

Acerca de “niños en riesgo” y “padres no suficientemente buenos”. Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina).

Mesa 20: Construcciones diversas de niñez, crianza y aprendizaje en América Latina y su lugar en las políticas públicas de educación y salud.

Carolina Remorini¹ & María Laura Palermo²

Introducción

En esta ponencia examinamos las concepciones en torno a niños y familias “en riesgo” presentes en discursos y prácticas de los agentes de instituciones de salud del Estado que trabajan con “población materno-infantil”³ en comunidades rurales del Departamento de Molinos, Valles Calchaqués (Salta, Argentina). El pueblo de Molinos, localizado a 2.020 m.s.n.m, fue fundado a mediados del siglo XVII y cuenta con una población de 1000 habitantes, alcanzando un total de 5652 habitantes para todo el Departamento. La población infantil (0 a 5 años) representa el 13,3% de la población del Departamento y las mujeres en edad fértil (10 a 39 años) el 24,4% (Censo Nacional Argentino 2010).

La economía actual se basa en la producción en fincas junto con la práctica agrícola- ganadera realizada a escala doméstica, junto con la creciente importancia de tareas como el comercio, el trabajo asalariado, empleos administrativos y, en menor proporción, la práctica profesional y/o técnica en el hospital o la docencia escolar. En la actualidad el turismo constituye una importante fuente de ingresos, incrementando la actividad textil artesanal y la transformación de antiguos establecimientos en hoteles con diversos servicios.

Históricamente las poblaciones de los Valles Calchaqués se han configurado como el producto del mestizaje entre españoles y parcialidades indígenas, que durante siglos ha llevado a los vallistos a considerarse “criollos”. No obstante, existe notable diversidad que se

¹ Lic. en Antropología. Dr. en Ciencias Naturales. Investigador Adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Profesor Adjunto de la FCNyM, Universidad Nacional de La Plata. Investigador en Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, FCNyM. UNLP Correo electrónico: carolina.remorini@gmail.com

² Lic. en Antropología. Becaria en Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, FCNyM-UNLP. Correo electrónico: mlaurapalermo@gmail.com.

³ El concepto de salud materno infantil en el campo de la salud pública surge al considerar a niños pequeños y mujeres durante la gestación y puerperio como un grupo vulnerable con riesgos y necesidades específicas. Sin dejar de reconocer su valor, esta categoría responde a una construcción histórica que está siendo reconsiderada, dada la diversidad de experiencias en torno a la maternidad y la crianza (Drovetta, 2010; Hirsch & Ospina, 2011; Remorini & Palermo, 2012).

expresa en distinciones entre el “pueblo” y sus “orillas”, el “bajo” y el “alto” o las “fincas”⁴. En cada una de estas áreas se reconocen particularidades en las estrategias de subsistencia, incluidas las prácticas de crianza, alimentación y cuidado de la salud, así como en el acceso y uso efectivo de servicios de salud, educación y comunicación. Asimismo, en los últimos años, en algunos enclaves ciertos sectores de la población comienzan a reivindicar sus orígenes indígenas.

En este trabajo analizamos algunos aspectos emergentes de una investigación etnográfica en curso cuyo objetivo general es caracterizar etnográficamente los factores ecológicos que afectan el desarrollo y la salud de los niños en estas comunidades vallistas. Este estudio se enfoca en la caracterización de las actividades rutinarias de crianza y de las “etnoteorías parentales”⁵ acerca de la crianza, el desarrollo y el cuidado de la salud de los niños. Partimos de la idea de que las mismas, lejos de ser homogéneas y compartidas por todos los miembros de una comunidad, exhiben aportes de diversas fuentes, articulaciones y tensiones producto de intercambios intergeneracionales y con agentes de diversas instituciones. Asimismo, reconocemos la contribución de diversos discursos profesionales y políticas públicas en torno a la salud y la “normalización” de la crianza, los que deben ser considerados entre los factores que impactan en el desarrollo de los niños en contextos específicos (Bronfenbrenner, 1987). Por lo tanto, junto con la observación y entrevistas a cuidadoras de diversas unidades domésticas, se indagó también en las perspectivas y actividades de agentes de las instituciones educativas y sanitarias, a través de entrevistas y observaciones de las actividades diarias del personal sanitario y análisis de registros y documentación disponible en tales instituciones. Con base en los resultados de esta indagación, en este trabajo analizamos discursos y prácticas de los agentes de salud, así como los acuerdos y tensiones que se expresan en las interacciones con la población local. En este contexto, y parafraseando a Donald Winnicott

