

FACULTAD DE
CIENCIAS NATURALES Y
MUSEO



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina)

Tesis para optar al grado académico de Doctora en Ciencias Naturales

TESISTA

Lic. María Laura Palermo

DIRECTORA

Dra. Carolina Remorini

DIRECTORA

Dra. Laura Susana Teves

Diciembre 2022



Agradecimientos

A las familias, mujeres y sus hijos e hijas de Molinos que a lo largo de estos años me abrieron las puertas de sus casas y compartieron conmigo momentos de sus vidas, muchos de ellos tristes y angustiantes. Sin ellas, su calidez y predisposición esta tesis no habría sido posible.

Al personal sanitario de Molinos por su colaboración e interés, y especialmente a lxs agentes sanitarios por permitirme acompañarlos en sus recorridos en el pueblo y las fincas de Molinos y compartir la dedicación y el entusiasmo que sienten por su trabajo.

A la Universidad Nacional de La Plata y el CONICET, por el espacio para formarme y poder hacer un pequeño aporte a pensar etnográficamente temas vinculados a la salud con esta tesis.

A mis directoras, Laura Teves y Carolina Remorini. A Laura por sus comentarios, lecturas y nuevas ideas que alimentaron el desarrollo de esta tesis, desde su planificación hasta la escritura. A Carolina por proponerme siempre nuevos desafíos en el camino de la etnografía, por guiarme con su entusiasmo y por su enorme generosidad a lo largo de los años con su tiempo, conocimiento, proyectos e ideas.

A mis amigxs y colegas del LINEA: Analía Jacob, Julián Cueto, Emilia Mac Donagh, Inés Garriga, Fernanda Castro y Sergio D'Abramo por su compañía cotidiana, empuje y ganas de hacer de la antropología un espacio diverso donde siempre podamos encontrarnos. A Victoria Salsa Cortizo por su cariño y predisposición para acompañarnos y pensar juntas durante la escritura de nuestras tesis.

A mis colegas docentes de la cátedra Etnografía I de la FCNyM, por sostener y enriquecer constantemente un ámbito dedicado a enseñar y pensar la etnografía, el cual fue central en mi crecimiento como antropóloga.

A mis compañeras del comité editorial de la revista Kula, por el espacio para construir en conjunto un lugar con voces diversas en el cual pensar, cuestionar y ser parte de la práctica antropológica.

A mi familia, por siempre estar presentes, por alentarme a seguir en los momentos más difíciles, por alegrarse conmigo y ser parte de mis logros y desafíos.

A mis amigas Romina, Marisol y Gisela, con quienes construimos un camino juntas desde la pasión compartida por la antropología, por acompañarme con amor sin importar la distancia a la que estemos.

A Pablo, por su apoyo cotidiano y el amor en cada proyecto compartido.

Índice de contenidos

| | |
|---|----|
| Resumen | 4 |
| Abstract | 7 |
| Abreviaturas y siglas | 9 |
| Prefacio | 10 |
| Introducción | 12 |
| 1. Antecedentes de investigación en el Departamento de Molinos..... | 12 |
| 2. Mi experiencia en la investigación etnográfica en Molinos: delimitación del tema y objetivos de esta tesis | 15 |
| 3. Estructura y contenidos de la tesis | 22 |
| Capítulo I. Los Valles Calchaqués: espacios, organización social y servicios de salud para la población materno-infantil | 26 |
| 1. Molinos: el ambiente y los pobladores..... | 27 |
| 1.1. Las unidades domésticas del alto y el bajo: espacio y organización social..... | 31 |
| 2. El cuidado y la atención de la salud perinatal en el Noroeste Argentino..... | 35 |
| 2.1. Servicios de salud y atención primaria de la salud..... | 35 |
| 2.2. La atención de la salud perinatal e infantil en Molinos..... | 38 |
| 3. La salud materno-infantil en Argentina | 43 |
| 3.1. Maternidad y crianza en perspectiva etnográfica | 43 |
| 3.2. Programas orientados a la población materno-infantil en Argentina | 45 |
| 3.2. Repensando la categoría materno-infantil | 49 |
| Capítulo II. Salud, enfermedad y cuidado en las trayectorias vitales | 52 |
| 1. Salud y enfermedad en perspectiva antropológica..... | 53 |
| 1.1. Proceso salud-enfermedad-atención | 57 |
| 1.2. De enfermedades a problemas de salud en los itinerarios terapéuticos..... | 58 |
| 1.3. Las alternativas terapéuticas para el tratamiento de los problemas de salud..... | 62 |

| | |
|---|-----|
| 2. Los itinerarios terapéuticos en el marco de las trayectorias vitales de los individuos | 66 |
| 2.1. Trayectorias vitales y procesos salud-enfermedad-atención a escala de la unidad doméstica | 68 |
| 3. El cuidado como parte de las actividades de subsistencia de las unidades domésticas: ¿por qué hablar de cuidadoras en el análisis de los itinerarios terapéuticos? | 70 |
| Capítulo III. La estrategia de relevamiento y análisis: de los casos de enfermedad a los itinerarios terapéuticos | 74 |
| 1. La metodología de casos como estrategia para el relevamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado | 75 |
| 2. El corpus de casos de enfermedad | 77 |
| 2.1. El proceso de relevamiento | 79 |
| 3. Organización del material etnográfico | 88 |
| 3.1. Las estrategias de análisis | 90 |
| 4. De los de casos de enfermedad a los itinerarios terapéuticos | 97 |
| 4.1. Itinerario terapéutico: conceptualizaciones a lo largo del tiempo | 97 |
| 4.2. Los procesos de toma de decisión en el marco de los itinerarios terapéuticos | 104 |
| 4.3. La construcción de los itinerarios terapéuticos a partir de los casos de enfermedad | 109 |
| Capítulo IV. Actores, recursos y alternativas terapéuticas en los itinerarios terapéuticos | 112 |
| 1. Los itinerarios terapéuticos de mujeres y sus hijos e hijas en Molinos | 113 |
| 1.1. El primer subconjunto: los itinerarios terapéuticos de María, Ana, Micaela, Andrea y sus hijos e hijas | 114 |
| 1.2. El segundo subconjunto: los itinerarios terapéuticos de Florencia, Adriana, Carolina, Verónica y sus hijos e hijas | 118 |
| 2. ¿Quiénes y cómo participan de los itinerarios terapéuticos? Actores, sus vínculos con las cuidadoras y recursos que aportan | 123 |
| 2.1. Participación de actores que residen en Molinos | 125 |
| 2.2. Participación de actores que residen fuera de Molinos | 131 |
| 3. Las alternativas terapéuticas para el diagnóstico y tratamiento | 139 |
| 3.1. Biomedicina: instituciones y acciones para la atención de la salud de las madres y sus hijos e hijas | 140 |

| | |
|--|------------|
| 3.2. Los médicos campesinos | 160 |
| 3.3. La atención de la salud en la unidad doméstica..... | 164 |
| Capítulo V. Detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud..... | 167 |
| La resolución y proyección de los itinerarios terapéuticos | 167 |
| 1. Detección y diagnóstico de los problemas de salud | 168 |
| 1.1. Detección y diagnóstico inicial en la unidad doméstica..... | 170 |
| 1.2. La detección en la escuela | 178 |
| 2. Tratamientos para el manejo de los síntomas y resolución del problema de salud..... | 189 |
| 2.1. Desarrollo de los tratamientos y su vinculación con la detección y diagnóstico | 190 |
| 2.2. Secuencias de diagnóstico y tratamiento según gravedad de los síntomas | 193 |
| 2.3. Decisiones y elecciones en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento en los itinerarios terapéuticos..... | 198 |
| 3. Instancias finales en los itinerarios terapéuticos: ¿la resolución del problema de salud?.... | 202 |
| 3.1. La proyección de los itinerarios terapéuticos infantiles: los peligros de no curar el <i>susto</i> y los <i>nervios</i> | 204 |
| 3.2. <i>Estar asustado</i> y la condición de <i>quedado</i> en las trayectorias de desarrollo infantil | 208 |
| Capítulo VI. Consideraciones finales | 212 |
| 1. ¿Quiénes y cómo participan en los itinerarios terapéuticos? | 212 |
| 2. ¿Qué características tienen los itinerarios terapéuticos de las mujeres y sus hijos e hijas en Molinos? | 219 |
| 3. El <i>susto</i> como problema de salud en las trayectorias de desarrollo infantil..... | 224 |
| 4. ¿Cuál es el aporte de los estudios de caso a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado? Nuevas líneas de investigación y potenciales aplicaciones de los resultados | 230 |
| Bibliografía | 234 |
| Anexos | 266 |

Resumen

En esta investigación etnográfica se analizan casos de enfermedad de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y de sus hijos e hijas hasta los seis años de edad, habitantes del pueblo y fincas del Departamento de Molinos (Provincia de Salta, Argentina). Los itinerarios terapéuticos derivados de estos casos de enfermedad se construyeron mediante la delimitación de instancias de detección de síntomas, diagnóstico y tratamiento, identificando los actores, recursos y alternativas terapéuticas que se articulan en ellos a partir de las decisiones de las cuidadoras, mujeres-madres protagonistas de los casos.

La investigación posee un diseño metodológico cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, que combina el análisis de datos etnográficos y fuentes documentales. La metodología de casos aplicada al relevamiento y análisis de los procesos salud-enfermedad-atención provee un marco en el cual cada caso consiste en un corpus de información relativa al reconocimiento e identificación de los síntomas que se presentan en algún punto de la trayectoria vital, su diagnóstico como problema de salud y las alternativas terapéuticas implicadas en su tratamiento.

La estrategia de análisis articula dos dimensiones complementarias. Como parte de la dimensión procesual se reconstruyen -utilizando relatos de las cuidadoras protagonistas de los casos de enfermedad y fuentes documentales- las instancias o etapas en el desarrollo de los itinerarios terapéuticos, así como las transiciones entre ellas. La segunda dimensión, de análisis del contenido semántico de entrevistas a las cuidadoras y otros actores participantes del caso de enfermedad y registros de observaciones, permite identificar el contenido semántico relativo a las diferentes dimensiones de análisis del caso, caracterizar las instancias de identificación de síntomas, diagnóstico y tratamiento, identificar los criterios de las cuidadoras para la selección de actores, recursos y alternativas terapéuticas y reconocer los eventos que representan transiciones entre las instancias de cada itinerario terapéutico.

En función del análisis realizado, los itinerarios terapéuticos resultan reconstrucciones de acontecimientos y conductas que constituyen una unidad articulada en la cual se superponen estrategias, acciones, decisiones y proyecciones a futuro, orientadas al tratamiento del problema de salud. Los resultados obtenidos muestran que los itinerarios terapéuticos analizados presentan semejanzas en relación a la cantidad de instancias que los componen y

al tipo y número de alternativas terapéuticas que se ponen en juego. Asimismo, indican que para la mayoría de ellos no se alcanza una cura o resolución del problema de salud, sino que en las instancias finales se extiende la búsqueda de una o más estrategias que permitan manejar los síntomas. Sin embargo, las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud no conforman secuencias lineales de eventos, sino que pueden ocurrir varias veces en el desarrollo de un mismo itinerario terapéutico, abandonarse, combinarse y/o resultar excluyentes entre sí. Esto sucede en función de un conjunto de factores, como la gravedad y tipo de síntomas, la accesibilidad y efectividad de las alternativas terapéuticas, y el apoyo social percibido como disponible por las cuidadoras, así como su experiencia previa en el cuidado de la salud y las hipótesis que se construyen a lo largo del itinerario acerca de la etiología del problema de salud.

En consecuencia los itinerarios terapéuticos conforman un conjunto heterogéneo que se caracteriza por la diversidad de formas que toman los procesos salud-enfermedad-atención en la trayectoria vital de mujeres y sus hijos e hijas. En su desarrollo, son las cuidadoras quienes asumen el rol principal en la toma de decisiones, proceso altamente dependiente de factores contextuales, que se expresa en la articulación de vínculos, recursos y alternativas terapéuticas de diferente origen, localización y nivel de disponibilidad y accesibilidad, en función de las particularidades del desarrollo de cada itinerario terapéutico.

En relación a los problemas de salud infantiles, el análisis indica que los diagnósticos de *susto* constituyen categorías explicativas que, a nivel doméstico y comunitario, permiten dar cuenta de eventos y conductas disruptivos en las trayectorias infantiles que no siempre se ajustan a una categoría diagnóstica biomédica. En este sentido, frente a la detección de síntomas que potencialmente podrían afectar el desarrollo infantil y que no encuentran diagnóstico y/o tratamiento accesible o efectivo en el sistema biomédico, surgen nuevas hipótesis en el transcurso del itinerario terapéutico sobre la etiología de estos síntomas que reorientan las decisiones y elecciones de las cuidadoras hacia la medicina tradicional local como alternativa terapéutica. En este marco el *susto* infantil tipifica a nivel doméstico y comunitario un conjunto de síntomas, problemas de salud y dificultades de desempeño y aprendizaje que se presentan en algunas trayectorias vitales infantiles, las cuales no son consistentes con una trayectoria “normal” o “típica” para niños y niñas en este contexto.

En relación al alcance de los resultados obtenidos, el diseño metodológico exploratorio y a microescala, propio del enfoque etnográfico de esta investigación, permitió obtener resultados e hipótesis relativas a un conjunto pequeño de casos. Su alcance deberá ser

expandido para abonar a la construcción de una perspectiva transdisciplinaria sobre la salud, como parte de la cual los datos etnográficos pueden integrarse con otros de tipo clínico y epidemiológico.

Asimismo, los datos relativos a dimensiones sociales, materiales y simbólicas de las trayectorias vitales de las cuidadoras y sus hijos/as, incluyendo prácticas, vínculos de apoyo y decisiones relativas al manejo y resolución de problemas de salud, pueden ser incorporados en la práctica de profesionales de salud para mejorar el alcance de las estrategias sanitarias destinadas a mujeres, niños y niñas. Además, constituyen un potencial aporte a la discusión acerca de los supuestos provenientes de distintos campos disciplinares, los cuales se encuentran en la base de la planificación e implementación de las políticas públicas de salud orientadas a este segmento demográfico en nuestro país.

Palabras clave: etnografía, itinerario terapéutico, salud materno-infantil, Noroeste Argentino

Abstract

This ethnographic research analyzes women's illness cases during pregnancy, delivery and postpartum and those of their children under six years old, in rural communities from the Molinos District, in the North-West of Argentina. By determining the stages of symptom recognition, diagnosis and treatment in the illness cases, I reconstruct the therapeutic itineraries derived from them. As a part of this analytical process, I also identified actors, resources and therapeutic alternatives articulated in these stages, drawing from the caregivers' decisions.

The qualitative, exploratory, and descriptive design of this research combines the analysis of ethnographic and documentary data. The case methodology, applied to the health-illness-care process analysis, conceptualizes every case as a corpus of data about symptom recognition and its identification in an individual trajectory, the diagnosis as a health problem and the therapeutic alternatives involved in its treatment.

The analytical design combines two different but complementary strategies. In the first one, using caregivers' narratives and documentary data, the processual analysis reconstructs the stages and their transitions along the therapeutic itinerary. The second one analyzes the semantic content of these symptom recognition, diagnosis and treatment stages, the caregiver's criteria applied to the actors, resources and therapeutic alternatives selection process and those events impacting the transition between stages.

According to the analysis, the therapeutic itineraries are events and conducts' reconstructions, creating a unit of actions, strategies, decisions, and projections towards the future regarding the health problem treatment. The research findings show that the therapeutic itineraries are similar regarding the quantity of stages and type and number of therapeutic alternatives involved. In most of them, there is no cure or health problem resolution, but the final stages show the implementation of at least a strategy for symptom management. Accordingly, the symptom's recognition, diagnosis and treatment stages do not show a linear structure, because they can occur repeatedly in a single therapeutic itinerary, combine or be discarded. These can be explained as a result of the variation in the type and severity of the symptoms, therapeutic alternative's accessibility and effectiveness, caregivers' social support, their

experience regarding health management, and the hypothesis that emerges during the therapeutic itinerary about the health problem etiology.

Therapeutic itineraries make, as a consequence, a heterogeneous assembly, characterized by the different ways the health-illness-care process develops in women's and child's trajectories. Caregivers are in charge of the decision-making process during the therapeutic itineraries. This process is highly dependent of contextual factors, and shows a particular articulation of actors' relationships, resources and therapeutic alternatives with different levels of accessibility and effectiveness in every therapeutic itinerary.

Regarding child health problems, the analysis indicates that *susto* (scared) diagnosis is an explanatory category used in domestic and community environments to explain children's disruptive conducts that cannot be ascribed to a biomedical diagnosis. Facing some issues that can potentially affect children's developmental pathways, but cannot be diagnosed or treated by biomedicine, new hypotheses arise regarding the etiology of these unexplained and/or untreated symptoms, leading caregivers to choose traditional medicine as a therapeutic alternative. *Susto* arises as a hypothesis in the process of understanding a complex set of symptoms, health problems and learning difficulties in some children trajectories, which differ from those considered "normal".

Regarding the scope of the results, the exploratory, micro-scale ethnographic design provides outcomes and hypotheses about a small number of cases. Its scope should be expanded into a transdisciplinary perspective in which ethnographic data could be combined with clinical and epidemiological data.

The results regarding social, material and symbolic dimensions of caregivers and their children's vital trajectories, social support and decision-making process about health problem management and resolution, can be incorporated into the biomedical sector's health strategies oriented to women and children. They are also a potential contribution to the discussion of the ideas underlying public health policies for women and children in Argentina.

Key words: ethnography, therapeutic itinerary, mother-child health, Argentina North-west

Abreviaturas y siglas

APS: Programa de Atención Primaria de la Salud

AS: agente sanitario

FCNyM: Facultad de Ciencias Naturales y Museo (UNLP)

HPMI: Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Salta

IT: itinerario terapéutico

LINEA: Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (Facultad de Ciencias Naturales y Museo-Universidad Nacional de La Plata y Comisión de Investigaciones de la Provincia de Buenos Aires)

MI: materno-infantil

NOA: noroeste argentino

NyN: niños y niñas. Se trata de una adaptación de la sigla NNyA, utilizada en la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes 2016-2017 (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Argentina, 2018) para referirse a niños, niñas y adolescentes.

PSEA: proceso salud-enfermedad-atención

UD: unidad doméstica.

