTA 100-Cs*, 1(1), 90-122. [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/49199/CONICET\\_Digital\\_Nro.4377d94b-5644-412f-84b0-07b8a6dd8215\\_H.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/49199/CONICET_Digital_Nro.4377d94b-5644-412f-84b0-07b8a6dd8215_H.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Garrote, N. (2000). Algunas reflexiones acerca de la contribución de la Antropología a la problemática de la alimentación y la salud. *Investigación en Salud, Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública Municipal*, 3(2).
- Garrote, N. (2003). Redes alimentarias y nutrición infantil: Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional de niños pequeños. *Cuadernos de antropología social*, 17(1), 117-137. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2003000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100007&lng=es&tlng=es)
- Gatica, C. y Méndez De Feu, M.C. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de dos años. *Scielo Public Health*, 107(6), 496-503.

- <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n6/v107n6a05.pdf>
- Godínez, M., Cruz Bardales, M. A., Morales Fuentes, G., Barranza Gómez, J. A., y Pérez Rodríguez, A (2015). Prácticas alimentarias relacionadas con el estado nutricional en niños menores de dos años de edad. (Tesis de grado, Universidad de San Carlos de Guatemala). <http://www.repositorio.usac.edu.gt/3559/>
- Goldberg, A. (2008). Etnografía de los procesos de salud/enfermedad/atención en inmigrantes bolivianos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Ponencia en el IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones. <https://cdsa.academica.org/000-080/8.pdf>
- Harris, M (1985). Bueno para comer. [Traducido al español de Good to eat]. Madrid. Alianza Editorial
- Huergo, J. (2016). Reproducción alimentaria-nutricional de las familias de Villa La Tela, Córdoba. (Tesis doctoral, Universidad Nacional de Córdoba) [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/107230/CONICET\\_Digital\\_Nro.8ca894b9-fd26-4385-afea-9a227f87b8df\\_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/107230/CONICET_Digital_Nro.8ca894b9-fd26-4385-afea-9a227f87b8df_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC, (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Cuadro P6-D. Provincia de Córdoba, departamento Capital. Población total nacida en el extranjero por lugar de nacimiento, según sexo y grupo de edad. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-CensoProvincia-999-999-14-000-2010>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC (2020). Hacia la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado / 1a ed. Libro digital, PDF.
- Jelin, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006). ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud, en Elizabeth Jelin (dir.). Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). <https://publicaciones.ides.org.ar/sites/default/files/docs/2020/jelin-2006-saludymigracionregional.pdf>
- Justo-Chipana, M.; Moraes, R. M. (2015). Plantas medicinales comercializadas por las chifleras de La Paz y El Alto (Bolivia). *Ecología en Bolivia*, 50(2), 66-90. [http://www.scielo.org.bo/pdf/reb/v50n2/v50n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/reb/v50n2/v50n2_a02.pdf)
- Magliano, M. J. (2009). Migración, género y desigualdad social. La migración de mujeres bolivianas hacia Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 17(2), 349-367. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2009000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000200004)
- Magliano, M. J. (2013). Los significados de vivir múltiples presencias: Mujeres bolivianas en Argentina. *Migraciones Internacionales*, 7(1), 166-191. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/8197>
- Magliano, M. J., Perissinotti, M.V. y Zenklusen, D. (2016). Trayectorias laborales en el empleo doméstico en la ciudad de Córdoba: especificidades en torno al origen nacional, la condición étnico-racial y la pertenencia de clase, en: Los nudos ciegos de la desigualdad. Diálogos entre Migraciones y cuidado. Centro de Estudios Avanzados (UNC). 1a ed. Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CONICET) (pp. 111-142) [https://www.academia.edu/27440729/Los\\_nudos\\_ciegos\\_de\\_la\\_desigualdad\\_Di%C3%A1logos\\_entre\\_migraciones\\_y\\_cuidado](https://www.academia.edu/27440729/Los_nudos_ciegos_de_la_desigualdad_Di%C3%A1logos_entre_migraciones_y_cuidado)
- Maguid, A. (2011). Migrantes sudamericanos y mercado de trabajo. En La inmigración laboral de sudamericanos en Argentina. Buenos Aires: OIT/Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/---ro-lima/---ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_bai\\_pub\\_107.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_107.pdf)
- Mangialovari, G., Abeyá, E., Durán, P., Biglieri, A. y Kogan, L. (2007). La alimentación de los niños menores de 2 años Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud "ENNyS". <https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2020/04/alimentaciondeninosde2anos.pdf>
- Marco Navarro, F. (2007). El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas. Serie Mujer y Desarrollo N°89. CEPAL. 5-81 [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/58111/1/S0701055\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/58111/1/S0701055_es.pdf)
- Marengo, C.; Monayar, V. (2012). Crecimiento urbano e informalidad residencial. El caso de Nuestro Hogar III, en la periferia de Córdoba, Argentina. CUADERNO URBANO. Espacio, cultura,