⁴ La localidad de Molinos (cabecera del Departamento) es referida como “el pueblo”, con sectores diferenciados como “las orillas”. “Las fincas” son propiedades privadas rurales del Departamento, derivadas de las encomiendas, destinadas a la producción agrícola-ganadera, que se ubican distantes entre 5 y 40 km del pueblo.

⁵ Super y Harkness (1986) propusieron el concepto de “parental ethnotheories” como uno de los componentes centrales del nicho de desarrollo. “...Parental ethnotheories are cultural models that parents hold regarding children, families, and themselves as parents. The term cultural model (...) indicates an organized set of ideas that are shared by members of a cultural group. Like other cultural models related to the self, parental ethnotheories are often implicit, taken-for-granted ideas about the “natural” or “right” way to think or act (...) are closely related to other aspects of the child’s culturally constructed environment. This environment is not a random collection of unrelated social customs, aesthetic values, interpersonal interactions, physical situations, and beliefs about the world. Rather, the various components of the child’s environment together constitute a developmental niche (Harkness & Super, 2009, p. 67-68).

(1994)⁶, focalizamos en aquellos aspectos que hacen a los padres y madres “*no suficientemente buenos*” para la crianza, poniendo a los niños “*en riesgo*”, según la perspectiva de estos agentes. Estos evalúan habilidades, capacidad de “*alarma*”, compromiso con las pautas de crianza y cuidado de la salud promovidas por ellos, y las condiciones más amplias del entorno doméstico, en términos de listados de “*factores de riesgo*”, aplicando -de manera acrítica y sin tener en cuenta la diversidad existente en la región-, esquemas y conceptualizaciones propias de políticas públicas de alcance universal.

Con base en estas consideraciones nos interesa remarcar el aporte de la metodología etnográfica para reconocer el alcance e impacto local de discursos y prácticas basados en concepciones universalistas de infancia, salud y desarrollo infantil, asociados a objetivos de políticas predeterminados y homogéneos que no tienen en cuenta la variabilidad de trayectorias de salud de los niños en contextos específicos. Al respecto, consideramos que la Etnografía puede contribuir a la construcción de espacios de diálogo interdisciplinario e intersectorial que busquen optimizar el impacto de estas políticas en el desarrollo de los niños y niñas de nuestro país, superando estigmatizaciones y atendiendo a las problemáticas y a las perspectivas de los sujetos en cada enclave.

La atención de la salud “materno-infantil” en Molinos: agentes, instituciones y políticas.

En términos de las políticas públicas de salud, el área de los Valles Calchaquíes no aparece reconocida como población originaria ni se reconocen las particularidades de la conformación pluriétnica de la región (Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, 2009/2010). De este modo, estas poblaciones quedan abarcadas en políticas de alcance universal, como el Plan Nacer y el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) que incluye las visitas domiciliarias de los agentes sanitarios locales y la entrega de leche a través del Programa provincial NUTRIVIDA. Además, el municipio entrega tickets para la compra de alimentos, en reemplazo de los bolsones de comida vigentes hasta 2010. Otro programa vigente es el Programa REMEDIAR que se basa en el suministro de medicamentos. Finalmente, las mujeres que habitan en la zona tienen acceso a subsidios del gobierno nacional tales como Asignación Universal por Hijo y a pensiones por ser madres de siete hijos