UNLP: Universidad Nacional de La Plata

Prefacio

“los datos también se encuentran en el cuerpo del etnógrafo,
en los trazos que deja la experiencia vivida
en las maneras de percibir, sentir,
moverse y actuar
en los mundos desconocidos”
(Elsie Rockwell, 2009)

Transitar el trabajo de campo etnográfico como parte de esta investigación fue una experiencia profundamente transformadora y desafiante. Combinó la curiosidad y agotamiento en partes iguales, el sentirme extraña (casi) en todo momento, pero con el tiempo añorar ese lugar, esas personas, y querer volver, porque era parte de un vínculo con otrxs¹. Esa transformación sucede porque la relación con “el otrx” nos mueve como etnógrafxs a reflexionar, nos desafía a salirnos de nuestro lugar, a hacernos nuevas preguntas e incluso a experimentar nuevos estados de ánimo y sentimientos. Es en definitiva, como escribe Anahí Sy², un “aprendizaje radical” que nos desarma y nos convierte en algo nuevo.

Volver sobre mi camino en la investigación etnográfica en Molinos es un ejercicio inseparable de mi tarea como docente de etnografía³. La lectura de trabajos de otrxs etnógrafxs en la historia y en diferentes contextos, las reflexiones e ideas conjuntas que surgieron en esos intercambios con estudiantes y mis compañeras docentes fueron un espacio donde pensarme a mí misma como antropóloga y a mi trabajo en el campo. Esas voces y experiencias le dieron sentido a mi propio camino en la etnografía, y lo siguen haciendo.

Mirando hacia atrás, el único rasgo que se mantuvo constante a lo largo de esta experiencia fue la ambigüedad, el ir y venir -referido por muchxs etnógrafxs a lo largo del tiempo- entre “sentirse parte”, encontrar similitudes y puntos en común con quienes trabajamos y las diferencias, aquellas cosas que nos separan. En Molinos, el “viajar sola” (sin un hombre) y no tener hijxs resultaron para distintas personas características extrañas para una antropóloga

¹ Aquí utilizo la x para referirme a distintos géneros. En el resto de los capítulos utilizo las siglas y abreviaturas indicadas.

² Sy, A. (2016). Ética en el trabajo de campo: Una reflexión desde la experiencia etnográfica. *Antropología Experimental*, 16. <https://doi.org/10.17561/rae.v0i16.2601>

³ En la cátedra Etnografía I de la Licenciatura en Antropología de la FCNyM-UNLP.

(mujer) interesada en saber de qué y cómo se enfermaban bebés, niños y mujeres, y qué se hacía frente a eso. Al mismo tiempo, ese camino de volver a lo largo de varios años a visitar a las mismas familias fue dando paso a expresiones mutuas de cariño, cercanía e invitaciones a compartir momentos íntimos como almuerzos y cumpleaños.

Estos aspectos ilustran la constante redefinición, el encontrarse siempre en el límite –con los demás, con uno mismo, con el conocimiento mutuo y el saber antropológico que se va construyendo-, rasgo central no solo en la experiencia en el campo, sino en todo el proceso de investigación etnográfica.

Introducción

1. Antecedentes de investigación en el Departamento de Molinos

Los primeros trabajos sobre la salud y enfermedad de las poblaciones rurales del NOA que sistematizaron el corpus de conocimientos y prácticas médicas tradicionales se remontan a las décadas de 1930 y 1940. Se registran a partir de 1935 los trabajos de Ramón Pardal (1935, 1937) dedicados a la medicina aborigen, los aportes de Mendióroz (1931, 1934), Di Lullo (1929), Ambrosetti (1947), Quiroga (1929), Lafone Quevedo (1927) y Rosenberg (1939), que dan cuenta las costumbres médicas de gran parte de la población rural del norte argentino, configurando los primeros inventarios de categorías nosológicas y recursos terapéuticos autóctonos. Más tarde, investigadores del Museo de La Plata como Armando Vivante y Nestor H. Palma se dedican a relevar aspectos de la medicina tradicional de nuestro país (Crivos, 2003).

Sobre la base de estos registros iniciales, hacia fines de la década de 1970 y durante la década de 1980, antropólogas del actual LINEA desarrollan una serie de investigaciones etnográficas orientadas al estudio de la medicina tradicional en el Departamento de Molinos (Valles Calchaquíes salteños), centradas los saberes y ámbitos de acción de individuos reconocidos como expertos por sus amplios conocimientos de la praxis médica tradicional. A partir de la figura del médico campesino⁴ estas investigaciones profundizaron en el análisis de las creencias y prácticas médicas de las poblaciones vallistas, así como en la sintomatología y terapéutica del corpus de dolencias incluidas en el ámbito de la medicina tradicional local (Crivos, 1978; Crivos y Eguía, 1981).

A partir de 1990, muchos de los estudios sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes comienzan a analizar, desde el enfoque de la etnobotánica, el papel de la fitoterapia en el tratamiento de las dolencias. Estas investigaciones identifican recursos vegetales y sus formas de preparación y administración, con el objetivo de caracterizar el conocimiento botánico de la población a través del relato de informantes expertos, y ponderar la implementación de este recurso en la terapéutica de las enfermedades, particularmente

⁴ Se trata de aquellas personas reconocidas como "entendidos en conocimientos y prácticas referidas a enfermedad, transmitidos y modificados en la población de generación en generación" (Crivos y Eguía, 1981: 71).

aquellas vinculadas al ciclo sexual y reproductivo. Estos trabajos estuvieron centrados en abordar el proceso salud-enfermedad a partir del registro de las actividades terapéuticas a escala doméstica, ya que se asume que en este ámbito se actualiza y transmite intra e intergeneracionalmente el saber médico tradicional. La UD se define como una “(...) unidad compleja que incluye un componente social -grupo de personas que comparten la residencia- y un componente espacial -el espacio físico que habitan-, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito” (Crivos y Martínez, 1996).

Con la intención de sistematizar y organizar la información obtenida durante tres décadas de estudio en el área, en estos trabajos se construyen clasificaciones de las enfermedades reconocidas por la población local, en las cuales se intenta lograr una correspondencia entre las categorías locales y aquellas de la biomedicina, en base a las características de las afecciones, su sintomatología y localización en el organismo. De este modo, resultan dos grandes grupos: en el primero, de acuerdo a los órganos o sistemas afectados se establecen distintas categorías en las que se incluyen las denominaciones vernáculas de las afecciones. Por ejemplo, dentro de la categoría de enfermedades genito-urinarias se incluyen dolencias como *padrón*, *matriz*, *pulso*, entre otras. En el segundo, dentro del conjunto de las enfermedades “del espíritu”, se incluyen *susto*, *aique*, *quedado*, *despalado* entre otras condiciones en las cuales se reconoce un componente de tipo psicológico, emocional o espiritual ligado estrechamente a los síntomas de malestar físico (Martínez y Pochettino, 1992; Martínez et al, 1996; Pochettino y Martínez, 1998; Crivos et al, 2003).

Estos estudios, particularmente aquellos de fines de la década de 1970, se inscriben en el desarrollo de una etnografía “clásica”, de carácter descriptivo, propia de un abordaje inicial de los problemas vinculados con las formas de entender y atender la salud y enfermedad desde una perspectiva antropológica. En este sentido, mientras que al inicio el discurso de los expertos es tomado como un referente homogéneo sobre las acciones terapéuticas, en la década de 1990 las investigaciones del LINEA se amplían hacia la consideración de las estrategias frente a la enfermedad a escala doméstica, incluyendo el estudio del manejo de recursos del entorno natural de valor terapéutico, desde una perspectiva etnobiológica. En estas investigaciones, el abordaje de las creencias y prácticas médicas se enmarca en la consideración del modo de vida molinista como expresivo de la vigencia de estrategias de adaptación a un entorno con características ecológicas específicas (Remorini et al, 2020).

Como resultado de este recorrido, emergen problemáticas que justifican la necesidad de atender a la variabilidad de creencias y prácticas en torno a la enfermedad, incorporando así la metodología del estudio de casos (Crivos, 1998; 2003). El estudio de casos, y de la secuencia terapéutica emergente adquiere entonces valor como organizadora del dominio de las prácticas médicas (Crivos, 2003), volviendo necesario que el estudio de los PSEA trascienda los discursos expertos, ya que resultan insuficientes para dar cuenta del contexto particular en que estos procesos se desarrollan (Crivos, 2003; Sy, 2008; Remorini, 2009). En este sentido, la metodología de casos resulta superadora de los enfoques descriptivos acerca de conocimientos y prácticas médicas locales “tradicionales” en el NOA. Asimismo, este enfoque es acorde con perspectivas según las cuales la oposición entre medicina “tradicional” y “moderna” o entre “saber popular” y “conocimientos biomédicos”, resulta insuficiente para abordar la articulación entre diversos saberes médicos que confluyen en cada contexto (Crivos y Martínez, 1996, 1999; Martínez y Crivos, 2010) y la multiplicidad de intervenciones por parte de las instituciones de salud que modifican, cuestionan o legitiman tales saberes y prácticas (Langdon, 2007; Sy, 2008; Fleischer et al; 2009; Remorini, 2009, Remorini y Palermo, 2015).

Estos antecedentes de investigación en el Departamento de Molinos brindaron un amplio registro de información acerca de saberes, experiencias y prácticas en torno a los problemas de salud en diferentes etapas de la trayectoria de vida. Junto con los trabajos sobre crianza y cuidado de la salud de mujeres y NyN realizados desde la vuelta del LINEA al Departamento de Molinos en 2009 (Remorini et al, 2010; Jacob et al, 2011, 2021; Palermo, 2014; Remorini y Palermo 2015, 2015a, Remorini et al, 2019), permiten reconocer continuidades y cambios en los saberes y prácticas de atención de la salud a través de las generaciones, en consonancia con las transformaciones en el modo de vida en la región.

Esta nueva línea de trabajo, en la que se enmarca mi participación dentro del LINEA y mi trabajo en Molinos desde el año 2010, se basa en un enfoque ecológico del desarrollo y la salud humana (Elder y Rockwell, 1979; Bronfenbrenner, 1987; Harkness y Super, 1994; Shonkoff y Phillips, 2000; Hertzman, 2010). El abordaje ecológico considera que el desarrollo y la salud dependen de la interacción dinámica de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos y su expresión en condiciones cambiantes del micro, meso y macro nivel (Bronfenbrenner, 1987). En este sentido, considera la articulación de factores y procesos que afectan trayectorias, decisiones y prácticas en relación a la salud y enfermedad de los individuos en cada contexto. El concepto de nicho de desarrollo (Harkness y Super,

1994) y sus tres componentes (condiciones físicas y materiales, prácticas, valores y pautas que orientan la organización de la conducta cotidiana y representaciones, saberes y expectativas de los cuidadores) provee un punto de partida para la recolección y registro de datos sobre las prácticas de prevención, cuidado y atención de la salud a nivel de la UD. Asimismo, permite identificar procesos de selección, articulación y/o confrontación de saberes y prácticas de los individuos en el marco de sus interacciones con actores e instituciones en diferentes niveles contextuales.

2. Mi experiencia en la investigación etnográfica en Molinos: delimitación del tema y objetivos de esta tesis

Entre 2009 y 2010, cuando comenzaba mi última etapa como estudiante de la Licenciatura en antropología⁵ y con creciente interés por la investigación etnográfica, me incorporé al LINEA como pasante⁶ dentro de un proyecto de investigación orientado a indagar sobre las prácticas de crianza y cuidado de la salud infantil en Molinos. Este proyecto, dirigido por Carolina Remorini, coincidió con el regreso del LINEA al trabajo en los Valles Calchaquíes luego de varios años de llevar adelante distintos proyectos de investigación y extensión en la provincia de Misiones (Argentina).

Como parte de mis actividades dentro de la pasantía, trabajaba en el análisis de parte del material etnográfico que la Dra. Marta Crivos y la Prof. María Rosa Martínez habían obtenido durante sus investigaciones en Molinos entre fines de la década de 1970 e inicios de la década de 1990. Se trataba de entrevistas realizadas a pobladores, tanto legos como expertos en la medicina tradicional local, sobre el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades. Debido a la amplitud de los temas que recorrían estas entrevistas etnográficas y los objetivos del proyecto de investigación en el cual se enmarcaba la pasantía, el análisis se enfocaba en identificar las categorías utilizadas para designar a NyN, saberes, valores y experiencias de las mujeres en torno al parto, puerperio y lactancia, las pautas de organización familiar y de alimentación infantil y los problemas de salud que afectaban

⁵ En la FCNyM (UNLP).

⁶ La FCNyM ofrece un programa de pasantías ad honorem para el entrenamiento en la investigación científica de estudiantes avanzados de distintas carreras, dentro de equipos de investigación o laboratorios de diferentes disciplinas que pertenecen a la institución. Tanto esta pasantía como las becas a las que hago referencia en esta sección fueron dirigidas por Carolina Remorini.

frecuentemente a NyN y a las mujeres en su etapa reproductiva. Gracias a que las entrevistas abarcaban casi tres décadas de trabajo en la zona también permitían reconocer cambios y continuidades en las estrategias a nivel de la UD para el cuidado de la salud MI, en función de la mayor presencia de prestaciones y servicios de salud en la zona, de cambios económicos y políticos, entre otros factores que intervienen en la disponibilidad y accesibilidad a recursos para el cuidado de la salud en la región. En paralelo me introducía en la lectura de bibliografía antropológica acerca de PSEA, itinerarios y alternativas terapéuticas en contextos similares al NOA y de otras regiones de América Latina.

Posteriormente, ya durante el año 2010, comencé a trabajar en el procesamiento analítico de datos epidemiológicos provenientes del hospital del pueblo de Molinos, así como registros e informes del personal de salud sobre la situación nutricional de NyN y embarazadas. Este trabajo permitió realizar una caracterización socio-sanitaria actualizada de la población del Departamento, y una aproximación a la organización e implementación de servicios y prestaciones biomédicas para el sector MI. Asimismo, delimitó un conjunto de problemas de interés que serían explorados ese mismo año en mi primera experiencia de trabajo de campo en Molinos. En este primer periodo en el campo continué el relevamiento de información epidemiológica del hospital local iniciado el año anterior por miembros del equipo, realicé entrevistas a AS del Departamento y participé tanto en reuniones de planificación del trabajo de los agentes en el marco del programa APS, como en algunas de sus visitas domiciliarias a familias del pueblo. Además colaboré en varias de las entrevistas que Carolina Remorini realizó con madres de NyN menores de tres años, acerca de sus experiencias de embarazo y parto, prácticas de crianza y cuidado de la salud MI.

Esta experiencia hizo que mi interés se enfocara en la identificación y comprensión de las concepciones del equipo de salud local acerca de las nociones de enfermedad, riesgo, cuidado y prevención que se ponían en juego durante la atención médica y la implementación de políticas sanitarias en el Departamento. De manera complementaria resultaban de interés las representaciones y valores asignados por las cuidadoras de NyN a estas acciones del personal sanitario y el uso que hacían de estas prestaciones biomédicas en forma exclusiva o complementaria con otras alternativas terapéuticas. Estos fueron los objetivos del plan de investigación de la primera beca anual de iniciación en la investigación para estudiantes⁷ que

⁷ Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas otorgada por el Consejo Interuniversitario Nacional (CIN) y la UNLP. El plan de investigación se titulaba **“La atención de la salud MI desde las perspectivas de la población y del personal sanitario en Molinos (Salta, Argentina)”**.

obtuve en el 2011. Como parte del trabajo de campo ese año pude registrar las acciones de prevención, promoción y control de salud MI que llevaba adelante el personal sanitario en Molinos. Además realicé entrevistas a cuidadoras con el objetivo de indagar en sus representaciones y valoraciones acerca de las prestaciones biomédicas destinadas a la población MI en la localidad y en la región, así como sobre los factores que intervenían en la elección, accesibilidad y aceptabilidad de las mismas. En el marco de estas entrevistas las cuidadoras describían episodios de enfermedad, propios o de sus hijos/as, en los cuales apelaban tanto a médicos campesinos como al personal sanitario local para su diagnóstico y tratamiento. Se trataba de relatos que surgían espontáneamente, a propósito de mi indagación sobre los factores que se ponían en juego para la elección y valoración de las estrategias sanitarias del personal local para la atención durante el embarazo y los primeros años de vida. En este marco las referencias a episodios de enfermedad que habían atravesado ellas mismas y/o sus hijos/as ejemplificaban diferentes aspectos del proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Esta línea de indagación continuó durante 2012, a partir de la renovación de la beca que había obtenido el año anterior, ahora enfocada en identificar y relevar casos de enfermedad que afectaban la salud MI, los actores y recursos involucrados y las alternativas terapéuticas seleccionadas para tratarlos. Al mismo tiempo me interesaba continuar explorando valoraciones y experiencias de las mujeres-madres en torno a las acciones del equipo de salud y los factores que intervenían en el uso efectivo de los servicios y prestaciones biomédicas. Los resultados de este nuevo periodo de investigación brindaron información acerca de la manera en que se trataban distintos problemas de salud en el ámbito doméstico. Esto me permitió reconocer la diversidad de recursos y alternativas terapéuticas involucradas en el desarrollo de los casos de enfermedad, así como delimitar inicialmente un conjunto de criterios que intervenían en la selección, combinación y uso de tratamientos de la biomedicina y del ámbito de la medicina tradicional local.

En este punto, los resultados obtenidos justificaban la reorientación metodológica de la investigación a partir de la incorporación de la metodología de casos para caracterizar las estrategias de cuidado de la salud MI en Molinos. Este cambio fue incorporado en el periodo de investigación que se desarrolló durante 2014, enmarcado en la última beca que obtuve

como estudiante de grado⁸. La metodología de casos ya había sido incorporada en investigaciones etnográficas del LINEA (Crivos, 2003; Sy, 2008) como mencioné en el apartado anterior, permitiendo caracterizar la enfermedad como un “problema práctico” que afecta la subsistencia de los miembros de la UD. Esta nueva perspectiva resultó superadora de aquellos trabajos centrados en los discursos de expertos de la medicina tradicional local, los cuales aparecían como insuficientes para dar cuenta de la complejidad de los contextos en los que se desarrollaban los PSEA, considerando las transformaciones que en años recientes se registraban en la zona en estudio. En este sentido, en Molinos confluían una creciente oferta de servicios y programas de salud principalmente gubernamentales con un mayor acceso de la población a recursos biomédicos, debido a la presencia sistemática del personal sanitario en la región. Sin embargo, las investigaciones que se desarrollaban allí desde 2009 también daban cuenta de las diferencias al interior del Departamento en el acceso y valoración de los recursos biomédicos, así como el hecho de que su uso efectivo se encontraba en función de un conjunto de factores como la edad de las mujeres, las particularidades de cada trayectoria vital, la composición de su UD, el acceso diferencial a información y tecnología disponible y sus relaciones con actores e instituciones de distintos niveles. En este contexto las acciones sanitarias destinadas a la población MI constituían un eje importante de las intervenciones biomédicas ampliando el espectro de estrategias terapéuticas, que en el pasado se limitaban a prácticas tradicionales en el ámbito doméstico o a la consulta a médicos campesinos (Martínez y Crivos, 2010). Asimismo, en las últimas décadas habían contribuido a reducir la morbi-mortalidad de mujeres y NyN en la región, aspectos altamente valorados en el discurso de las cuidadoras (Remorini et al, 2010; Jacob, et al, 2011; Remorini y Palermo, 2012, Palermo, 2014).