- sociedad, 13(13), 7-25. <https://www.redalyc.org/pdf/3692/369236774001.pdf>
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y salud colectiva*, 8(1). <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. (14), 33-69. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1399944>
- Menéndez, E. (2009). De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires. Lugar editorial.
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc. saúde coletiva*. 21(1), 109-118. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. (2017). Epidemiología Sociocultural. Características fundamentales. [Archivo de Video]. Herkovits, D. y Sy, A. Entrevistadores. Buenos Aires: CeDoPS.
- Menéndez, E. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colect*, 14(3), 461-481. [http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1838/pdf\\_es](http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/1838/pdf_es)
- Módena, M.E. (1990). Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. Ediciones de La casa chata. Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología, México.
- Morin, E. (2001). El Método. La naturaleza de la naturaleza. [Traducido de La methode I. La Nature de la nature] Madrid: Ediciones Cátedra.
- Organización Internacional del Trabajo (2015). Migraciones laborales en Argentina: protección social, informalidad y heterogeneidades sectoriales. Oficina de País de la OIT para la Argentina. Buenos Aires. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos\\_aires/documents/publication/wcms\\_379419.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_379419.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (2018). ¿Por qué en los países ricos las madres no dan de mamar?. Noticias ONU. Mirada global
- Historias humanas. <https://news.un.org/es/story/2018/05/1433262>
- Ortale, S. M. (2002). Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata. (Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata) <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4585>
- Osorio Carranza, R. M. (2001). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. Editorial CONACULTA. INHA.
- Pizarro, C. (2012). "Ser Boliviano" en la región metropolitana de la ciudad de Córdoba. Localización socio-espacial, mercado de trabajo y relaciones interculturales. Editorial de la Universidad Católica de Córdoba.
- Prado, S., Magalhães Bosi, M., Soares De Carvalho, M., Gugelmin, S., Mattos, R., et al. (2011). Alimentação e nutrição como campo científico autónomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos. *Revista de Nutrição*, 24(6), 927-937. <https://www.scielo.br/j/rn/a/xg7C7qjNQXkQ7hft39qLRQ/?lang=pt>
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí, Salud Colectiva*, 5(1), 63-85. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/231/220>
- Red de Investigaciones Orientadas a la Resolución de Problemas en Derechos Humanos (RIOSP-DDHH) (2020) Encuesta Nacional Migrante de Argentina (ENMA) [Conjunto de datos]. CONICET. Handle: <http://hdl.handle.net/11336/161001>
- Rivera Márquez, J (2007). La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud enfermedad. En: Jarillo Soto, E; Guinsberg, E. (Ed.) (2007) Temas y desafíos en salud colectiva. Editorial Lugar. Buenos Aires (pp. 153-171).
- Sautu, R., Dalle, P. y Maidana, V. (2007). El significado de la democracia entre personas de clase trabajadora del Área Metropolitana de Buenos Aires. En Sautu (Comp.) (2007) Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas. Lumiere (pp. 287-309).

The Giessen Declaration (2005). *Public Health Nutrition*, 8(6A), 783-786.

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries: A Political argument for an ethic of care*. Editorial Routledge.

Vasilachis De Gialdino, I. (2006). Estrategias de

investigación cualitativa. Editorial Gedisa.

Vidaurre de la Riva, P. J. (2006). Plantas medicinales en Los Andes de Bolivia. *Botánica Económica de los Andes Centrales*, 268-284. [https://www.ucipfg.com/repositorio/PROYECTO\\_BOLIVIA/Doc/PM2.pdf](https://www.ucipfg.com/repositorio/PROYECTO_BOLIVIA/Doc/PM2.pdf)