⁶ En el desarrollo emocional primitivo Winnicott (1994) describe tres funciones maternas: el sostenimiento o sostén (*holding*), la manipulación o manejo (*handling*), y la presentación objetal (*objet-presenting*). Una madre suficientemente buena es aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del verdadero yo del niño, realizando de manera equilibrada las 3 funciones parentales básicas, facilitando su adaptación al mundo y generando apego suficiente con el niño pero no excesivo que conduzca a situaciones patológicas

y para niños discapacitados a través del PROFE (Programa Federal de Salud) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El territorio de la Provincia de Salta se encuentra dividido en cuatro Regiones dentro de las cuales existen unidades administrativas menores denominadas Áreas Operativas (A.O). Cada Área Operativa cuenta con un centro de salud principal y otras estructuras sanitarias de menor envergadura. El Departamento de Molinos pertenece al A.O XXVI, la cual está conformada por el Hospital Abraham Fernández en la localidad de Molinos y seis Puestos Sanitarios en las fincas. El Hospital cuenta con dos médicos, odontólogo, bioquímico y personal paramédico que atienden patologías de primer nivel de complejidad y partos. Cuenta con sala de internación y se derivan las patologías más severas a centros de mayor complejidad de localidades próximas (entre 157km y 210km respectivamente). Por su parte, cada uno de los puestos sanitarios cuenta con un enfermero y un agente sanitario en forma permanente. Los agentes sanitarios forman parte del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS). Son en su mayoría oriundos del Departamento de Molinos, tienen formación escolar de nivel primario o secundario, y luego de aprobar un curso de capacitación, desarrollan sus tareas bajo la supervisión de un coordinador, también agente, y los médicos de planta del Hospital cabecera.

Si bien desde hace varias décadas se ha ampliado la cobertura médica a las poblaciones vallistas, numerosos padecimientos que afectan a mujeres y niños se resuelven frecuentemente en el ámbito doméstico. El recurso al saber de las abuelas (“*mamis*”) o bien a los “*médicos campesinos*” se justifica cuando se padecen dolencias que no son tratadas por la biomedicina (*susto, falseado, recaída, matriz, desarreglo*, entre otras). No obstante la vigencia de prácticas terapéuticas tradicionales, la presencia sistemática de personal médico es ampliamente valorada por la población. En relación a ello las mujeres destacan la ampliación de las alternativas de cuidado y atención de la salud de embarazadas y niños, acceso a alimentos, controles pre y post natales, y la reducción de la morbi-mortalidad (Remorini, Morgante & Palermo, 2010; Remorini & Palermo, 2012).

Madres “no suficientemente buenas” y niños “en riesgo”: la crianza y salud infantil desde la perspectiva del personal sanitario

Como resultado del análisis realizado mediante el software Nvivo 10 (Qualitative Solutions And Research Pty Ltd.), surgen un conjunto de categorías utilizadas por los agentes

sanitarios⁷ para describir, por un lado, su propia actividad y sus interacciones con las familias, y por otro, para caracterizar y valorar/calificar los comportamientos, decisiones y actitudes de las familias, especialmente madres, en relación con un conjunto de parámetros que configuran “factores de riesgo” para la salud infantil. Así, la actividad de los agentes se resume básicamente en cuatro acciones: *clasificar*, *realizar visitas*, *controlar* y *enseñar*. Cada una de estas acciones se vincula, a su vez, con alguna característica/atributo que desde el sistema de salud se atribuye a las familias molinistas.

Clasificar supone discriminar aquellas mujeres y niños que se encuentran “en riesgo” de los que presentan una condición de salud “normal” así como una “situación familiar” que no requiere del *control* del personal de salud. Entre los factores de riesgo que se utilizan como parámetros para la clasificación⁸, se destacan en el discurso de los agentes aquellos vinculados a la situación nutricional de niños y embarazadas, reduciendo así la condición de salud a un par de indicadores de status nutricional. Las *visitas* domiciliarias constituyen el ámbito por excelencia para la interacción entre agentes y usuarios. La actividad se centra en la detección y seguimiento de mujeres embarazadas y el monitoreo del estado de salud de los niños menores de seis años, haciendo hincapié en el *control* de su estado nutricional (peso, talla y perímetro cefálico). Desde el discurso de los agentes, surge como uno de los objetivos centrales de las visitas domiciliarias *brindar consejos*, *educación* o bien *transmitir pautas de alarma* a la población (“*a las madres*”).