Otra de las modificaciones introducidas en la etapa de investigación desarrollada durante 2014 consistió en la ampliación geográfica de su alcance, desde las UD del pueblo de Molinos y alrededores, donde habíamos trabajado desde 2009, hacia otros sectores del Departamento. Esto se justificaba con base en las diferencias ecológicas entre pueblo y fincas, por lo cual se propuso identificar y relevar casos de enfermedad focalizados en el embarazo, parto y puerperio de las mujeres y enfermedades de sus hijos/as hasta los seis años de edad, pertenecientes a UD tanto del pueblo como de las fincas. En este sentido nos

⁸ Beca de Experiencia Laboral otorgada por la FCNyM para desarrollar actividades de investigación durante 12 meses. El plan de investigación se titulaba “**La atención de la salud MI en Molinos (Salta, Argentina). Una aplicación de la metodología de estudio de casos**”.

interesaba la manera en que estas diferencias impactarían a nivel del manejo de diversos saberes y recursos en cada sector, las diferencias y similitudes en relación a los actores e instituciones involucrados en el desarrollo del caso, así como evaluar el impacto de prácticas y discursos biomédicos en las estrategias de cuidado de la salud de UD con diferente localización.

Los resultados obtenidos durante este último periodo de investigación, focalizado en el análisis de tres casos de enfermedad de UD del pueblo y fincas, dieron cuenta, en primer lugar, de los criterios y factores que operaban en la toma de decisión de las cuidadoras durante el desarrollo de los casos. En este sentido se ponía de manifiesto que los casos generaban secuencias no lineales que se prolongaban en el tiempo, en el transcurso de las cuales los tratamientos y diagnósticos podían descartarse, confirmarse y/o redefinirse. En ellas, advertíamos que los procesos de toma de decisión eran altamente sensibles a las condiciones del contexto, no necesariamente fundados en aspectos normativos de la medicina tradicional o la biomedicina. En segundo lugar los resultados dieron cuenta de criterios de accesibilidad y aceptabilidad de los recursos biomédicos y de la medicina tradicional a nivel local que se articulaban para el tratamiento de los problemas de salud. Por último, se destacaba el hecho de que en todos los episodios de enfermedad analizados aparecían referencias a dolencias del ámbito de la medicina tradicional local, sobre todo *susto* y *falseado*. Éstas ocurrían en diferentes momentos de la vida y, de no mediar diagnóstico y tratamiento, podían derivar en otros problemas de salud persistentes en el tiempo. En el contexto de la narrativa de las mujeres el *susto* y el *falseado* emergían como hipótesis para encuadrar el proceso de resolución de problemas de salud, lo que suponía cambiar de diagnóstico y/o buscar nuevas alternativas terapéuticas en virtud de las experiencias previas de las madres y otros actores de la UD. Esto nos llevó a considerar el proceso de enfermar como una secuencia de eventos que se suceden o bien ocurren simultáneamente, en el transcurso del cual se construyen reflexiones e hipótesis para abordar el problema, se buscan nuevos diagnósticos y se deciden las acciones adecuadas para la restitución de la salud. Es decir, no resultaba posible delimitar y aislar enfermedades, sino situaciones que conducían a un episodio de enfermedad que podía variar con el tiempo, agravarse o combinarse con otra situación que lo afectaba, derivando en otro diferente (Crivos, 2003; Sy, 2008; Remorini, 2009).

Con base en este recorrido y los resultados obtenidos hasta este punto, el tema de investigación para esta tesis doctoral que comenzó en el año 2016 consiste en la

identificación y análisis de casos de enfermedad de mujeres durante la etapa perinatal (embarazo, parto y puerperio) y/o a sus hijos/as hasta los seis años de edad, pertenecientes a UD del pueblo y fincas del Departamento de Molinos.

Como parte del análisis de casos, se propuso identificar los actores, recursos y alternativas terapéuticas que se articulan en el proceso de identificación y búsqueda de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. A partir del relevamiento de casos de enfermedad se buscaría construir y analizar las secuencias terapéuticas para dar cuenta del desarrollo de cada caso y así reconstruir los IT derivados de ellos. En función de esta delimitación del problema de investigación se plantearon los siguientes objetivos en el plan de tesis doctoral:

Objetivos generales:

1- Caracterizar etnográficamente IT de mujeres-madres y sus hijos/as del Departamento de Molinos; reconociendo recursos, actores y vínculos involucrados en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades.

2- Analizar y comparar la incidencia de factores ecológicos en la toma de decisiones como parte de los IT de mujeres-madres y sus hijos/as en diferentes sectores del Departamento de Molinos.

3- Modelizar a partir del análisis comparativo de las secuencias terapéuticas construidas para cada caso de enfermedad de mujeres-madres y sus hijos/as, correspondientes a diferentes sectores del Departamento de Molinos.

Objetivos específicos:

1- Relevar y describir episodios de enfermedad -casos- que afectan a mujeres en la etapa perinatal y a sus hijos/as menores de seis años, que integren UD localizadas en diferentes sectores del Departamento de Molinos (pueblo y fincas).

2- Identificar y describir recursos, actores y vínculos involucrados en el diagnóstico, prevención y tratamiento de los episodios de enfermedad relevados y los criterios que orientan su selección y uso exclusivo, complementario y/o alternativo.

3- Construir y analizar comparativamente secuencias terapéuticas que den cuenta del desarrollo de cada episodio, identificando la cantidad, el orden y las transiciones entre cada instancia de dichas secuencias.

4-Identificar y comparar factores ecológicos que inciden en las semejanzas y diferencias entre secuencias de diferentes sectores del Departamento (pueblo y fincas).

5-Elaborar y contrastar hipótesis acerca del valor diferencial de estos factores en la toma de decisiones como parte de los IT de mujeres y sus hijos/as en diferentes sectores del Departamento.

Asimismo, se plantearon un conjunto de preguntas de investigación en relación al abordaje en profundidad y comparativo de las prácticas de cuidado de la salud y resolución de casos de enfermedad en el pueblo y las fincas, desde un enfoque ecológico de las trayectorias de salud materna e infantil:

I) ¿Cuáles son los recursos, actores y vínculos involucrados en el diagnóstico, prevención y tratamiento de los episodios de enfermedad relevados? ¿Qué criterios orientan la selección y uso exclusivo, complementario y/o alternativo de recursos, actores y vínculos?

II) ¿De qué manera se conforman las secuencias terapéuticas que dan cuenta del desarrollo de cada episodio relevado? ¿Cuáles son las instancias que pueden identificarse en dichas secuencias, su cantidad, orden y transiciones?

III) ¿Cuáles son los factores ecológicos que inciden en la toma de decisiones como parte de los IT de mujeres y sus hijos/as en diferentes sectores del Departamento de Molinos?

IV) ¿Tiene valor de transferencia el estudio de los casos de enfermedad de mujeres-madres y sus hijos para otras poblaciones rurales del NOA? ¿Es aplicable el enfoque teórico metodológico propuesto para esta investigación como modelo para abordar la salud MI en otras regiones de Argentina?

El proceso de relevamiento y el diseño de la estrategia analítica, en virtud de los objetivos formulados, se detallan en el capítulo III de esta tesis, mientras que en los capítulos IV y V se describen los resultados alcanzados que dan cuenta de los objetivos específicos 1 a 4 y de los objetivos generales 1 y 2. Asimismo, en el capítulo VI de consideraciones finales, doy cuenta del objetivo específico 5 mediante la formulación de hipótesis emergentes a partir de los datos y justifico, en función de los resultados obtenidos, por qué no pudo alcanzarse el tercer objetivo general. Con respecto a las preguntas de investigación formuladas en el plan de tesis, los resultados que se desarrollan en los capítulos IV y V dan cuenta de las tres primeras, mientras que en la última sección del capítulo VI me enfoco en la última de ellas.

3. Estructura y contenidos de la tesis

El contenido de esta tesis se organiza en **seis capítulos** y **ocho anexos**.

En el **capítulo I** doy cuenta de la caracterización del área de estudio, y describo las características ambientales y la organización social en el pueblo y las fincas del Departamento de Molinos, de acuerdo a las diferencias en la infraestructura, patrones de subsistencia, organización a nivel de la UD y relaciones sociales en cada uno de estos espacios. La caracterización de aspectos geográfico-ecológicos y prácticas de manejo del entorno permite contextualizar los factores y procesos ecológicos que inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en esta región, a escala micro, meso y macro. Luego describo los servicios sanitarios para la atención de la salud a nivel nacional y local, en particular la estrategia de APS destinada a la población MI. Aquí destaco las particularidades del monitoreo del crecimiento en NyN por parte del personal sanitario en Molinos, el cual se limita al registro de datos cuantificables, con énfasis en el peso de NyN, por lo general sin considerar otra información relevante al diagnóstico clínico, originando la categorización de “déficits” o “retrasos” sobre la base de información limitada. Por último describo el concepto de salud MI en relación a su aplicación en iniciativas y programas sociales y de atención de la salud en nuestro país. En este marco destaco que, si bien en esta investigación se aplicó el recorte demográfico que realizan estos programas (mujeres embarazadas, puérperas y NyN hasta los seis años de edad) para la identificación de casos de enfermedad, los resultados obtenidos, en línea con otras investigaciones a nivel nacional, llevan a cuestionar y revisar una serie de supuestos que se encuentran en el diseño e implementación de los programas MI.

El **capítulo II** se enfoca, en primer lugar, en la definición de los PSEA, el cual destaca la naturaleza social y colectiva del proceso que implica enfermar y recuperar la salud en diferentes grupos sociales. En este marco, defino y justifico el uso del concepto **problema de salud** en esta investigación, para caracterizar un conjunto de procesos diversos que van desde la detección de síntomas y su evolución en el tiempo, hasta la posible obtención de uno o más diagnósticos y tratamientos en el desarrollo de los IT. Asimismo, describo las **alternativas terapéuticas** utilizadas en los IT bajo análisis, como parte de estrategias donde se combinan saberes y prácticas de diferente origen para tratar el problema de salud. En segundo lugar, situó el análisis de los IT en el marco del paradigma transdisciplinario de la trayectoria vital, considerando la aparición del problema de salud como un punto de inflexión (*turning point*) en las trayectorias de los individuos. En relación a ello planteo que el enfoque ecológico provee un marco teórico metodológico para el análisis y comprensión de la salud y la

enfermedad a nivel de la UD, a partir del concepto de producción de la salud a escala doméstica (*household production of health*). Por último, defino el cuidado como una actividad multidimensional, parte de las actividades subsistencia de la UD, comprendiendo no sólo las prácticas y relaciones concernientes al cuidado de los individuos durante los extremos de sus trayectorias vitales -es decir en la niñez y vejez- sino también durante momentos específicos que suponen un estado de vulnerabilidad, como el desarrollo de un problema de salud. En este marco justifico el uso del término **cuidadora** en esta investigación, basada en el foco en la narrativa de las mujeres-madres para el relevamiento de los casos de enfermedad y en el hecho de que son ellas quienes asumen en mayor medida las actividades relativas al cuidado, incluyendo la atención de la salud de NyN.

En el **capítulo III** se desarrolla la estrategia metodológica y analítica de esta investigación. Aquí detallo como, utilizando la metodología de casos de enfermedad y en un abordaje a microescala de los PSEA, identifiqué y relevé un corpus de ocho casos de enfermedad. A partir de la descripción de las sucesivas etapas de trabajo de campo en el Departamento de Molinos desde 2017 reconstruyo el proceso de conformación de este corpus, así como los distintos tipos de materiales que componen cada uno de los casos. Luego describo cómo se aplicaron de manera complementaria las dos estrategias analíticas utilizadas. Una de tipo procesual enfocada en la identificación, ordenamiento y transiciones entre las instancias de cada caso de enfermedad, y otra de análisis del contenido semántico del material discursivo y observacional para dar cuenta de los actores, recursos y alternativas terapéuticas implicados, así como de los criterios de elección y decisiones de las cuidadoras que permiten explicar las transiciones entre instancias al interior de cada caso. Por último muestro de qué manera reconstruí los IT a partir de los casos de enfermedad, en función de la delimitación de instancias de identificación de síntomas, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, así como su orden y transiciones

Los **capítulos IV y V** muestran los resultados de esta investigación en relación con la discusión de algunos de sus aspectos con otros trabajos antropológicos, etnográficos y de otras disciplinas de las ciencias sociales sobre cuidado infantil, PSEA e IT, entre otros temas emergentes a partir del análisis.

En el **capítulo IV** me ocupo, en primer lugar, de describir cada uno de los IT y diferencio y caracterizo dos tipos de itinerarios en función de las hipótesis que se plantean en el discurso de las cuidadoras acerca de la etiología de los problemas de salud infantiles. Luego describo y contextualizo las situaciones en que diversos actores brindan apoyo social a las cuidadoras y

sus hijos/as en cada una de las instancias de los IT según éstas sucedan dentro o fuera de Molinos, y de acuerdo a los vínculos de los actores con las cuidadoras, su lugar de residencia y los recursos que aportan. En la última sección de este capítulo me enfoco en las alternativas terapéuticas que se articulan para diagnosticar y tratar los problemas de salud: la biomedicina, los médicos campesinos y las acciones en el marco de la UD. Como parte de ello, identifico los criterios de las cuidadoras para apelar a ellas en función de factores como el tipo de problema de salud y su gravedad, la evaluación de la efectividad de cada alternativa para diagnosticar y tratar y su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

La segunda parte de los resultados, desarrollada en el **capítulo V**, consiste en la descripción de las maneras en que se articulan en los IT las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. En este capítulo muestro como esta articulación de instancias sucede en función de factores como el tipo y gravedad de los síntomas y el nivel de accesibilidad y eficacia de las alternativas terapéuticas, en conjunto con la disponibilidad de actores y recursos que permiten materializar estrategias con el objetivo de resolver los problemas de salud. En la última sección destaco que en la mayoría de los IT no se alcanza una cura del problema de salud, sino que se despliegan una serie de estrategias que permiten manejar los síntomas. Aquí me detengo en la manera en que el *susto* y *nervios* en NyN son considerados en los relatos maternos como problemas de salud con un alto grado de riesgo, ya que si no son tratados y curados pueden tener consecuencias en el crecimiento y desarrollo, proyectando el IT más allá de la infancia.

Para finalizar, el **capítulo VI**, de discusión y conclusiones, sintetiza los resultados relativos, en primer lugar, a los actores y recursos que participan en los IT y los criterios y factores en función de los cuales se apela a ellos en el transcurso del IT. En segundo lugar concluyo que los IT analizados se caracterizan por secuencias no lineales de instancias de detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Asimismo, sostengo que la articulación de instancias –y las instancias en sí- se modifican en función de factores vinculados con los síntomas, las alternativas terapéuticas y actores y recursos implicados y las hipótesis que se manejan en el transcurso del IT acerca de la etiología del problema de salud. En tercer lugar, me detengo en la discusión acerca de cómo, a partir de los resultados de esta investigación, el *susto* en NyN puede adquirir características particulares en virtud de las cuales se configura como un problema de salud que potencialmente puede afectar el desarrollo infantil. Finalmente propongo nuevas líneas de investigación centradas en un enfoque transdisciplinario para el abordaje de la salud y el desarrollo de NyN, junto con posibles

aplicaciones de los resultados en ámbitos no académicos, como la discusión y formulación de políticas públicas y acciones sanitarias destinadas a mujeres y NyN en el NOA y otras zonas de nuestro país.

En cuanto a los **Anexos**, el **anexo 1** contiene mapas del Departamento de Molinos y la provincia de Salta. Los cuadros A y B del **anexo 2** sintetizan información socio demográfica de las entrevistadas y del material etnográfico analizado por cada caso de enfermedad respectivamente. En el **anexo 3** se encuentra el protocolo guía de entrevista para el relevamiento de casos de enfermedad utilizado desde 2017 y en el **anexo 4** la ficha utilizada para el relevamiento de datos de cada entrevistada y de la composición y actividades de subsistencia de su UD. El **anexo 5** contiene el protocolo guía de entrevista para el relevamiento de experiencias en torno al embarazo y nacimiento de los hijos/as aplicado en conjunto con la guía de entrevista y ficha de los anexos 3 y 4. En el **anexo 6** se encuentra, a modo de ejemplo, la guía de entrevista utilizada para la segunda etapa del relevamiento de uno de los casos de enfermedad en 2018, y los **anexos 7 y 8** contienen cuadros por cada caso de enfermedad donde se detallan las instancias de cada uno ordenadas temporalmente y líneas de tiempo que muestran las alternativas terapéuticas utilizadas en cada caso respectivamente. En notas al pie de los capítulos I y III se referencian aquellas partes del texto cuya lectura debe ser acompañada con el material de los anexos.

Capítulo I

Los Valles Calchaquíes: espacios, organización social y servicios de salud para la población materno-infantil

En la primera sección de este capítulo sitúo geográficamente el Departamento de Molinos y describo las características ambientales y la organización social en el pueblo y las fincas, de acuerdo a las diferencias en la infraestructura, patrones de subsistencia, organización a nivel de la UD y relaciones sociales en estos espacios. Al respecto la caracterización de aspectos geográfico-ecológicos y prácticas de manejo del entorno permite contextualizar los diversos factores y procesos ecológicos que inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en esta región, a escala micro, meso y macro.

En la segunda sección describo los servicios sanitarios para la atención de la salud a nivel nacional y local, haciendo énfasis en la estrategia de APS destinada a la población MI. Esta sección finaliza con la caracterización y reflexión acerca de las particularidades del monitoreo del crecimiento en NyN por parte del personal sanitario en Molinos. Éste se limita al registro de datos cuantificables, con énfasis en el peso de NyN, y muchas veces no considera otra información relevante al diagnóstico clínico, originando la categorización de “déficits” o “retrasos” sobre la base de información limitada. En el caso específico de comunidades poco estudiadas –como las rurales e indígenas de nuestro país- este tipo de operación conduce a invisibilizar las particularidades que asumen los procesos de crecimiento y desarrollo infantil.