En la utilización de términos como “*descuido*” y “*falta de alarma*” subyace la consideración de la escasa capacidad y compromiso de las madres para la crianza, en línea con el concepto de “negligencia maternal” propuesto por Doris Bonnet (1996), que deriva de la presencia de uno o más factores de riesgo y que colocan al niño “en riesgo” –medido a partir de indicadores de status nutricional. Ello justifica la intervención del personal de salud, a través de la “*educación sanitaria*”, proceso que se plantea como fundamentalmente unidireccional, ya que las experiencias, saberes y cuestionamientos de las usuarias no se ponen en diálogo con las pautas “*transmitidas*” por el personal de salud. Al respecto, los agentes sanitarios con más experiencia, al comparar con épocas anteriores, reconocen actualmente mayor preparación en las madres para identificar enfermedades en los niños así como la capacidad de actuar correctamente para controlar la evolución de la enfermedad. Desde su perspectiva,

⁷ Nos centramos en el discurso de estos agentes, en función de su mayor frecuencia de interacción con cuidadoras y niños, dejando de lado, por cuestiones de espacio, los discursos de otro personal (médico, bioquímico, enfermeros).

⁸ Planilla de Ronda Sanitaria. Atención primaria de la salud. Ministerio de Salud Pública de Salta, Argentina.

la preparación de las madres⁹ es producto de la educación que brinda el personal de salud, desestimando el aporte de otros saberes que circulan en la unidad doméstica y comunidad, producto de las relaciones intergeneracionales y el recurso a expertos locales (Remorini & Palermo, 2012). No obstante algunos agentes de salud prescriben o aconsejan el recurso a médicos campesinos o prácticas tradicionales, es poco frecuente que conversen con los pacientes acerca de alternativas de tratamiento y cuando lo hacen es porque consideran que tales prácticas pueden resultar inocuas o beneficiar algún proceso (por ejemplo la *manteada* para las embarazadas).

Por otra parte, la categoría “materno-infantil” conlleva una asociación con un modelo vincular y familiar que focaliza en la díada madre-hijo, desconociendo la diversidad de organizaciones familiares y la incidencia de otros sujetos que conforman el entorno doméstico. En este marco, suele asumirse que el cuidado de los niños, es una responsabilidad y tarea “natural” de las mujeres-madres¹⁰.

Finalmente, los agentes sanitarios, al ser al mismo tiempo trabajadores de salud y originarios de la comunidad donde desarrollan sus tareas, los posiciona como mediadores entre la esfera pública y privada. La penetración de los agentes en la esfera privada se materializa, en el contexto de las visitas domiciliarias, mediante el control no sólo de cuestiones relacionadas a la salud, sino también de otros aspectos de la vida familiar. En este sentido, el “poder de capilaridad” (Cohn, 2009) de los programas de salud está determinado por su grado de penetración en la esfera privada¹¹.

La perspectiva de las cuidadoras sobre los “peligros” para la salud de los niños

⁹ *“...No sé si llamarlo falta de...la educación por parte de las madres. Es también la falta de interés...digamos, en sus hijos...”* (Agente Sanitario) // *“Algo que también es cultural es hábitos alimenticios de los niños...es decir, debido a los hábitos de sus padres, los niños comen...los alimentos con mucha azúcar, alimentos que no son...en cierta forma, saludable para el crecimiento del niño...”* (Agente Sanitario) // *“hoy en día, las madres no son realmente como lo fueron en el pasado, parece que ahora tienen más señales de alarma, por ejemplo, si se dan cuenta de que el niño tiene diarrea, lo traen aquí (al hospital)”* (Agente Sanitario) // *“(...) Los niños no están bien cuidados (...) cuando vamos a sus casas, vemos a los niños, así que...la madre no se preocupa por el invierno. Los niños están jugando con el agua y ella les dice algo en un tono que los niños no respetan. Entonces uno tiene un resfriado y lo pasa a todos los demás”* (Agente Sanitario).

¹⁰ La asunción de tareas productivas y la ausencia temporal o permanente de hombres, hacen que la presencia materna estable en el hogar a cargo de los hijos no siempre esté garantizada, compartiendo esas responsabilidades con otras mujeres. De ello resulta la unidad doméstica matrifocal. En este contexto se comprende el sentido que adquieren denominaciones tales como “mami”, que se aplica a las abuelas que asumen o comparten la crianza de sus nietos (Remorini et al, 2010).

¹¹ *“(...) como yo viví, con la gente de Churcal yo no tengo problema, porque yo sé quien ha terminado la escuela, quien no, o sea a mí no me puede mentir casi la gente de Churcal porque yo les conozco de años...”* // *“por ejemplo, las mamás dicen ‘si, hasta los seis meses la voy a dar leche’ pero uno cuando va a controlarle al chico ese, le ve que la ropita esta manchada con comida, te das cuenta...por más que ellos digan que todavía no le están dando comida”* (Agente sanitario).

La formulación e implementación de las políticas sanitarias orientadas a la población materno infantil, como en este caso el Plan Nacer, considera un niño *sano* aquel con valores *normales* de peso y talla. De esta manera el trabajo del personal sanitario, tanto a nivel discursivo como en las acciones concretas se enfoca en la identificación de niños con bajo peso (“en riesgo”, “en déficit”, “desnutridos”), la prescripción de acciones para su recuperación, y el seguimiento de aquellos niños con valores adecuados de peso y talla para su edad. En el discurso de las cuidadoras, en cambio, la pérdida de peso se considera propia de cierta etapa del crecimiento (generalmente desde el destete y incorporación de alimentos sólidos hasta los 3 años de edad) o en relación a eventos puntuales (episodios de diarreas, fiebre, *susto* y *falseado*), luego de los cuales los niños recuperan un peso adecuado¹². De esta manera, las referencias de las madres a las variaciones en el peso de sus hijos no se vinculan particularmente a situaciones riesgosas, alarmantes o que justifiquen cambios en la alimentación u otro tipo de cuidados especiales. En este sentido, como plantea Bonnet (2003) la medición del peso no representa en general para las familias un indicador que permite alertarlos en caso de una caída de la curva de crecimiento.

Los cuidados prescritos por el personal sanitario durante el embarazo y en relación al recién nacido ponen en cuestión las prácticas “de antes” o de las “mamis” tales como abrigar excesivamente al niño, fajarlos para evitar *falseaduras* o malformaciones en los miembros, brindarles alimentos antes de los seis meses, entre otros¹³. Si bien en el trato con el personal de salud se suelen descalificar estas prácticas, al mismo tiempo las mujeres reconocen que algunas de estas no son nocivas para el niño y que, por lo tanto, pueden seguir practicándose, aunque no siempre son “declaradas” ante el médico.

Un aspecto que da cuenta del impacto de la biomedicina en el discurso de las entrevistadas es el uso de términos técnicos específicos de este campo, aunque no necesariamente coincidan en su alcance semántico (por ejemplo *desnutrición*, *bajo peso*, *anemia*), lo que da cuenta de una apropiación de la terminología junto con una reelaboración del significado (*flaquito*, *no*

¹² “EL: ...cada 15 días me la están controlando... Porque está ahí nomas de peso... me ha dicho (la médica) que le de mucha fruta... la leche, para que se mantenga el peso y suba de a poquito... si porque ella sube y baja, sube y baja... desde chiquita ha sido así, y después que ha dejado la teta si... en tiempos me ha dado (el agente sanitario) vitaminas... Y después el tema del diarrea, la diarrea vino y ya volvió a bajar así que, ahora recién está volviendo...” (EL, 24 años, Molinos, 2011) // “GR: los míos todos cumplen el año y bajan de peso, todos, desde el más grande al más chico, del más grande al más chico fueron de bajar y eso tardan... a los tres años recuperan... he consultado con el médico pero el médico no sabe...” (GR, 32 años, Molinos, 2010).

¹³ “MT: no, antes, de más chiquito le dimos, porque según ellos (se refiere a su “mami”) era su creencia que ni bien pudieran ya había que meterles algo en la boca... ellas ya le ponían sopitas, zapallito, o el mate cocido, el pan mojadito en el mate cocido, así ha sido... pero por precaución yo hago lo que el médico te dice, dice que el chico no está preparado por dentro para recibir alimentos, por eso a los seis meses recién, por eso yo me guío por eso... no te voy a decir que nunca le he hecho probar...” (MT, 38 años, Molinos, 2009).