En la tercera y última sección, describo el concepto de salud MI tal como ha sido aplicado a iniciativas y programas sociales y de atención de la salud en nuestro país, así como las críticas que ha recibido. Hacia el final del capítulo, destaco que, si bien en esta investigación se aplicó el recorte demográfico realizan estos programas (mujeres embarazadas, puérperas y NyN hasta los seis años de edad) para la identificación de casos de enfermedad, los resultados obtenidos, en línea con otras investigaciones a nivel nacional, llevan a cuestionar y revisar una serie de supuestos que se encuentran en el diseño e implementación de los programas MI, como la focalización en la díada madre-hijo para evaluar el cuidado de la salud infantil y la no consideración de las particularidades de las trayectorias vitales de mujeres y NyN para el análisis de los problemas de salud que los/as afectan.

1. Molinos: el ambiente y los pobladores

Los Valles Calchaquíes, ubicados en el NOA, se extienden a lo largo de 400 km en sentido N-S, desde el Nevado de Acay (provincia de Salta) hasta Punta de Balasto (provincia de Catamarca). Están constituidos por dos valles principales: el Calchaquí y el Santa María o Yocavil. El clima es templado con una amplia variación térmica diaria con la aridez como rasgo común. Las precipitaciones son escasas e irregulares, alcanzando 165,8 mm anuales, que se registran generalmente en las zonas más altas, durante el verano (de noviembre a marzo), época de máxima insolación (Crivos y Martínez, 1997). Los ríos ordenan la vida en los Valles: regulan con su caudal las dimensiones de los campos de cultivo, aportan mayor riqueza al tapiz vegetal, y de ellos depende, en última instancia, la localización y magnitud de la población (Crivos et al, 2017).

El Departamento de Molinos⁹ se localiza en la provincia de Salta, en la porción meridional de los Valles Calchaquíes salteños, a 2020 msnm y a 210 km de la capital provincial. Los asentamientos actuales se distribuyen en distintos tipos de ambientes, incluyendo valles y serranías aledañas. Las actividades de subsistencia desarrolladas hasta el presente dan cuenta de un manejo de los recursos del entorno que puede rastrearse hasta tiempos prehispánicos. Los arriendos y potreros de pastajes se sitúan principalmente en las zonas altas y posibilitan la práctica de la ganadería de vacas, cabras, ovejas y llamas. Son ocupados sucesivamente por varias generaciones, e inclusive las fincas se venden o transfieren con arriendos incluidos. Las prácticas de cultivo integran distintos pisos ecológicos e incluyen plantaciones de vides, pimientos, maíz, trigo, alfalfa, cebolla y frutales. La vida de muchos de los habitantes actuales del pueblo ha transcurrido en las fincas del “alto” (Colomé, Amaicha, Tacuil, Luracatao), con las que mantienen un fuerte vínculo social y económico. Por otra parte, cercanas al pueblo de Molinos, hallamos en los parajes de Tomuco, Santa Rosa, Humanao y el Churkal, tanto fincas de gran extensión como otras más pequeñas o “finquitas”. Estas últimas corresponden a pequeñas parcelas propiedad de algunos habitantes del pueblo, las que históricamente se destacaron por la variedad de cultivos y la práctica de la ganadería, tanto para la subsistencia familiar como para el comercio local y regional. Las UD emplazadas en este entorno se distribuyen alternando entre estos dos ambientes: el “alto” y el “bajo”. Si bien ambos son términos relativos a la ubicación de los informantes, con ellos se alude en general al cerro (fincas) y al valle (pueblo de Molinos) respectivamente (Crivos y Martínez, 1997). Los pobladores de Molinos históricamente han seleccionado y

⁹ Ver Mapas 1 y 2 en Anexo 1.

complementado los recursos de uno y otro lugar (Murra, 2002), ya que sobre la base de vínculos sociales de parentesco, amistad y trabajo se intercambian y distribuyen distintos tipos de bienes (Teves, 2011).

La reconstrucción de los procesos que han atravesado la vida de las poblaciones de los Valles Calchaquíes desde la existencia de grupos prehispánicos, las influencias de otros pueblos andinos, la conquista española y el surgimiento de las poblaciones mestizas hasta el presente da cuenta de visiones contrapuestas sobre los modos de apropiación del territorio y de explotación de los recursos (Teves, 2002). La influencia de diversos patrones culturales y los procesos de mestizaje tornan necesaria la consideración de los movimientos de poblaciones, resistencia y conflictos, así como los repoblamientos desde tiempos arqueológicos e históricos hasta la actualidad (Göbel, 2002). Desde hace al menos una década, y si bien gran parte de la población se autoidentifica como criolla, se han organizado sectores dentro de estas comunidades que se identifican como población originaria o diaguita-calchaquí (Remorini y Palermo, 2015a), lo cual se vincula con procesos sociopolíticos recientes en torno al reconocimiento de la identidad y los derechos de estos pueblos.

La presente descripción de algunas de las características geográfico-ecológicas y prácticas de manejo del entorno, si bien sintética, resulta necesaria para contextualizar los diversos factores y procesos ecológicos que inciden en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en esta región, a escala micro, meso y macro. La salud y el bienestar de estas comunidades dependen estrechamente de condiciones ambientales que en ocasiones resultan extremas, debido a la combinación de la localización geográfica, elevada altitud, variaciones climáticas estacionales, disponibilidad estacional de agua, falta de infraestructura y de sistemas de comunicación y transporte apropiados y accesibles. En la actualidad se observan cambios en la subsistencia, y en la disponibilidad de servicios y recursos para la salud, debido a transformaciones en la organización y producción de las fincas, así como la ampliación de políticas públicas en salud, educación, vivienda y turismo. Estos cambios trajeron aparejado la reducción de espacios para el cultivo y cría de animales en las fincas y su orientación hacia la producción vitivinícola y el turismo, la relocalización de la población, la modificación de las viviendas, junto con la ampliación de servicios públicos, de educación y comunicaciones, la oferta de empleo fuera de la zona -o bien en el pueblo, pero orientada al turismo-, y, aunque en menor medida, el acceso al sector privado de atención y cobertura de obra social (Martínez y Crivos, 2010; Teves, 2011, Crivos et al, 2016; Crivos et al, 2017; Remorini et al, 2018).

A pesar de estas transformaciones, la economía de los valles se basa fuertemente en la utilización de recursos locales, la producción y consumo a escala doméstica, articulada con diferentes modalidades productivas y comerciales a escala local y regional. Esta economía se funda en una especial relación material y simbólica entre las comunidades y su entorno (Göbel, 2002), a través de actividades y modos de organización que garantizan la preservación de la biodiversidad y la continuidad de prácticas culturales asociadas a su manejo (Remorini et al, 2019).

Investigaciones realizadas en el área informan la existencia de una relación estrecha entre los pobladores de las fincas o “el alto” de Molinos con su hacienda. Parte de las rutinas cotidianas se organizan en torno a su cuidado: tiempos, espacios y tareas son distribuidas entre parientes y vecinos; relaciones de cooperación, intercambio y complementariedad¹⁰ hacen posible acrecentar y mantener los rebaños, a la vez que garantizar su perpetuación a través de la herencia hacia las generaciones jóvenes (Teves, 2011; Jakel y Teves, 2015; Remorini et al., 2019; Desperes y Remorini, e.p)

En cuanto a la composición de la población del Departamento de Molinos, según el último censo nacional realizado por el INDEC (2010)¹¹ presenta una población total de 5565 habitantes, de los cuales 3500 (62% del total) residen en las zonas rurales y 3984 (71% del total) son NyN menores a 12 años, con un índice de masculinidad menor al 95%¹².

La fundación del pueblo de Molinos data de mediados del siglo XVII y actualmente cuenta con 1166 habitantes según el censo local del 2015. La localidad cabecera es referida como “el pueblo” (o “el bajo”), y las áreas rurales son denominadas “fincas” (los “cerros” o el “alto”). En palabras de Crivos, el pueblo y las haciendas -o fincas- presentan “una estructura semi-urbana, caracterizada por pueblos agrarios asociados a los campos cultivables, y familias

¹⁰ La conexión emocional entre las personas y sus animales se sostiene más allá del contacto diario. Esta conexión se manifiesta durante los rituales colectivos tales como la “señalada”, las “corridas” o las fiestas patronales en honor a la Virgen de la Candelaria, instancias en las que NyN demuestran públicamente sus habilidades en el manejo del ganado (Remorini, Jacob, Morgante y Teves, 2020). Las corridas de ganado se reconocen como una actividad propia de los habitantes de las zonas rurales, se realizan durante los meses de mayo o junio, y consisten en el arreo del ganado vacuno desde los cerros hasta las zonas de quebrada o corrales. El objetivo es correr a los animales dispersos, agruparlos y movilizarlos hacia otros sectores, marcarlos y vacunarlos. Esta actividad implica la organización entre vecinos y parientes por un período de aproximadamente diez días, en donde todos los miembros de la familia contribuyen en diversas tareas según sus habilidades y posibilidades. (Jakel y Teves, 2015; Remorini, Jacob, Morgante y Teves, 2020, Desperes y Remorini, e.p).

¹¹ Si bien durante 2022 se realizó un nuevo censo nacional en Argentina, los datos obtenidos aún no fueron publicados. Por esta razón se remite al último censo nacional realizado en el año 2010.

¹² Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), 2010.

extensas -incluyendo servidumbre, bajo régimen paternalista- en las fincas agrarias” (2003: 28).

El pueblo es la sede de actividades administrativas y de servicios -educación, salud, comercio, entre otros- mientras que las fincas (“el alto”) se orientan a la actividad agrícola-ganadera con fines comerciales y para el autoconsumo, y la producción artesanal y vitivinícola. Las fincas son propiedades privadas dedicadas a la producción agrícola-ganadera y artesanal, y combinan sistemas tradicionales de utilización de mano de obra (arriendo, mediería y pastaje) con la producción para la subsistencia para consumo de la UD. Estos territorios son propiedad de familias de hacendados, legado que puede rastrearse desde la conquista española a la actualidad. El modelo de trabajo de la tierra y el usufructo de la producción tiene sus orígenes en la encomienda española. Cada familia que prestaba servicio a la finca permanecía de por vida sujeta a esta relación, y adquiría incluso compromisos laborales para las generaciones siguientes. En las últimas décadas, las familias de campesinos o puesteros cambiaron su relación de trabajo con los finqueros por medio de acuerdos para el arriendo de la tierra, el usufructo compartido de la producción o el pago por el pastaje para la cría de animales. Durante la década de 1990, algunas de las fincas familiares fueron vendidas y adquiridas por capitales extranjeros. Sin embargo, los finqueros mantienen el control de recursos en los territorios de sus propiedades, lo que incide fundamentalmente en el acceso al agua de regadío y en el control de la mano de obra local involucrada en los trabajos de producción (Teves, 2011; Crivos et al, 2017).

En cuanto a la infraestructura y servicios disponibles, los medios de comunicación se han ido incorporando a partir de la década de 1990 y actualmente la población, en su mayoría, tiene acceso a telefonía de línea, celular, televisión, internet, así como luz eléctrica mediante paneles solares en las fincas (Remorini, 2013).

Desde el punto de vista educativo, existen instituciones de nivel inicial, primario, y en el pueblo de nivel secundario y un instituto de nivel terciario, aunque todavía hay personas analfabetas. Con relación a la escuela, las viviendas en la finca en la que hemos trabajado se encuentran a una distancia de entre una y tres horas a pie del establecimiento más cercano. Debido a esto, y a la extensión de la jornada escolar, para asegurar la escolaridad, las familias optan por diversas estrategias: algunos NyN -desde el nivel inicial- se encuentran albergados en la escuela de lunes a viernes, mientras que otras familias deciden trasladarse a viviendas localizadas en la cercanía de las escuelas durante el ciclo lectivo. Estas estrategias permiten la continuidad del trayecto escolar, si bien han impactado en las posibilidades de que NyN

participen junto a otros integrantes del grupo familiar en actividades domésticas tradicionales, que se sostienen a partir de este tipo de colaboración (Desperes y Remorini, e.p).

1.1. Las unidades domésticas del alto y el bajo: espacio y organización social

La descripción de las UD¹³ que se realiza a continuación es producto del desarrollo de investigaciones etnográficas sostenidas desde 2009 en Molinos junto a investigadoras del LINEA. La realización de observaciones, entrevistas y encuestas, junto con genealogías y censos para relevar información referida a los integrantes de las UD (sexo, edad, nivel de escolarización, ocupación), nos permitió caracterizar sus vínculos, sus rutinas y actividades de subsistencia. Ello nos ha permitido identificar aspectos comunes a la población vallista, como diferenciales en los diferentes sectores del pueblo y las fincas y sus modificaciones a lo largo del tiempo.

Como resultado del trabajo sostenido en el tiempo en este enclave rural (Teves, 2011; Remorini et al, 2010; Remorini, 2013; Crivos et al., 2016; Remorini y Palermo, 2016; Morgante y Remorini, 2018; Remorini et al, 2018; Remorini et al., 2019; Remorini et al., 2020; Jacob et al, 2021) reconocemos que existen numerosos cambios ambientales, económicos, culturales y sociales que suponen ajustes permanentes en las formas de organizar las rutinas y la distribución de tareas de subsistencia dentro y fuera de la UD, en la movilidad de los habitantes entre sectores rurales y urbanos, en la accesibilidad a servicios y recursos materiales y sociales para el cuidado de la salud y en las expectativas sobre las trayectorias vitales posibles de mujeres y NyN.

Las UD constituyen la base de la producción, consumo y sociabilidad en la región. Asimismo, existe un fuerte arraigo local, dado por la pertenencia a la familia y al valle. Las UD difieren en términos de su composición y tamaño: mientras que en el pueblo, hay predominio de UD con familias nucleares o extendidas en sentido vertical, con un promedio de cuatro hijos/as, en los cerros están compuestas mayoritariamente por familias extensas en sentido vertical y horizontal, son generalmente matrilocales y el promedio de hijos/as suele ser entre siete y ocho. Es frecuente asimismo que hombres y mujeres con NyN alternen su residencia con sus padres, suegros y/o abuelos, modificando la conformación de la UD a través del tiempo en función de diferentes circunstancias. El modo de organización doméstica vallista garantiza la convivencia de, al menos, tres generaciones unidas por parentesco

¹³ Ver sección 1 de la Introducción para su definición.

consanguíneo o afinal. Tradicionalmente, las UD siguen un patrón matrifocal, y en algunos casos presentan generaciones alternas. Considerando la ausencia temporaria o definitiva de jóvenes y adultos/as, una forma de organización recurrente consiste en que los más viejos se encarguen parcial o completamente de la crianza y el cuidado de los nietos/as (Morgante y Remorini, 2018).

Las UD de las fincas se dedican al trabajo agrícola y al cuidado de la hacienda (ganado), vacas, cabras, chivos y ovejas, para la subsistencia y el autoconsumo, siendo una actividad en la que participan mayoritariamente mujeres y NyN de ambos géneros (Remorini et al, 2019). Si bien parte de la población de las fincas se ha ido radicando en el pueblo, donde la presencia de campos para el cultivo y/o la cría de animales es limitada, mantiene lazos de parentesco y cooperación con pobladores de las fincas, lo que les permite acceder a recursos localizados en el “alto”, combinando un modo de subsistencia tradicional con otro basado en ingresos provenientes de empleos formales e informales y programas sociales. A pesar de la autonomía relativa de las UD en cuanto a la producción y manejo de los recursos, éstas mantienen vínculos parentales, de reciprocidad y cooperación con individuos y familias más allá de los límites entre pueblo y fincas. Éstos se manifiestan en la realización conjunta de actividades de subsistencia y celebraciones rituales, así como en circunstancias que requieren de la ayuda mutua para determinados problemas. Quienes poseen propiedades en el pueblo y en las fincas desarrollan un esquema de permanencia alternada entre estos enclaves y alojan transitoriamente parientes y amigos que puedan seguir este patrón de desplazamiento (Morgante y Remorini, 2018; Remorini et al, 2019; Remorini et al, 2020).

La vida cotidiana de los integrantes de las UD se desarrolla básicamente dentro de los límites de la “casa”, conformada por una compleja articulación de espacios abiertos y habitaciones con funciones específicas las cuales, en conjunto, alcanzan amplias dimensiones. Los espacios se delimitan de acuerdo con sus usos productivos (uno o más corrales según tipos de animales, chacras, rastrojos, cocinas de “verano” e “invierno” con sus respectivas kanchas para fogones, horno de barro, morteros, u otros), como habitación (dormitorios), como lugar de reunión familiar (galerías semiabiertas) o como lugares de almacenaje de productos o bienes personales. Cada UD puede tener, además, uno o más “puestos” en el cerro. NyN y adultos/as de diferentes edades comparten los espacios de producción y reunión, en relación con lo cual se observa una integración intergeneracional en las actividades rutinarias. Son principalmente las mujeres y NyN quienes diariamente se ocupan del ganado, y los hombres de la agricultura para el consumo doméstico o para la finca. Ellos también intervienen en la

construcción de corrales y en otras tareas que exigen mayor esfuerzo o experticia, como la marca y castración de los animales por ejemplo. Si para estas actividades no hay hombres en la UD, se puede “conchabar” a hombres de otras familias. Asimismo, algunas UD están conformadas por miembros que no se dedican a la cría de ganado, sino que trabajan de forma asalariada en la finca. En estos casos, venden sus animales o los entregan a otras familias “arrendándolos” o dándolos “al partir” (Remorini et al, 2019).

Las mujeres junto con NyN se ocupan diariamente del ganado, y de la elaboración de comida, limpieza, lavado de ropa, recolección de leña y agua y trabajo textil. Algunas mujeres también participan de las actividades agrícolas en ausencia de los hombres. Tanto en el pueblo como en las fincas, las rutinas de las UD con presencia estable de hombres adultos son diferentes de aquellas que incluyen sólo mujeres con sus hijos/as y/o nietos/as en cuanto a la distribución del tiempo, asignación de tareas y participación masculina en la crianza. En las fincas, los hombres suelen compartir menos horas al día durante la semana con el resto de su familia, en comparación con sus pares del pueblo. En este último, las actividades productivas de los hombres se basan en el trabajo asalariado formal o informal. En el pueblo, las mujeres permanecen vinculadas a las labores del hogar y el cuidado de los hijos/as, y las pocas que trabajan fuera del hogar lo hacen en empleos informales (empleadas domésticas) y una minoría en comercios y/o cargos públicos en el ámbito institucional (educación, salud, gobierno municipal). Por su parte, en el cerro, las mujeres están a cargo fundamentalmente de labores agrícola-ganaderas de la UD. Como parte de los modos de vinculación entre mujeres, donde prima la colaboración recíproca para la crianza y el cuidado, también se registra la distribución de tareas que hace a la producción doméstica cuando los hombres no son integrantes estables de las UD. En ambos enclaves, la mayoría de las mujeres reciben beneficios de programas sociales, pensiones y otras prestaciones si no poseen un empleo formal.

Es frecuente que NyN participen en tareas que se consideran adecuadas a su edad, habilidades y predisposición según la evaluación de las cuidadoras, entre ellas, el cuidado de otros NyN. También cuidan a NyN madres, abuelas, tías, suegras, primas, vecinas y/o hermanos mayores. Las ausencias por períodos prolongados de las cuidadoras se dan en la mayoría de los casos cuando se mudan a la ciudad por oportunidades de trabajo y generalmente la abuela materna asume la crianza. A estas mujeres se las denomina localmente *mami* ya que asumen la función materna temporal o definitivamente y son además

referentes tanto en la crianza como en el cuidado de la salud de los integrantes de la UD (Morgante y Remorini, 2018).

Asimismo, las UD reciben apoyo en el cuidado y crianza de NyN a través de lazos con otras personas de la comunidad o de la familia extensa, localizadas en diferentes áreas. Por ejemplo, hay personas que asumen el rol de tutores de NyN y jóvenes de las fincas que acuden al colegio en el pueblo y se encuentran albergados allí durante la semana. Los tutores son designados por los padres para atender necesidades cotidianas que requieran la intervención de un adulto o bien para actuar en caso de enfermedad. En ellos se delega la responsabilidad del cuidado y la toma de decisiones. También es relevante la figura de los padrinos y madrinan. Se espera de ellos que colaboren de alguna manera en la crianza de NyN aunque no tengan un vínculo cotidiano. Se recurre también a compadres y comadres -si bien en menor medida comparado con parientes- para pedir apoyo material fundamentalmente (dinero para gastos médicos o compra de recursos no cubiertos por el Estado u obra social), y también se consideran referentes en aspectos morales con relación a la crianza de los hijos/as. Padrinos y tutores de NyN también se encargan de diferentes aspectos de la “educación” y el cuidado de NyN en ausencia de los padres. Cabe señalar al respecto que, en general, los padrinos –en este caso, de bautismo católico– se escogen entre personas que no pertenecen a la familia ni residen en la misma localidad. Se trata de individuos que se hallan obligados recíprocamente de manera asimétrica y duradera, siendo un lazo que se integra dentro del espectro del parentesco (Ferreiro, 2013).

El cuidado de abuelos/as por parte de NyN mayores sucede cuando comparten la UD o cuando NyN se trasladan a vivir con ellos para colaborar en distintas tareas como “hacerles compañía” o colaborar en actividades de subsistencia como juntar leña y agua, cuidar la hacienda, etc. Esta situación se da cuando los/as abuelos/as no se encuentran en condiciones de realizar estas actividades debido a una enfermedad o por su edad avanzada. Aquí el cuidado se caracteriza por ser recíproco: mientras que los adultos mayores reciben compañía y ayuda en las actividades domésticas, al mismo tiempo se hacen responsables por NyN durante ese período, generando un vínculo especial entre ellos (Morgante y Remorini, 2018; Remorini, 2020).

2. El cuidado y la atención de la salud perinatal en el Noroeste Argentino

2.1. Servicios de salud y atención primaria de la salud

La provisión de salud en Argentina está cubierta por tres subsectores: público, seguridad social y privado. Desde el punto de vista institucional, el Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional en materia de salud, compartiendo con otras instancias del gobierno nacional el área de programas sociales. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con autonomía en materia de políticas de salud pública y con la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios. A su vez, los municipios tienen a cargo la ejecución de programas y la administración de los servicios de su órbita. Por tal motivo, se suele caracterizar al sistema de salud argentino bajo dos términos: descentralización y fragmentación. La falta de integración entre los subsectores público y privado y la fragmentación existente al interior de cada uno de ellos, junto con la falta de regulación de los componentes no públicos son rasgos salientes del sistema (Cetrángolo y Devoto, 2002).

Estas condiciones originan diferencias de oferta entre jurisdicciones, superposiciones en las prestaciones, dificultades para la referencia y contra referencia, falta de unificación de historias clínicas y normativas diversas, que redundan en problemas para la eficacia de la atención y para la accesibilidad de la población a las prestaciones, generando barreras e inequidad. Según fuentes oficiales, a nivel nacional, la atención pública es utilizada por el 36% de ciudadanos, unos 16 millones de personas, que no tienen otro tipo de cobertura y con grandes diferencias en las prestaciones que reciben según las provincias. El 61% de los ciudadanos está bajo el régimen de obras sociales y el 13,6% posee cobertura del régimen privado, mientras que existe un 10,4% de habitantes con más de una cobertura¹⁴.

Esta caracterización general permite situar la atención de la salud en la provincia de Salta, y específicamente en el Departamento de Molinos, donde la mayoría de la población depende del sistema público para el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad. En el caso específico de la atención perinatal de bajo

¹⁴ Oficina de presupuesto del Congreso argentino. Evaluación de políticas de gobierno. Caracterización del sistema de salud argentino. Dirección web: <https://www.opc.gob.ar/evaluacion-politicas-de-gobierno/caracterizacion-del-sistema-de-salud-argentino/> Accedido 14/12/22.

riesgo, ésta se realiza en el marco de acciones de APS¹⁵. La APS es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica - diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos. Ello implica una red de establecimientos conectados por procedimientos de referencia y transmisión de información, un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue las normas de ingreso y circulación en las instituciones de salud (Testa, 2006).

Las estrategias de APS son implementadas por primera vez en Argentina en la provincia de Jujuy, 12 años antes de la Conferencia de Alma Ata, en la provincia de Neuquén en el año 1971, mediante el Programa de Salud Rural, y en la provincia de Salta en 1978¹⁶ mientras que en otras provincias se adoptó más tardíamente. Actualmente la prevención y la promoción en el marco de la APS ocupa un lugar marginal, prevaleciendo un modelo hospitalocéntrico. En tal sentido, la consolidación desigual de las estrategias de APS es producto de numerosos factores: la diversidad ecológica, la formación de los profesionales, la segmentación y fragmentación del sistema de salud que se traducen en diversidad de prácticas, servicios, instituciones y sistemas normativos que obstaculizan la articulación intersectorial y la coordinación con la comunidad (Macinko et al, 2007; Stolkiner et al, 2011).

Desde la década de 1970 se inicia un proceso de expansión de la asistencia médico-sanitaria básica hacia las zonas rurales del interior del país con la creación de nuevos hospitales y el surgimiento de la estrategia de APS, enfocándose en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas y endémicas (Hirsch y Lorenzetti, 2016). Ello resultó en la ampliación de las estrategias terapéuticas de los pobladores de la región, que en el pasado contaban exclusivamente con el recurso a la medicina tradicional. Esta expansión de servicios biomédicos impactó significativamente en la atención de la salud de la población considerada vulnerable, como es el caso del sector MI (Remorini et al, 2010; Remorini y Palermo, 2015a).

¹⁵ En la Conferencia de Alma Ata (1978) es donde se define la atención primaria de la salud (APS) como estrategia prioritaria a nivel mundial, si bien en América Latina su implementación continúa siendo dispar en cuanto alcance y resultados. En la Conferencia se propone una definición de salud innovadora e integral, entendiéndola como un derecho humano fundamental que exige intervenciones multisectoriales. Luego la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la promoción y protección de la salud resulta indispensable para el desarrollo económico y social sostenido, mediante la adopción de medidas basadas en evidencia científica, adecuadas técnica y socioculturalmente (Organización Panamericana de la Salud, OPS). Declaración de Alma Ata. Documento en línea disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Accedido 14/12/22. Después de Alma Ata, diversas conferencias internacionales apoyaron y reforzaron la estrategia de APS (Ottawa, 1986, Adelaide, 1988, Sundsvall, 1991, Jakarta, 1997, México, 2000, Bangkok, 2005, Nairobi, 2009).

¹⁶ Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta (1996). *Manual del Agente Sanitario*.

En el marco de APS, las acciones sanitarias para la población MI constituyen un componente central, no sólo en Molinos sino en muchas comunidades rurales e indígenas del NOA, impactando en la gradual reducción de las tasas de morbi mortalidad infantil y materna (Drovetta 2009, 2014; Remorini et al, 2010; Jacob et al, 2011; Remorini y Palermo, 2015a). En Molinos recién a partir de la década de 1970 se accede a una ambulancia, lo que posibilitó el desplazamiento del personal médico y traslado de pacientes hacia y desde las fincas, así como un mayor control de embarazadas, partos y recién nacidos. A partir de mediados de la década de 1990 también se acentúan las visitas domiciliarias de los AS como parte de los programas de APS. Más recientemente, a partir del 2005 con la implementación del Plan Nacer y posteriormente con el Plan Sumar, la mayoría de las mujeres y NyN de Salta quedan incluidos en programas de alcance universal¹⁷.

En síntesis, la expansión de las estrategias de APS en el NOA para el sector MI ha aumentado el alcance de controles gestacionales y del recién nacido, el diagnóstico de patologías y/o riesgos durante la gestación, los partos institucionalizados y ha reducido los índices de morbi mortalidad (Hirsch y Amador Ospina, 2011; Drovetta, 2014, 2016). Sin embargo, las dificultades de infraestructura y de disponibilidad de personal de salud continúan siendo problemáticas, principalmente en las fincas. Esto se observa especialmente con respecto a la atención de emergencias, los partos y cesáreas y la detección y atención oportuna de NyN pequeños (Remorini et al, 2020).

Tal como se desprende de la caracterización realizada en la sección anterior, en el Departamento de Molinos, las comunidades rurales habitan áreas extensas y poco accesibles durante gran parte del año, en conjunción con diversos factores ecológicos que aumentan la vulnerabilidad de la población y suponen un desafío a la planificación e implementación de servicios equitativos de atención y cuidado de la salud (Teves et al, 2018). A ello se añaden las diferencias en cuanto a estatus socioeconómico de las familias y su diversidad en términos socioculturales. Todo ello implica un esfuerzo de planificación para alcanzar la cobertura universal y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, la equidad depende de considerar la variabilidad étnico-cultural e implica adaptaciones de las intervenciones de APS para adecuarlas a los contextos locales (OPS, 1997; Lorenzetti, 2010; Cuyul et al, 2011).

¹⁷ Ver sección 3.2.

2.2. La atención de la salud perinatal e infantil en Molinos

Molinos pertenece al Área Operativa XXVI¹⁸ e incluye el Hospital provincial Abraham Fernández, localizado en el pueblo y seis puestos sanitarios en las fincas, con una población objetivo de 2424 habitantes¹⁹. La atención de la salud recae principalmente en el sistema público, si bien una minoría de sus habitantes tiene acceso a obra social.

El hospital cuenta con dos profesionales médicos, un odontólogo, un bioquímico y personal técnico de laboratorio y paramédico, aunque esta conformación de su planta ha tenido variaciones a lo largo del tiempo. Además de atender patologías de primer nivel de complejidad y partos, recibe pacientes provenientes de las fincas y deriva las patologías más severas a centros de mayor complejidad, principalmente al hospital de Cachi y, en el caso de mujeres y NyN, al HPMI de la Ciudad de Salta. Por su parte, los puestos sanitarios cuentan con un enfermero y/o un AS en forma permanente. Según datos correspondientes al año 2015²⁰, se contabilizaron 729 mujeres en edad fértil (10 a 39 años) representando el 30% de la población total. De acuerdo a estos registros, un 93% de los embarazos (n=15) contaron con al menos un control médico y la totalidad de los partos (n=12) se realizaron en el ámbito hospitalario. En todos los casos los recién nacidos tuvieron un peso adecuado al nacer. Con relación a estos datos, las estrategias de APS constituyen hoy en día el eje de las intervenciones, y su implementación se basa principalmente en las acciones de los AS, trabajadores originarios de la comunidad con formación específica en higiene, primeros auxilios, vacunación, prevención, promoción y recuperación de la salud coordinados por profesionales del Hospital Fernández (Ministerio de Salud Pública de Salta, 1996).

En Molinos, las particularidades geográficas, climáticas y las condiciones actuales de infraestructura generan restricciones en el acceso a los servicios de salud y pueden constituir obstáculos para el trabajo asistencial de los AS, el cual implica la circulación por un territorio de 2702 km². El conocimiento que poseen de las características de este territorio se basa en su experiencia práctica de habitar y circular en este entorno, su participación en actividades compartidas con la población así como en su capacidad para identificar y evaluar recursos y riesgos que este territorio ofrece para su tarea. En este sentido, las decisiones para la

¹⁸ La regionalización sanitaria en la provincia de Salta establece cuatro zonas sanitarias que a su vez se dividen en áreas operativas con sus respectivos efectores.

¹⁹ Datos proporcionados por el Hospital A. Fernández en 2015.

²⁰ Planillas de Atención Primaria de la Salud del Hospital Fernández y Puestos Sanitarios; Hermosilla, 2014 (MS). Debido a distintas dificultades durante el desarrollo del trabajo de campo y su interrupción en el año 2020 (ver capítulo III) al momento de la redacción y revisión de este capítulo no contamos con datos más actualizados.

planificación de los recorridos y la resolución de problemas en la atención de la salud varían para cada uno de los seis sectores asignados a los AS dentro del Área Operativa XXVI (Remorini et al, 2020).

La priorización según riesgo en la población MI es la base para la planificación y organización de los servicios de APS, determinando la frecuencia de visitas por ronda sanitaria a cada UD. No obstante, en virtud de la evaluación de la población de su sector, cada AS identifica diferentes problemáticas, que, aunque no sean de registro obligatorio, pueden conducir a reorganizar las visitas. Por ejemplo, el seguimiento de adultos mayores es una prioridad para algunos AS, no solo debido a su condición de salud, sino también por las características de su red social, es decir, si sus familias pueden responsabilizarse por su cuidado, si viven solos, o en viviendas poco accesibles geográficamente. Asimismo, si el AS identifica que existe alguna situación que dificulta su llegada a las UD o el acceso de las personas al puesto sanitario o al hospital, busca garantizar esta accesibilidad, introduciendo modificaciones en su planificación mensual y apelando a recursos y redes sociales disponibles.

La herramienta central para la labor de APS es la cartografía local, esto es, “mapas cognitivos” (Reichel y Frömming, 2014; Diez Tetamanti et al, 2018) cuya construcción se basa en la experiencia propia de cada AS, quienes los diseñan articulando factores que se corresponden con distintos aspectos de la tarea que desarrollan y los problemas que se les presentan, siguiendo un conjunto de normativas establecidas en el Manual de APS²¹. Entre ellos pueden mencionarse factores geográfico-ambientales, variaciones estacionales, las características de la población “en riesgo”, estimaciones acerca de la movilidad y el tiempo que insumen los recorridos. Al respecto, cada AS elabora una regionalización interna a su sector, en función de criterios propios que articulan los factores mencionados. La práctica de construcción y uso de estos “mapas cognitivos” no sólo informa sobre la presencia/ausencia de grupos “de riesgo” u otros factores que intervienen en la planificación de APS, sino que ofrecen una visión integral y detallada de la organización social y económica de la población local. La información sobre el territorio se articula con aquella sobre los recursos disponibles en cada sector, de esta manera que cuando los recorridos implican largas distancias y/o por las características del terreno no pueden ser transitados en vehículos, los AS lo hacen caminando o apelan a medios de transporte propios o prestados por los vecinos del lugar

²¹ Gobierno de la Provincia de Salta (Argentina). (2020). *Instructivo APS 2020*. http://aps.salta.gov.ar/Rondas/descarga/Instruc_APS_1_2020.pdf Accedido 17/12/22.

(caballos, burros, motocicletas) con quienes mantienen vínculos de parentesco, amistad o vecindad. También estas personas colaboran con la actividad ofreciendo lugar de descanso, comidas o compañía durante las visitas. En regiones como Molinos, la expectativa de contar con estos recursos de apoyo social interviene de manera decisiva en el orden, cantidad y duración de las visitas, así como en el sentido del recorrido. Estos factores son articulados por cada AS junto a los criterios de priorización según riesgo a partir de la evaluación de la composición y características de las distintas UD del sector. Esta caracterización muestra como el trabajo de los AS resulta central para garantizar la equidad en la atención sanitaria local. Las estrategias que implementan en el desarrollo de sus tareas, actuando como intermediarios entre las familias y el personal del hospital local, permiten ampliar la accesibilidad de la población de Molinos a los servicios sanitarios disponibles (Teves et al, 2018; Remorini et al, 2020).

En relación a la atención sanitaria de la población infantil en Molinos, el discurso y las intervenciones del personal de salud consideran el bajo peso para la edad como un factor determinante a la hora de evaluar el crecimiento de NyN, al tiempo que le atribuyen a este indicador una relación causal con otros problemas de salud y específicamente el estado nutricional. Sin embargo, nuestra observación y seguimiento de las acciones del personal de salud en el marco de la estrategia de APS, pero también en la labor de consultorio, muestran que, a nivel local, si bien se habla de “control del niño sano” o “control de crecimiento y desarrollo”, lo que en efecto se evalúan son tres indicadores: peso, talla y perímetro cefálico, este último no de manera habitual. Por lo tanto, la consideración del estado general de NyN se deriva de un número reducido de parámetros, que además se basan en tablas de crecimiento que no necesariamente son representativas de la población, si bien se asume que están validadas a nivel nacional (Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría, 2017).

Esta situación invita a reflexionar sobre el modo en que son abordados los procesos de crecimiento infantil, asumiendo correspondencias de valores normales para la edad, sin cuestionar las muestras en referencia a las cuales se definieron estos parámetros de normalidad. Desde la biomedicina se asume que el control y vigilancia del crecimiento es un componente central de la atención de la salud infantil, y esto se plasma en recomendaciones de académicos, gobiernos y organismos internacionales. Sin embargo, en la práctica, las evaluaciones del crecimiento tienen un enfoque reduccionista, se limitan solo a datos cuantificables, y muchas veces no se tiene en cuenta otra información relevante al diagnóstico

clínico, originando la categorización de “déficits” o “retrasos” sobre la base de información limitada. En el caso específico de comunidades poco estudiadas –como las rurales e indígenas de nuestro país- este tipo de operación conduce a invisibilizar las particularidades que asumen los procesos de crecimiento y desarrollo infantil, a la vez que trata como “excepciones” o “anomalías” a todos los NyN cuyas medidas antropométricas no se corresponden con las establecidas como normales, sobre la base de percentilos y tablas (Rowensztein y Kremenchuzky, 2019; Remorini y Rowensztein, 2022a).