quiere crecer, sangre débil, etc). También en la utilización del término “*riesgo*” asimilándolo en su alcance a conceptos como “*peligro*” y “*enfermedad*” utilizados localmente. Al respecto, desde el punto de vista de las cuidadoras existen numerosos “*peligros*” y “*enfermedades*” que pueden “*agarrar*” a mujeres embarazadas y niños pequeños en diversas circunstancias que van desde fenómenos ambientales, contacto con entidades espirituales o momentos del año (por ejemplo, agosto o mes de “*La Pacha*”). Así, se observa en el discurso un interjuego entre las nociones de riesgo (ligado a factores ambientales y condiciones de saneamiento o “*higiene*”), de contaminación (en especial el contacto con los muertos) y la ruptura de tabúes (Douglas, 1990), donde la adhesión a prescripciones biomédicas no resta importancia al respeto de los tabúes transmitidos por las abuelas¹⁴.

A modo de cierre

De nuestro estudio emerge la necesidad de considerar la maternidad y la crianza como campos de complementariedad pero también de interpelación entre actores con saberes, valores y recursos diversos, cuya legitimidad no es reconocida en forma homogénea. Así, se registra un cambio en las representaciones de las mujeres acerca de lo que es más conveniente para la crianza y la salud infantil como resultado de continuas transacciones simbólicas con diversos actores. Al respecto, a diferencia de enfoques que plantean el proceso de medicalización de la crianza como acabado y homogéneo, consideramos que se trata de un proceso con múltiples aristas, donde es posible reconocer el rol de los individuos en la evaluación de alternativas, no como meros “*receptores pasivos*” de los servicios e intervenciones del Estado (Super & Harckness, 1986; Colangelo, 2012).

En la actualidad, las familias son el foco central de políticas públicas en salud y nutrición infantil, que mediante intervenciones específicas y distribución de recursos estatales, definen las responsabilidades y derechos en torno al cuidado y la crianza de los niños pequeños. Al respecto, coincidimos con Kaufert y O’Neill (1993) cuando plantean que el concepto de

¹⁴ “*DF: (P, su hijo mayor) siempre se ha asustado! Igual que éste (J, su hijo menor)...no crecía el P (su hijo mayor), y eso nos llamaba la atención, era tan chiquitito, crecía pero bien poquito porque a eso le llaman aiqueado, que es cuando una está embarazada y va a un velorio y se asusta o se aflige y entonces el chico ya desde la panza viene mal, ya no crece... aumentaba de peso pero poquito, no aumentaba de peso, su cuerpito bien flaquito (CR: Y J? [su hijo menor]) hasta ahora va bien, pero tiene que aumentar me ha dicho el médico, le falta un poco (CR: y por qué será?) no sé, yo digo que se alimenta bien! (CR: vitaminas y hierro le dan?) si, los dos (CR: le han hecho alguna prueba para ver si estaba anémico?) si, le han hecho ya, pero no estaba... (DF, 45 años, Molinos, 2010)”// “EG: aquí el peligro es por ahí cuando salen lejos, suelen caerse...después se pueden enfermar asuntos de falta de higiene porque aquí hay mucha tierra, mucho viento, por la agua porque por ahí no le curan la agua si juegan en la tierra y comen, cosas así (CR: y hay alguna época del año que los neños se enferman más que en otras?) si, estos tiempos, estos meses, hasta pasar agosto...y ya no se enferman, ya, se enferman ya con resfrío, ya con dolor de panza, eso nomás... (EG, 24 años, Gualfín, 2013).*”

riesgo, como eje de las formulaciones e intervenciones en salud pública es un constructo cuyo significado varía según se utilice en el contexto clínico, epidemiológico, legal o lego; se trata de un concepto que sirve para desafiar algunas relaciones de poder y control, así como para establecer vulnerabilidades y responsabilidades. Si bien desde el punto de vista epidemiológico es una construcción estadística, es utilizado fuera de este “juego de lenguaje” ya no en un sentido estadístico, sino que se carga de valoraciones que justifican la ampliación o intensificación de intervenciones a fin de “disminuir riesgos”, no obstante, en cada contexto, la consideración del riesgo es diferente de acuerdo a los actores intervinientes, sus perspectivas y roles.