Por último, es necesario destacar que, no obstante lo descrito hasta aquí acerca de la ampliación de los servicios de salud pública en la región en las últimas décadas, en las UD continúa apelándose a recursos medicinales locales y la consulta a médicos campesinos de manera combinada o complementaria a los recursos y prácticas de origen biomédico, tal como indican los resultados de otros trabajos en la región (Crivos, 2003; Remorini y Palermo, 2016; Remorini et al, 2018; Remorini y Palermo, 2020) y el análisis realizado en esta investigación.

Como será descrito en los capítulos IV y V, los médicos campesinos diagnostican y tratan síntomas y dolencias que pueden ocurrir durante el embarazo, el puerperio y la infancia, afectando el bienestar de la mujer y NyN antes y después del nacimiento. Por ejemplo, se acude a éstos para que realicen el *mantillado* o *manteada*, que consiste en realizar masajes en el vientre cuando el bebé se encuentra en una mala posición en los días cercanos al parto, lo que acomoda al bebé y evita una cesárea (Remorini et al, 2018). En el postparto, se acude a los médicos campesinos en caso de que la mujer sufra una *recaída*²².

En relación a los problemas de salud del ámbito de la medicina tradicional²³ que son tratados por los médicos campesinos durante la infancia, el *susto*, los *nervios* y el *falseado* son dolencias que afectan frecuentemente a NyN. El *susto* es una dolencia frecuente en el área andina, que se origina en un evento traumático o inesperado que provoca la pérdida temporal del alma o espíritu de la persona afectada. Ello causa síntomas tanto físicos como emocionales, cuyo tratamiento hemos descrito en distintos trabajos (Remorini et al, 2012; Remorini y Palermo, 2016, 2020). En NyN se reconoce una variedad de *susto* que se experimenta durante la gestación y se denomina *aique* o *aikadura*. Se origina en la exposición de la mujer a situaciones relacionadas con la muerte (transitar cementerios, asistir a velatorios), lo que provoca un *susto* en el bebé, debido a la pérdida de su espíritu. Si nace

²² Ver sección 2.1.1 del capítulo IV.

²³ Ver sección 1.3 del capítulo II.

aikado, ello le ocasionará trastornos nutricionales y retraso en el crecimiento, entre otros síntomas. Si estos problemas se prolongan más allá de la infancia se denomina *quedado* al individuo afectado de formas particularmente graves de *susto* o a quien no fue curado a tiempo de esa enfermedad. Por otra parte, personas adultas también pueden sufrir *susto* ante la exposición a factores climáticos adversos, sucesos inesperados y/o peligrosos (como cruzarse con víboras u otros animales), transitar lugares considerados peligrosos o ante situaciones percibidas como estresantes emocionalmente (Remorini et al, 2012).

En cuanto al *falseado* o *falseadura*, las madres sostienen que se produce cuando NyN se caen o golpean, y en consecuencia el cuerpo “se abre”. Es por ello que desde el nacimiento deben ser *fajados* (envueltos) como forma de prevención. Los síntomas son diarrea y vómitos y se trata mediante técnicas mecánicas a cargo de médicos campesinos, particularmente *refregadas* en el cuerpo afectado (masajes). Asimismo, se plantea que las mujeres luego del parto, y los hombres cuando deben realizar tareas que requieren esfuerzo físico, deben ser *fajados* para evitar que sus cuerpos “se abran” y ello les cause diferentes problemas de salud (Remorini, 2013).

Finalmente, en relación a los nervios, Baer et al (2003) plantean que *ser nervioso* es el resultado de una experiencia traumática que supone un alto grado de sufrimiento para las personas. Generalmente comienza en la niñez y se extiende durante la trayectoria vital, en el transcurso de la cual se presentan síntomas como ataques de llanto, furia y violencia, dolor de cabeza y estómago, entre otros. Estos autores sostienen que las similitudes entre *nervios* y *susto*, dolencias ampliamente documentadas en el área andina, podrían indicar que se trataría en ambos casos de expresiones culturalmente aceptables de estrés, pero categorizadas de diferentes maneras según el contexto²⁴.

²⁴ Al respecto, ver sección 3 del capítulo V y sección 3 del capítulo VI.

3. La salud materno-infantil en Argentina

3.1. Maternidad y crianza en perspectiva etnográfica

Las experiencias y prácticas en torno a la maternidad y crianza han estado marcadas por su naturalización y universalidad, y asociado a ello, se han definido los roles de hombres en tanto productores y mujeres como reproductoras. Los modelos culturales acerca de los roles de género y etarios en las sociedades contemporáneas han sido objeto de revisión y crítica en las últimas décadas, producto de transformaciones a nivel cultural, económico, político, jurídico, moral, demográfico y epidemiológico, así como en los enfoques disciplinares y académicos (Zimbalist Rosaldo, 1974; Deffosez et al., 1992; Nakano Glenn et al, 1994; Castilla, 2005; Felitti, 2011).

La maternidad, usualmente asociada a la concepción, embarazo, parto, puerperio y lactancia, también incluye prácticas de cuidado del cuerpo femenino y su salud, formas de sociabilidad y vinculación, rutinas domésticas y crianza de los hijos/as, dimensiones necesarias para su comprensión (Nari, 2004). La maternidad como concepto y experiencia evoluciona históricamente y presenta variaciones al ser analizada en perspectiva transcultural. Sin embargo, un conjunto de connotaciones simbólicas asociadas a ella aparecen con regularidad en discursos del sentido común, profesionales y políticos (Nari, 2004; Lupton, 2013; de Paz Trueba, 2019). Éstas se extienden a las relaciones entre madres e hijos/as, la crianza y la responsabilidad materna en el crecimiento y desarrollo infantil (Bonnet, 1996; Murphy, 2000, 2007; Scheper Hughes y Sargent, 2008; Lupton, 2013).

Asociado al rol de las mujeres en tanto madres, se les atribuyen de manera casi exclusiva las responsabilidades de cuidado de aquellos miembros de la familia que requieren mayor atención (Faur, 2012). Consecuentemente, se ha sostenido que las mujeres están mejor dotadas para llevar adelante estas tareas, en tanto madres y/o abuelas (Gherardi et al, 2012), naturalizando que son ellas (y no así los varones) las portadoras de saberes y habilidades que han adquirido biológicamente y no mediante procesos de socialización y habilitación legitimados social y culturalmente. Estos supuestos que orientan políticas públicas y discursos profesionales, religiosos y mercantiles son consistentes con una visión estereotipada de las funciones reproductivas y productivas (Lupton, 2013).

Todo ello implica que la maternidad no puede ser analizada por fuera de las características del entorno y el contexto socio histórico en el cual sucede. En Argentina, recién en la década

de 1980 la “planificación familiar” comenzó a dar paso a la noción de “salud reproductiva” y luego al concepto de “derechos reproductivos” individuales, ya no vinculados a un proyecto de familia en el que la procreación era el destino de las mujeres. En gran medida esto se explica por la presencia del movimiento feminista sobre todo a partir de la década de 1960, el cual planteó la necesidad de autonomía sexual y reproductiva de las mujeres y la concepción de “lo personal como político”, de la mano con el cuestionamiento a la maternidad como obligación y al desempeño de las mujeres exclusivamente en el ámbito doméstico (Felitti, 2011). De esta manera se critica la centralidad de la reproducción y maternidad en la identidad femenina, en un intento de postular la reproducción, la sexualidad y la salud como dimensiones separadas en conexión con los derechos sexuales (Echarri Canovas, 2000). Esta postura se diferenciaba del discurso maternalista al que habían apelado las feministas a fines del siglo XIX e inicios del XX.

Fue en este momento, a inicios del siglo XX, que la medicina construyó la maternidad como “una profesión para ser aprendida según sus dictados” (Felitti, 2011: 29). Con la misión de “preservar la familia”, los partos comenzaron a realizarse en hospitales, atendidos por médicos varones, desplazando a matronas y parteras que acompañaban los nacimientos en las casas (Hirsch y Amador Ospina, 2011; Salsa Cortizo, 2022). De esta manera, la medicina se enfocó en lograr construir una “relación indisoluble entre madre y niño” (Nari, 2004: 102). Con este objetivo se realizaron campañas contra la mortalidad infantil, abortos y prácticas de anticoncepción al tiempo que se pretendía educar hábitos y sentimientos de las mujeres con respecto a sus hijos/as, para lo cual la puericultura tuvo un rol fundamental (Colangelo, 2012). Así emergía la idea del “binomio madre-hijo”, que marcaría el diseño e implementación de programas y políticas públicas destinadas a mujeres madres y NyN. De acuerdo a Nari (2004), esta idea de binomio suponía que la madre biológica y su hijo/a eran interdependientes mediante un lazo indisoluble y natural. Asimismo, implicaba que la supervivencia de NyN -vulnerables por definición, sobre todo los recién nacidos- dependía exclusivamente de su madre biológica.

Lo expuesto anteriormente da cuenta de la manera en que el vínculo entre salud y política en Argentina se fundó sobre una visión y definición particular de maternidad. Si bien desde la década de 1930 la política sanitarista contempló la atención de la mujer embarazada y el recién nacido como parte de una visión maternalista y pro-natalista, esto ha tenido un impacto tardío en las mujeres indígenas y de zonas rurales (Hirsch y Amador Ospina, 2011; Hirsch,

2015). Investigaciones realizadas en el Departamento de Molinos desde la década de 1970²⁵ muestran que la atención perinatal, esto es durante el embarazo, parto, puerperio y primeros años de la vida de NyN, hasta no hace mucho tiempo estuvo en manos de expertos de la familia o de la UD, o de *mediquitas* (Remorini et al, 2010) de la comunidad. La situación de ampliación progresiva del acceso a atención biomédica que se registra en los centros urbanos -especialmente en Buenos Aires - durante gran parte del siglo XX no se corresponde con lo ocurrido en las regiones rurales del NOA.

3.2. Programas orientados a la población materno-infantil en Argentina

En Argentina, los programas materno-infantiles (PMI) fueron financiados, administrados e implementados exclusivamente por el Estado. Estos programas consisten en prestaciones sociales cuyo objetivo es mejorar indicadores de salud y se basan en el monitoreo del estado de salud -mediante iniciativas del ámbito de APS- de mujeres desde el embarazo y NyN pequeños, hasta los seis años de edad. Su diseño e implementación se caracterizó por la fragmentación y multiplicación de programas similares en cuanto a objetivos y población a la que estaban dirigidos (Idiart, 2007).

Idiart (2007, 2013) realiza una periodificación de las políticas sociales en Argentina, entre las cuales incluye los PMI, según el rol del Estado en las políticas sociales, las características de los programas y las variaciones en el gasto público. En un primer periodo, hasta la década de 1930, las iniciativas para mujeres y sus hijos/as eran de tipo pre-universalista, caracterizados por la atención de la población por instituciones benéficas y filantrópicas y la iglesia católica, orientados sobre todo a NyN con problemas de desnutrición.

Luego, entre las décadas de 1940 hasta la década de 1980, los PMI se caracterizan por sus tendencias universalistas, donde el Estado se encarga del financiamiento, diseño e implementación. Programas de tipo universal como aquellos para la atención pública de la salud y de educación, entre otros, unifican los servicios preexistentes pero altamente fragmentados, generando que puedan alcanzar, idealmente, al total de la población.

En 1936 se aprueba en Argentina la “Ley de la madre y el niño” lo cual lleva a la creación de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia bajo la órbita del Departamento Nacional de Higiene. El propósito de esta nueva dirección era la protección de madres, embarazadas y la reducción de la morbi mortalidad infantil mediante el desarrollo de acuerdos entre el Estado

²⁵ Ver sección 1 de la Introducción.

nacional y las provincias. En 1937 se crea el primer PMI con alcance nacional, el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil, y dos años después de la creación del Ministerio de Salud, en 1948, comienza a distribuir leche a sus beneficiarios. Por casi 40 años este programa mantiene la misma estructura y diseño institucional aunque en el plano discursivo sufre sucesivas reformulaciones. Originalmente diseñado para atender a la población clasificada como “con necesidades básicas insatisfechas” con el objetivo de combatir la pobreza (Hirsch y Amador Ospina, 2011), progresivamente se concentra en el mejoramiento del sistema de cuidado primario de la salud de madres y NyN. Hasta mediados de la década de 1980, y habiendo sumado un subprograma de alimentación complementaria, su objetivo fue el control del estado nutricional de NyN hasta los seis años y de mujeres embarazadas.

Un tercer periodo se caracteriza por programas de tipo híbrido-asistencialistas, desde mediados de la década de 1980 y en particular durante la década de 1990, con tendencia a la privatización, descentralización y focalización de acuerdo a los principios neoliberales que regían la orientación política del gobierno. En estos programas se combinaron rasgos del clásico Estado de bienestar y el nuevo criterio de focalización en su diseño, en un marco de recortes presupuestarios y deficiencias administrativas. En 1993 se crea el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición), considerado una de las iniciativas centrales del Ministerio de Salud para la ampliación de la estrategia de APS, a partir de tratados y convenios internacionales suscritos por la Argentina entre 1989 y 1993 (Hirsch y Amador Ospina, 2011).

El PROMIN coexiste durante este periodo con el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil, pero enfocado exclusivamente en madres, embarazadas y NyN en situación de “pobreza estructural”. En el marco de este programa tiene lugar un giro desde las acciones de prevención de la salud hacia la construcción de infraestructura de centros sanitarios, actividades de capacitación a recursos humanos y asistencia técnica a subproyectos locales, quedando la distribución de leche como una actividad secundaria, a diferencia de lo que sucedía en el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil. Además, el cuidado de la salud se organiza ahora a partir de la demanda espontánea de la población, lo cual a mediano plazo redundó en una escasa mejora de índices vinculados a la salud MI (Idiart, 2007).

En cuanto a los mecanismos de focalización para ambos programas en este periodo, en el Programa Nacional de Salud Materno-Infantil si bien se mantiene programáticamente el sentido universalista, tuvieron lugar en distintas regiones del país estrategias locales y no coordinadas que funcionaron como una focalización de hecho, implicando una disminución

en las cantidades de leche distribuidas. En relación al PROMIN los mecanismos de focalización estuvieron presentes desde su diseño, en función de los datos censales disponibles, que indicaban la ubicación de la población con “necesidades básicas insatisfechas” a la cual estaba dirigida el programa.

Un cuarto periodo, con programas de tipo integrativo, da inicio en los 2000. En este momento el Estado gana protagonismo nuevamente, luego del periodo neoliberal de la década anterior, aunque se suma el sector privado como proveedor. Luego de la crisis político económica del año 2001, se crean planes de emergencia para grupos vulnerables con el objetivo de detener el deterioro de los indicadores relativos a la salud. Las nuevas iniciativas siguen un modelo de integración, donde se combinan estrategias de corte universalista con otras focalizadas. Estos cuatro periodos están caracterizados por la ausencia de datos estadísticos sistematizados en nuestro país que funcionen como línea de base a partir de la cual evaluar los resultados de programas y políticas públicas. Por ejemplo, para el momento de la finalización del PROMIN, en el año 2003, aun no se había realizado ninguna encuesta nutricional a nivel nacional que permitiera evaluar sus resultados (Idiart, 2007, 2013).

En el año 2002 se creó el Seguro de Salud Materno-Infantil dependiente del Ministerio de Salud y en 2004 el Plan Nacer, implementado primero en el NOA (en las provincias de Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán) y nordeste del país (Misiones, Corrientes, Chaco y Formosa); y en 2007 extendido a todo el país. El Plan Nacer brindaba asistencia sanitaria a embarazadas y NyN hasta seis años de edad con el objetivo de disminuir la mortalidad MI, reducir las brechas entre los índices de las distintas regiones del país y mejorar la atención sanitaria de la población. La cobertura del plan Nacer se amplió con la creación de la Asignación Universal por Hijo (AUH), que desde 2009 otorga un estipendio mensual por NyN menor de 18 años a cada familia con adultos desocupados o dentro del mercado laboral informal. El programa privilegia como titular de la protección a la madre, asumiéndola como la única organizadora “natural” de lo doméstico. En 2011 la AUH cambia su denominación a Asignación por Embarazo para la Protección Social ampliando su cobertura a mujeres embarazadas, quienes desde el tercer mes perciben el 80% de la asignación mensual y el 20% restante luego de realizarse los controles médicos prenatales establecidos en el Plan Nacer/Sumar. Asimismo, exige controles sanitarios y plan de vacunación obligatorio para NyN de hasta cuatro años y entre los cinco y los 18 años se debe acreditar la concurrencia de NyN a establecimientos públicos educativos (Biernat y Ramaciotti, 2013).

En el año 2010 el Plan Nacer incorpora la atención de cardiopatías congénitas en NyN sin cobertura de salud hasta los seis años de edad. A partir del año 2011 cambia su denominación a Plan Sumar y amplía su cobertura a NyN de entre seis y nueve años, luego adolescentes de hasta 19 años y posteriormente a adultos hasta los 64 años, en un proceso que finaliza en el año 2020. La ampliación en la población objetivo se refleja en los nuevos objetivos del Plan Sumar, que consisten en: “ (...) continuar disminuyendo las tasas de mortalidad materna e infantil; profundizar el cuidado de la salud de los niños y niñas en toda la etapa escolar y durante la adolescencia; mejorar el cuidado integral de la salud tanto de la mujer, promoviendo controles preventivos y buscando reducir la muerte por cáncer de útero y de mama; como del hombre, promoviendo controles preventivos y buscando reducir la muerte por cáncer colorrectal; crear y desarrollar los seguros de salud provinciales, destinados a la población más vulnerable” (Chiara et al, 2017: 668). Tanto el Plan Nacer como el ahora Plan Sumar funcionan mediante un sistema de incentivos monetarios asociados a resultados en cobertura poblacional y metas sanitarias. Así, cada efector (hospital o centro de salud) recibe recursos para la mejora edilicia, de equipamiento, la contratación de recursos humanos o la compra de insumos (Chiara et al, 2017; Ministerio de Salud Argentina, 2022).

Las tasas de mortalidad infantil en Argentina han disminuido con el tiempo (Finkelstein et al, 2016), aunque esta tendencia a la baja es menor que la de otros países latinoamericanos como Chile, a pesar de que ambos tienen la misma tradición de programas MI de larga duración. De acuerdo a Idiart (2013) esto se debe a que, por un lado, los programas sanitarios implementados en Argentina durante la década de 1990 no fueron suficientes para compensar los efectos negativos de las altas tasas de pobreza. Por el otro, a la incapacidad permanente del Estado argentino para implementar eficazmente políticas y programas, en combinación con la multiplicidad de iniciativas para la población MI, su superposición espacio-temporal y falta de coordinación entre sectores nacionales, provinciales y municipales y entre programas diferentes. Ello resultó en un bajo nivel de alcance y eficacia de los PMI ya que al mismo tiempo que había destinatarios que no eran alcanzados por ningún programa, otros poseían varios beneficios provenientes de más de uno de ellos.

3.3. Repensando la categoría materno-infantil

Echarri Canovas (2000) plantea que, mediante la formulación de programas de salud MI, se privilegió el impacto de la modificación de los patrones reproductivos en la supervivencia infantil, en un contexto de alta mortalidad de NyN, por sobre la salud de la mujer, la cual era considerada de manera colateral y solo en tanto contribuía al bienestar de NyN. Esto representa una contradicción en sociedades, como las latinoamericanas, que destacan la maternidad al mismo tiempo que, desde este tipo de iniciativas estatales, se desalienta la multiparidad, sobre todo si los intervalos intergenésicos son cortos.

La conceptualización de la salud MI como campo específico de los programas de salud pública se basó en considerar riesgos y necesidades específicas de NyN pequeños y mujeres durante la gestación y puerperio. En la formulación y aplicación de estos programas se asume que los sectores MI de grupos vulnerables (comunidades pobres, indígenas y migrantes especialmente) “(...) presentan tasas de mortalidad neonatal muy altas comparadas con otros grupos poblacionales (...)” (OPS, 2008) y comparten riesgos específicos durante la etapa reproductiva de las mujeres y en la etapa temprana de crecimiento para NyN hasta los seis años de edad.

Esto implica que los servicios y acciones sanitarias se enfoquen en acontecimientos específicos del trayecto reproductivo de las mujeres, como el embarazo y el parto, y las condiciones a nivel fisiológico que impactan en el periodo perinatal, dejando de lado a la mujer en un sentido integral (Mercer y Karolinski, 2007). Echarri Canovas (2000) destaca dos características del concepto de salud MI. Por un lado, la condición femenina ligada a la noción de altruismo, en particular del cuerpo que se pone a disposición de la reproducción y la maternidad como único medio de realización y legitimación para las mujeres. Por el otro, la alta dependencia de NyN de sus cuidadores, la madre en particular, asumiendo que el cuidado de la salud de los integrantes de la familia, y sobre todo de NyN, es una tarea y responsabilidad natural de las mujeres madres. Desde esta perspectiva la salud infantil es un objetivo que debería posicionarse por encima de cualquier otra prioridad para las mujeres, determinando así su calidad de “buena madre”. Asimismo, se pone el énfasis en el papel de la madre como “agente de salud” de sus hijos/as, ya que se espera que se comprometa con las acciones y lineamientos del personal sanitario acerca del adecuado cuidado de la salud infantil.

En la década de 1970 la creación de la estrategia de APS a nivel latinoamericano tenía como objetivo consolidar la salud como un derecho humano y como un fin social universal, por lo cual debía ser accesible tanto económica, geográfica y socialmente como apropiada culturalmente (Mercer y Karolinski, 2007). Esta formulación ya incluía la salud MI y la planificación familiar, pero el alto costo de un programa de tan amplio alcance llevó a que se proponga abordar únicamente los problemas de salud pública “más severos”, definidos como aquellos que tuvieran la mayor incidencia en las tasas de mortalidad infantil de los países en desarrollo. Así, los NyN menores de tres años y mujeres en edad reproductiva, caracterizados como población vulnerable desde una perspectiva biológica y social, se convierten entre 1982 y 1983 en el foco de la estrategia denominada GOBI (**G**rowth monitoring and promotion of child growth, **O**ral rehydration therapy to tackle dehydration from diarrea, **B**reastfeeding and better weaning and **I**mmunization²⁶). Esta iniciativa dependía particularmente de las madres para ser exitosa, más que de las instituciones médicas como lo demuestra su diseño e implementación: “la UNICEF estimaba que debía considerarse a la madre como elemento central de los cuidados de la salud infantil (...) no en función de su formación o calificación sino en cuanto a tiempo y amor por el conocimiento íntimo que tiene de sus propios hijos así como por la diversidad de *servicios integrados* que les ofrece y la presencia permanente que les aporta” (Echarri Canovas, 2000: 119-120, destacadas en el original).

Esta idea acerca del rol materno y la relación con NyN aún persiste en las iniciativas dirigidas a la población MI. Éstas no contemplan la diversidad en la composición y vínculos de las UD de distintos grupos sociales o áreas geográficas, ni toman en cuenta que no en todos los casos son las madres las cuidadoras principales de NyN. De igual manera, quedan por fuera de las acciones para la prevención y el cuidado de la salud de estos programas aquellos problemas de salud que afectan a las mujeres más allá del periodo reproductivo y a NyN luego de los seis años. Inclusive se hace énfasis en aquellos atributos de las mujeres que, desde un enfoque biomédico y epidemiológico, son considerados a partir del momento de la concepción factores de riesgo para la salud de NyN. Al respecto, al tomar como indicadores tanto la mortalidad materna como la neonatal e infantil²⁷, la formulación de estos programas

²⁶ Monitoreo y promoción del crecimiento infantil, terapia de rehidratación oral para combatir la deshidratación causada por la diarrea, lactancia materna e inmunización.

²⁷ De acuerdo a Finkelstein et al, la tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador del estado de salud de una población, así como de la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Al respecto plantean que “sobre la mortalidad infantil, influyen distintos determinantes según la edad de los niños. Entre los más pequeños (menores de 27 días), prevalecen los determinantes vinculados a los servicios de salud (atención del embarazo,

se centra en prevenir “el evento muerte” (Mercer y Karolinski, 2007: 2) en mujeres y NyN antes que atender sus condiciones de salud a lo largo de sus trayectorias vitales. Al mismo tiempo, el foco en el embarazo y parto como un fenómeno homogéneo deja de lado las particularidades y diferencias en las trayectorias sexuales y reproductivas de las mujeres.

Como será desarrollado en el capítulo III, uno de los criterios utilizados para la identificación de casos de enfermedad en esta investigación consistió en aplicar el recorte demográfico que realizan los programas de salud MI: mujeres embarazadas, puérperas y NyN hasta los seis años de edad. Sin embargo, los datos etnográficos obtenidos y el análisis realizado llevan a cuestionar y revisar las premisas que fundamentan estos programas. Al respecto, los resultados que serán desarrollados en los capítulos IV y V y las consideraciones finales en el capítulo VI, discuten la focalización en la díada madre-hijo para evaluar el cuidado de la salud infantil, en consonancia con los resultados de otras investigaciones en nuestro país (Remorini et al, 2010; Palermo, 2014; Remorini y Palermo, 2015; Leavy, 2017; Morgante y Remorini, 2018; Colangelo et al, 2020; Jacob et al, 2021, entre otros).

Asimismo, permiten discutir el enfoque de riesgo propuesto en estos programas, según el cual el riesgo se asocia a características a priori que se les otorgan a mujeres en edad reproductiva -vinculadas en general con hábitos no saludables o patologías infecciosas, metabólicas o crónicas- relacionadas a problemas de salud que padecen NyN. En este sentido los resultados cuestionan la consideración restringida de la etiología de los problemas de salud y la casi inexistente consideración de las particularidades de las trayectorias vitales femeninas, sus redes vinculares y los contextos en los que las mujeres participan, en tanto aspectos que permiten explicar la vinculación entre problemas de salud de las mujeres y sus hijos/as en los IT.

parto y del neonato). En la salud de los más grandes (entre 28 y 365 días de vida), tienen mayor influencia las condiciones ambientales y socioeconómicas en las que crece y se desarrolla el niño” (2016: 1).

Capítulo II

Salud, enfermedad y cuidado en las trayectorias vitales

Este capítulo se desarrolla en tres secciones. En la primera, hago un recorrido por las maneras en las que se ha conceptualizado la enfermedad desde distintas corrientes teóricas de la antropología. Como parte de ello defino el concepto de PSEA, el cual destaca la naturaleza social y colectiva del proceso que implica enfermar y recuperar la salud en diferentes grupos sociales. Luego me detengo en cómo la distinción *illness-disease-sickness* pone el acento en diferentes aspectos de la enfermedad, lo cual lleva a plantear la imposibilidad de caracterizar las enfermedades como entidades individuales, estáticas e invariables, de acuerdo a una concepción biologicista que opone lo sano a lo patológico. En este marco, defino y justifico el uso del concepto **problema de salud** en esta investigación, para caracterizar un conjunto de procesos diversos que van desde la detección de síntomas y su evolución en el tiempo, hasta la posible obtención de uno o más diagnósticos y tratamientos en el desarrollo de los IT. Por último describo las **alternativas terapéuticas** utilizadas en los IT bajo análisis, como parte de estrategias donde se combinan saberes y prácticas de diferente origen para tratar el problema de salud.

En la segunda sección sitúo el análisis de los IT en el marco del paradigma transdisciplinario de la trayectoria vital, considerando la aparición del problema de salud como un punto de inflexión (*turning point*) en las trayectorias de los individuos. En relación a esto, detallo cómo el enfoque ecológico provee un marco teórico metodológico para el análisis y comprensión de la salud y la enfermedad a nivel de la UD, a partir del concepto de producción de la salud a escala doméstica (*household production of health*).

En la última sección defino el cuidado como una actividad multidimensional, parte de las actividades subsistencia de la UD, lo cual lleva a integrar dentro de esta categoría no sólo las prácticas y relaciones concernientes al cuidado de los individuos durante los extremos de sus trayectorias vitales -es decir en la niñez y vejez- sino también durante momentos específicos que suponen un estado de vulnerabilidad, como el desarrollo de un problema de salud. En este marco justifico el uso del término **cuidadora** en esta investigación, basada en el foco en la narrativa de las mujeres-madres para la reconstrucción de los IT. Asimismo, en el hecho de que -como demuestran las investigaciones del LINEA sostenidas en el tiempo en Molinos- son ellas quienes asumen en mayor medida las actividades relativas al cuidado, incluyendo la

atención de la salud de NyN, aunque sin desconocer la participación masculina en estas actividades. Distintos aspectos del análisis de los datos etnográficos de esta investigación que sustentan y contextualizan esta decisión teórico-metodológica son desarrollados en los capítulos IV a VI.

1. Salud y enfermedad en perspectiva antropológica

La enfermedad en tanto evento disruptivo en las trayectorias vitales de los individuos ha sido un tema de interés para las ciencias sociales y en particular para la antropología desde hace décadas. Textos etnográficos clásicos como “Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande” de E. E. Evans-Pritchard y “The forest of symbols. Aspects of Ndembu ritual” de V. Turner brindan descripciones detalladas de prácticas y creencias médicas. Estos trabajos, entre muchos otros clásicos de la antropología, analizan aspectos simbólicos vinculados a prácticas rituales y de hechicería, dando origen a problemáticas y marcos analíticos en los cuales el foco en la enfermedad y el padecimiento permiten la comprensión de una diversidad de hechos sociales (A. Young, 1982).

En su recorrido acerca de las diferentes conceptualizaciones que la enfermedad o la dolencia ha adquirido a lo largo del tiempo en la antropología médica, Good (2003) plantea que en la década de 1940 los trabajos de W. H. R. Rivers y F. Clements, entre otros, dan inicio a lo que denomina una “tradicción empirista”. En ella, prácticas y creencias médicas de pueblos no occidentales eran consideradas conocimientos médicos científicos “rudimentarios” y se generaban clasificaciones de estas prácticas en base al grado de “racionalidad” otorgado por el estudioso. La comprensión científica de la enfermedad en la tradición empirista distinguía lo “primitivo” de lo “moderno” y la “creencia” del “conocimiento”, aunque al mismo tiempo se reconocieran las dificultades derivadas del hecho de asignar categorías contemporáneas de enfermedad a diferentes creencias culturales.

Sin embargo, tres elementos del enfoque empirista aún persisten en los análisis de las ciencias sociales sobre la salud y la enfermedad: el análisis de las representaciones de la enfermedad, la visión de la cultura como adaptativa y la prioridad de lo individual por sobre lo social. Con respecto al primer elemento, la medicina tradicional es vista como un conjunto de creencias que se superponen a las intervenciones biomédicas, las cuales persistirían a pesar de la superadora eficacia de la biomedicina. En cuanto al segundo elemento, los comportamientos y creencias médicas tradicionales son analizados como rasgos culturales

que potencian la adaptación de la población a un entorno ecológico. En cuanto al tercero, las teorías utilitarias suponen que se procede racional e individualmente para tomar decisiones frente a la enfermedad y lograr restituir la salud. Todos estos elementos constituyen lo que Good (2003) denomina “paradigma empirista” en la antropología médica. En el marco de este paradigma la enfermedad es considerada un objeto separado de la conciencia humana, mientras que las acciones médicas se orientarían exclusivamente a modificar conductas individuales e “irracionales”, es decir, modificar “factores de riesgo”. La crítica antropológica a estas formulaciones se basó en plantear que las respuestas a la enfermedad que difieren del paradigma biomédico no son producto de la irracionalidad, sino parte de un sistema de creencias y prácticas con una lógica propia.

En la primera mitad del siglo XX Good (2003) ubica la “tradición boasiana” como una alternativa relativista al empirismo de estos primeros autores. En esta tradición se destaca el trabajo de R. Benedict, quien planteaba que las alteraciones psicológicas son una forma de realidad específica de una cultura, por lo que la enfermedad no puede ser comprendida por fuera de su contexto cultural. La crítica a la biomedicina que se desprende de este postulado se centraba en que, ya que la enfermedad está en relación con formas culturales propias de cada sociedad, se debe reconocer la relatividad cultural de la patología como parte de su tratamiento. Aquí las representaciones de la enfermedad y la concepción de la “anormalidad” conforman un objeto cultural en sí mismo.

Entre las décadas de 1950 y 1960 una gran cantidad de trabajos antropológicos produjeron datos etnográficos sobre formas de saber médico y tradiciones terapéuticas en distintas partes del mundo. De esta manera, desde la práctica antropológica, se pone de manifiesto que todos los sistemas médicos, incluido el sector biomédico o de la “medicina oficial” están organizados de acuerdo a pautas culturales (Sy, 2008). Para este mismo periodo Good (2003) plantea que la antropología cognitiva se dedicó a clasificar enfermedades en base a “etnoteorías” de la enfermedad y la curación. Autores como C. Frake y H. Fabrega crearon categorizaciones de la enfermedad en diferentes grupos y generaron taxonomías con el objetivo de ordenarlas jerárquicamente. Posteriormente J. Young y Linda Garro realizan estudios etnosemánticos basados en el análisis de la toma de decisión frente a la enfermedad, creando un modelo para abarcar la mayor parte de las opciones de tratamiento. A partir de la década de 1980 los estudios se reenfocaron, dejando de lado el interés por los elementos léxicos que delimitan los objetos, en un intento de ir más allá de los modelos categorizadores. Actualmente los estudios desde este enfoque cognitivo se centran en el análisis del discurso y

las estrategias para la búsqueda de atención médica. Sin embargo, en muchos de ellos los “modelos de enfermedad” aún se estudian en términos semánticos, sin considerar las dimensiones pragmáticas y performativas del proceso salud-enfermedad.

A fines de la década de 1970 la obra de A. Kleinman inaugura un nuevo enfoque en la antropología médica, postulando el sistema médico como un sistema cultural. Esta línea de antropología interpretativa (Good, 2003) toma como foco de indagación la relación entre cultura y enfermedad, para sostener que esta última constituye un modelo explicativo y no una entidad en sí misma. En cada contexto distintos fenómenos se enmarcan como enfermedad y así se convierten en objeto de prácticas médicas. De ello se desprende que el discurso modela la interpretación acerca de la enfermedad y el comportamiento para enfrentarla, y que las distintas prácticas terapéuticas constituyen objetos del conocimiento médico. El foco de estos estudios se encuentra en el análisis de la interacción entre significado y actividades interpretativas con procesos sociales y psicofísicos para producir diferentes trayectorias de dolencias. Recientemente, los estudios interpretativos se han centrado en indagar en la experiencia de los individuos como base de las representaciones de enfermedad, abordando la relación entre significado y experiencia como fenómenos intersubjetivos.

Por último Good (2003) describe una “perspectiva crítica” en la antropología médica que se inicia en la década de 1980, la cual se enfoca en conocer las maneras en que impacta el poder en las relaciones y transacciones sobre el cuidado de la salud a nivel local y global, así como en identificar las desigualdades que inciden en la distribución de la morbimortalidad en distintas sociedades. En este marco autores como N. Scheper Hughes, M. Lock y M. Taussig se enfocan en cómo los síntomas de enfermedad son tratados en términos individuales y medicalizados, en lugar de entenderlos como emergentes de una situación política, económica y social determinada. De esta manera se busca comprender la experiencia individual de enfermar en el marco de procesos socio históricos, económicos, políticos e ideológicos en cada sociedad y momento histórico (Sy, 2008; Pasarin, 2011).

En América Latina los primeros estudios de antropología médica se desarrollan a partir de la década de 1940, centrándose en la identificación y relevamiento de las teorías nativas sobre la enfermedad y sus terapias o tratamientos. En este marco se generan los primeros intentos por introducir programas estatales sistemáticos de salud pública, apoyados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre todo México, Colombia y Perú (Sy, 2008). Aquí el

rol de la antropología consistía en articular las maneras de integrar estos programas en contextos donde las prácticas médicas “tradicionales” poseían su propia y particular racionalidad terapéutica y diagnóstica (Menendez, 1985).

En este contexto, surge el concepto de pluralismo médico para abordar no solo la conducta ante la enfermedad combinando diferentes terapias, sino también la diversidad de creencias y representaciones sobre la salud y la enfermedad que se ponen en juego. En su estudio en Guatemala, Cosminsky y Scrimshaw (1980) analizan estrategias para el cuidado de la salud donde se combinan o utilizan simultáneamente remedios caseros, curanderos, matronas, espiritistas, chamanes, fármacos de patente, centros sanitarios y médicos de práctica privada. En este sentido caracterizan la conducta pluralista como pragmática, donde coexisten diferentes tradiciones para el cuidado de la salud, generando una amalgama de técnicas, terapeutas e instituciones (Sy, 2008).