De acuerdo con el personal del Estado, la obtención de "beneficios" (mayor cobertura, medicina gratuita, la leche y los alimentos para las mujeres embarazadas y niños) o dinero como subsidios exigiría una forma de "compensación" por las familias, como trabajo voluntario y los controles de salud obligatorios. Dentro de este tipo de relaciones, algunos derechos (como el acceso a los servicios de salud) toman la forma de beneficios que generan obligaciones y deudas que, si no se saldan, conllevan un conjunto de valoraciones por parte de las instituciones acerca de la negligencia, el descuido, falta de interés y de educación de estas madres “no suficientemente buenas” que ponen en riesgo el desarrollo de sus hijos. Asimismo, muchas características de la madre, de su salud y de su trayectoria personal son reducidos a “factores de riesgo” en relación con la salud del niño, pero no siempre son foco de intervenciones orientadas a ellas mismas.

Tanto en las instituciones de salud -como también sucede en las escuelas- circulan discursos sobre “niños vulnerables” que derivan de mensajes e iniciativas de organizaciones no gubernamentales e internacionales (como el Ministerio de Salud o UNICEF) que proponen concepciones universales de niñez, salud y desarrollo humano. Sin ponerse en cuestión su adecuación a los contextos locales, estas nociones universales se convierten en eje fundamental de las actividades y proyectos, y en parámetros según los cuales evaluar y controlar los resultados que deben alcanzarse en materia de salud y educación.

Bibliografía

- Bonnet, D. (1996). Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences sociales et santé*, 14(1), pp. 5-16.
- Bonnet, D. (2003) Prefacio. Argumentos para un enfoque global de la pediatría: salud, crecimiento y desarrollo del niño. En Suremain, C-E (Ed) *Miradas cruzadas en el*

- niño: un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú.* La Paz: Institut Français d'Etudes Andines.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados.* Barcelona: Paidós.
- Censo Nacional Argentino 2010. Recuperado de: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
- Cohn, A. (2009). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias.* Rio de Janeiro: Beco do Azougue; São Paulo: CEDEC.
- Colangelo, M. A. (2012). *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la argentina, entre 1890 y 1930.* (Tesis Doctoral). Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata: La Plata.
- Douglas, M. (1991). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú.* Madrid: Siglo XXI.
- Drovetta, R. I. (2010). Prestadores de servicio de salud alopática y usuarios indígenas en la Puna de Atacama. En Drovetta, R. I., Rodríguez, M. L (Comp). *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención.* (pp. 183-210). Córdoba: Ferreyra Editor, Centro de estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.
- Harkness, S., Super, C. (2009). Parental Ethnotheories of Children's Learning. En Lancy, D; Bock, J & Gaskins, S. (Ed). *The Anthropology of Learning in Childhood.* United Kingdom: AltaMira Press.
- Hirsch, S., Ospina, M. (2011). La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino. Encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad. En Felitti, K. (Ed) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina.* Buenos Aires: Ediciones CICCUS.
- Kaufert, P., O'Neil, J. (1993). Analysis of a dialogue on risks on childbirth. Clinicians, epidemiologists and Inuit women. En Lindenbaum, S., Lock, M. (Ed) *Knowledge, power and practice. Anthropology of medicine and everyday life.* Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press.
- Ministerio de Salud de la Nación. *Proyecto funciones esenciales de Salud Pública. Plan de Acción Para Pueblos Indígenas. Provincia de Salta, año 2009/2010.* 2008. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/fesp/cid/documentos/ppi/PPI-2009-10-SALTA.pdf>
- Remorini, C; Morgante, M.G & Palermo, M.L (2010). "Mamis" y "guaguas": algunas consideraciones acerca de la maternidad y la crianza a través de las generaciones en

Molinos (Salta, Argentina). <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>

Remorini, C., Palermo, M. L. (2012). "Es que antes no sabía haber doctor". Alternativas para el cuidado de la salud materno infantil en una población de los Valles Calchaquíes (Salta, Argentina). Resumen publicado en *Abstracts del 54 International Congress of Americanists* (Viena, Austria, Julio 2012).

Super, C., Harkness, S. (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9, pp. 545-569.

Winnicott, D. (1994). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.