Las críticas a estos estudios se centraron en que frecuentemente no daban cuenta de la heterogeneidad de las creencias y prácticas vinculadas a la salud y la enfermedad al interior de cada grupo social. Así comienza a ponerse el foco en la manera concreta en que la enfermedad es experimentada por los individuos y los procesos de toma de decisión que se desarrollan a partir de la aparición de síntomas con el objetivo de recuperar la salud (J. C. Young, 1980, 1981; Price, 1992; Crivos, 2003; Sy, 2008; Pasarin, 2011, entre otros). En este marco, la etnografía se enfoca en el análisis de la variabilidad de prácticas para atender la salud. Ello supuso implementar metodologías que permitieran ampliar el registro más allá de los discursos y acciones de los expertos para atender la salud, dando paso al análisis de episodios de enfermedad en el marco de las trayectorias vitales. El análisis de estos casos da cuenta de las maneras en que se apela a diferentes prácticas médicas en la vida cotidiana, en función de la percepción de la etiología de la enfermedad y la naturaleza procesual de los tratamientos (Crivos, 2003; Sy, 2008).

1.1. Proceso salud-enfermedad-atención

El concepto de PSEA surge a partir del cuestionamiento al paradigma médico biologicista y su incapacidad para considerar la “naturaleza social” de la enfermedad. En este sentido pretende dar cuenta, en primer lugar, del carácter social del proceso de enfermar, ya no a nivel individual sino en los grupos o comunidades. En segundo lugar, da cuenta de su doble carácter, tanto biológico como social, reconociendo la especificidad de cada uno y las relaciones que se establecen entre ellos (Laurell, 1982).

El concepto de Modelo Médico Hegemónico desarrollado por E. Menéndez (1985a) define ciertos rasgos estructurales del modelo biomédico como: biologicismo, ahistoricidad, individualismo, pragmatismo, asimetría, exclusión del conocimiento del paciente, identificación con la racionalidad científica, entre otros. El concepto de PSEA que también es desarrollado por este autor, y su caracterización como estructura social y estructura de significado (Menéndez, 1997, 2003, 2009) considera a los padecimientos –así como las estrategias para enfrentarlos- como hechos inevitables, universales y constituyentes de todas las sociedades. La enfermedad como proceso donde se construye colectivamente la subjetividad es en este sentido decisiva para la producción y reproducción del grupo social. De la misma manera, los conjuntos sociales construyen significados respecto de la salud y la enfermedad, por lo que es una de las áreas de la vida donde se estructuran simbolizaciones y representaciones colectivas acerca de diversos aspectos de la realidad social que se expresan en el PSEA. Al respecto el autor plantea que “el proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos (...) considerado en términos estructurales, el proceso salud/enfermedad/atención supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud” (1994: 72). Siguiendo a Pasarin (2011), estas representaciones sociales a las que refiere la definición de PSEA son formas de conocimiento práctico elaboradas socialmente y adquieren sentido en los contextos en los cuales se producen. De esta manera se vinculan no solo a las maneras de entender la enfermedad y las experiencias de enfermar en cada contexto, sino también a la selección de distintas alternativas terapéuticas para el tratamiento de los problemas de salud.

Los PSEA deben ser entendidos dentro del campo relacional del cual forman parte, por lo que su análisis debe incluir los diferentes niveles en los que opera este proceso, así como los

procesos de articulación que se dan entre ellos. Asimismo, un abordaje relacional de los PSEA implica que las transacciones entre niveles se abordan a partir de las prácticas y representaciones de los actores. Cualquier investigación sobre estos procesos debería entonces definir cuáles son los actores sociales que intervienen, cuáles de ellos resultan significativos para el análisis del problema de investigación, de qué manera intervienen y luego describir en términos relacionales la manera en que interactúan sus saberes y prácticas (Menéndez, 2009). En este marco, el enfoque teórico metodológico del punto de vista del actor en el análisis de los PSEA permite un abordaje en términos procesuales y transaccionales, colocando al sujeto como unidad de análisis, donde tanto la estructura social como los significados se producen y reproducen a partir de sus prácticas y representaciones (Menéndez, 1997).

En el abordaje de los PSEA resulta necesario analizar de qué maneras se desarrollan los procesos para la resolución de los problemas de salud. En este sentido, el concepto de IT permite dar cuenta de las diferentes instancias o etapas que tienen lugar desde la detección de síntomas hasta la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Asimismo constituye una herramienta analítica para comprender, desde las experiencias de los individuos, cómo se seleccionan y articulan diferentes alternativas terapéuticas en función de su disponibilidad y accesibilidad en cada contexto y en cada instancia, generando estrategias para atender la salud caracterizadas por la integralidad y complementariedad (Alves y Souza, 1999; Bellato et al, 2008).

1.2. De enfermedades a problemas de salud en los itinerarios terapéuticos

De acuerdo a Moreno-Altamirano la distinción entre enfermedad (*disease*), padecimiento (*illness*) y malestar (*sickness*) es una parte constitutiva del análisis de los PSEA, ya que la comprensión del proceso de enfermar debe considerar su significado social, las trayectorias individuales y el contexto social en el cual se desarrolla este proceso. De esta manera se entiende la salud como “(...) un privilegiado punto de encuentro dentro de un sistema de signos, significados y prácticas, entre el individuo, el ambiente y la organización social, y entre lo público, lo privado y la comunidad” (2007: 69).

Según esta autora, en la década de 1950 Parsons realiza la primera referencia al concepto de *sickness* como malestar, en tanto componente del complejo enfermedad (*disease*)-padecimiento (*illness*). Desde una concepción funcionalista, Parsons define la salud como el

estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución de sus roles y tareas. Aquí la salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados orgánicos del individuo, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades.

Helman (1981), analizando la manera en que la distinción *disease-illness* se incorpora a la práctica clínica, retoma *disease* para referir a anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas corporales, y por tanto indicativa de una desviación de los parámetros de normalidad definidos desde la biomedicina. En este sentido *disease* agruparía a las entidades patológicas que, desde el modelo médico, pueden identificarse y describirse como entidades universales e independientes con propiedades específicas. En tanto *illness* haría referencia a la respuesta subjetiva de los individuos frente a la enfermedad, incluyendo los significados que se le otorgan al estar enfermo, cómo ello afecta su conducta y relaciones con otras personas así como también las decisiones y acciones para recuperar la salud, es decir “la reacción psicológica, social y cultural al proceso de enfermar” (Helman, 1981: 550, traducción propia). Si bien inicialmente esta distinción hallaba su correspondencia disciplinar -*disease* como objeto de la medicina científica e *illness* como patrimonio exclusivo de la antropología- posteriormente ambas serían reconocidas como categorías culturales y objetos de análisis de la etnografía (Pasarin, 2011).

Por su parte A. Young (1982) recorre los trabajos antropológicos realizados hasta ese momento y enmarcados en lo que denomina enfoque del modelo explicativo del padecimiento (*explanatory model of illness approach*). Autores como B. Good y A. Kleinman se separan del modelo biomédico reduccionista y proponen distinguir entre *illness* como las percepciones y experiencias individuales que incluyen, pero no se limitan, a las patologías que la biomedicina reconoce como *disease*, mientras que *sickness* designaría de manera amplia todos los eventos que incluyen tanto *disease* como *illness*, lo que de acuerdo a Kleinman, constituiría el ámbito de acción de la antropología médica. Según A. Young el interés de Kleinman en creencias y prácticas médicas es esencialmente clínico, concentrándose en el padecimiento (*illness*) como una experiencia psicosocial, considerando los criterios a partir de los cuales se seleccionan tratamientos biomédicos y se evalúa la eficacia de estos tratamientos, entre otros aspectos. Un modelo explicativo del padecimiento (*explanatory model of illness*), desde la perspectiva de Kleinman, es un conjunto de creencias que contiene cinco aspectos: etiología, conjunto de síntomas, fisiopatología, desarrollo del malestar (*sickness*) y su tratamiento.

Frankenberg (1973, 1976 en A. Young, 1982) y A. Young critican este sentido de *sickness* y lo redefinen como el proceso por el cual los signos biológicos de la enfermedad (*disease*) adquieren significado a nivel social, es decir, se transforman en síntomas. En este mismo proceso los síntomas se vinculan a etiologías y potenciales intervenciones sobre ellos, por lo cual el malestar (*sickness*) constituiría el proceso de socialización de la enfermedad (*disease*) y el padecimiento (*illness*). A. Young vincula esta definición de *sickness* con la importancia que M. Taussig le otorga a este concepto, en tanto consiste en una disrupción de la vida cotidiana. Al mismo tiempo Taussig realiza una crítica al sistema biomédico al plantear que la práctica clínica niega las relaciones contenidas en la noción de *sickness*. Es en este sentido que se vuelve necesario enfocar en las condiciones sociales de la producción de conocimiento médico (A. Young, 1982).

Siguiendo a Singer (2004) la biomedicina ha tenido un rol central en la conceptualización de enfermedades (*disease*) como entidades distinguibles y discretas que existen en el cuerpo humano. Sin embargo, la práctica y saberes biomédicos están sujetos a transformaciones a lo largo del tiempo, por lo cual enfermedades reconocidas en el pasado ya no son categorizadas como tales en el presente. El avance de la tecnología médica contribuye de manera significativa a este proceso, penetrando las barreras corporales, magnificando órganos y tejidos para su estudio y abriendo nuevos espacios para la pesquisa clínica. La construcción social de la enfermedad implica correr el foco de la etiología centrada en lo biológico para pasar a la construcción de la etiología social, incluyendo las condiciones sociales que directa o indirectamente ponen a los individuos en riesgo de enfermar. Asimismo, implica considerar la medicina como una práctica social e ideológicamente construida.

En el marco de la metodología de casos utilizada en esta investigación, la enfermedad se caracteriza como un problema concreto, que moviliza una serie de actores y recursos para su resolución. A partir del análisis del caso puede reconstruirse el proceso de su identificación, delimitación y caracterización. Como plantea Crivos, la metodología de casos de enfermedad permite “(...) la reconstrucción etnográfica de la situación de enfermedad, del antes y del después, de los intereses y posiciones involucrados, de las distintas versiones en torno a los sucesos, de los procedimientos -diagnósticos, terapéuticos, preventivos- efectivamente actualizados, de las alternativas consideradas y excluidas, de sus efectos, evaluación e implicancias” (1998: 61).

Esta perspectiva teórico metodológica sustenta la elección del concepto **problema de salud** para caracterizar un conjunto de estados que resultan disruptivos en las trayectorias vitales de

las cuidadoras y/o sus hijos/as, los cuales no necesariamente -o al menos no inicialmente- se pueden adjudicar a una entidad nosológica de la biomedicina o la medicina tradicional. Como parte del desarrollo del IT, la categoría **problema de salud** engloba un conjunto de procesos diversos que van desde la detección de síntomas y su evolución en el tiempo, hasta la posible obtención de uno o más diagnósticos y tratamientos. Es decir que la correspondencia inicial entre síntoma y diagnóstico puede transformarse o descartarse en el transcurso del IT, o bien atribuirse esos síntomas a más de una categoría de enfermedad de manera simultánea en el tiempo.

De acuerdo a Idoyaga Molina el desarrollo del proceso de enfermar, como se expresa en los IT aquí analizados, lleva a plantear la imposibilidad de caracterizar la enfermedad únicamente como una disfunción reductible a una serie de síntomas que integran una única “entidad gnoscográfica” (2000: 50). En este sentido, los resultados de esta investigación se encuentran en consonancia con trabajos que muestran la imposibilidad de delimitar enfermedades como entidades o situaciones individuales, estáticas e invariables, de acuerdo a una concepción biologicista del binomio salud-enfermedad que sostiene la oposición entre lo sano y lo patológico (Good, 2003), con una etiología específica, producto casi siempre de un modelo explicativo biomédico (Alves, 2016).

Al respecto, el concepto **problema de salud** permite categorizar la enfermedad como proceso complejo y dinámico que involucra factores biológicos, sociales y culturales y cuya resolución depende del tipo y gravedad de los síntomas, la disponibilidad y accesibilidad de alternativas terapéuticas, y la posibilidad de apelar a actores y recursos de diferente tipo y localización geográfica que permitan concretar estrategias para la atención de la salud en cada contexto. Asimismo, este concepto permite dar cuenta de situaciones donde a lo largo del IT persisten en el tiempo una serie de síntomas o estados disruptivos, para los cuales no siempre se encuentra una estrategia terapéutica efectiva. En este sentido, el hecho de obtener un diagnóstico y tratamiento en algún punto del IT no garantiza la cura o resolución del problema, sino que muchas veces solo se consigue tratar algunos de los síntomas con los que se manifiesta ese problema de salud en la trayectoria vital de los individuos.

1.3. Las alternativas terapéuticas para el tratamiento de los problemas de salud

De acuerdo a Menendez (1994) todas las sociedades producen estrategias de “acción técnica y socioideológica” para atender los padecimientos. Se trata de formas académicas o populares de tratar la enfermedad las cuales tienen el carácter de instituciones, es decir “instituyen una determinada manera de ‘pensar’ e intervenir sobre las enfermedades y los enfermos” (Menendez, 1994). Las acciones técnicas que se realizan dentro de ellas son también sociales, culturales e ideológicas, generadas a partir de las relaciones con los sujetos enfermos y la comunidad.

La perspectiva relacional para el análisis de los PSEA propuesta por Menendez (1994, 2009) implica que cada una de estas instituciones no debe ser analizada en sí misma, sino en referencia a un sistema cultural de representaciones y prácticas que redefinen saberes y acciones institucionales. Esta propuesta se diferencia de análisis parciales en los cuales, de acuerdo al autor, se ha intentado aislar la “medicina tradicional en sí misma” sin ponerla en relación con un conjunto de prácticas y representaciones respecto del PSEA en cada grupo social. Es poniendo el foco en este campo relacional es donde se pueden identificar “(...) procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes (...)” así como “(...) el lugar que ocupan lo ‘tradicional’ o lo ‘científico’ en términos del sistema de prácticas y representaciones que está teniendo lugar (...) ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades, generan (en su vida cotidiana) articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación” (Menendez, 1994: 75-81). En este marco la “articulación funcional” es el proceso por el cual en cada grupo intervienen diferentes formas de atender los padecimientos basadas en saberes tanto de la “medicina científica” como en otras formas populares. Esta articulación es uno de los mecanismos que aseguran la “reproducción biosocial del sujeto a nivel del grupo doméstico” (Menendez, 1994: 82).

En relación a los trabajos que se han llevado a cabo sobre procesos de selección y combinación terapéutica en la región del NOA, Idoyaga Molina (2007) plantea que la heterogeneidad que muestra la medicina popular o tradicional en el contexto latinoamericano no hace posible que pueda ser subsumida en una única categoría, ya que no permite dar cuenta de la multiplicidad de factores económicos, sociales, culturales y los procesos de selección y combinaciones de medicinas que suceden en cada contexto.

Esta autora recupera el concepto de “sistema etnomédico” de B. Good (1987, en Idoyaga Molina, 2007) para dar cuenta de la atención de la salud mediante la apelación a diferentes medicinas, sin suponer la preeminencia de la biomedicina y privilegiando lo que efectivamente hacen los individuos en diferentes contextos. En este punto, es necesario aclarar que la autora utiliza el concepto de “medicina” en el mismo sentido que en esta investigación utilizo **alternativa terapéutica**, para dar cuenta de diferentes conjuntos de saberes y prácticas seleccionados en forma exclusiva y/o complementaria en el transcurso del IT para diagnosticar y tratar los problemas de salud.

En este sentido, Idoyaga Molina (2007) diferencia entre:

- biomedicina para referirse a la medicina alopática y las psicoterapias, reconocidas y ofrecidas en centros de salud públicos y privados en nuestro país;
- medicinas tradicionales que incluyen lo que denomina curanderismo²⁸ en el NOA;
- el autotratamiento que incluye administración de fármacos y preparados a nivel doméstico;
- y las medicinas religiosas consistentes en las prácticas curativas en el marco de celebraciones o rituales católicos, evangélicos, pentecostales y umbandas.

Esta clasificación permite analizar de qué manera inciden en los IT “(...) factores culturales, étnicos, sociales, económicos, niveles de instrucción, peculiaridades regionales, estilos de pensar, la identidad religiosa del enfermo, del tipo de padecimiento que afecta al doliente, los alcances y límites de la biomedicina en el tratamiento de diferentes dolencias, en diferentes regiones y en diferentes unidades de salud considerando los impactos globales (...)” (Idoyaga Molina, 2007: 62-63). En este marco, con respecto a las **alternativas terapéuticas** que se utilizan en los IT bajo análisis en esta investigación, diferencio entre biomedicina y la medicina tradicional aplicada por los médicos campesinos en tanto expertos locales²⁹. Asimismo, utilizo el concepto de autoatención en el sentido que le otorga Menéndez (2003)³⁰.

En cuanto a la combinación de diferentes **alternativas terapéuticas** en un mismo IT, ésta se encuentra en relación con “(...) factores estructurales –como el sistema de representaciones–

²⁸ Se trata de la síntesis de “(...) antiguos saberes biomédicos -muchos de origen humoral- saberes y prácticas de tradición popular –aportados por los migrantes- y unas terapias rituales en su mayoría de raigambre católica (...)”. En relación a los aportes de saberes biomédicos “(...) se destaca una terapia que califica los remedios y males en cálidos y fríos (...) originados en la medicina humoral, aunque profundamente reformulados” (Idoyaga Molina, 2007: 25)

²⁹ Describo ambas alternativas terapéuticas en el capítulo IV.

³⁰ Ver sección 2 del capítulo V.

y factores coyunturales –como posibilidades económicas, el consejo de un vecino, contar con el apoyo de un pariente o amigo, la cercanía del lugar, etc.” (Idoyaga Molina, 2000: 26). A partir de los datos de sus trabajos etnográficos en diferentes regiones del NOA, la autora sostiene que es mayoritaria la complementariedad entre la biomedicina y la medicina tradicional, al mismo tiempo que, frente a enfermedades persistentes y/o diagnósticos y tratamientos no efectivos, los “caminos terapéuticos” se extienden en la búsqueda y selección de nuevas alternativas terapéuticas disponibles y accesibles. En este sentido las enfermedades no pueden dividirse entre pertenecientes al “biomédico” o al “curandero”, ya que solo la efectividad del tratamiento seleccionado convalida el diagnóstico recibido. Así, cada caso concreto de enfermedad es fundamentalmente de naturaleza dinámica, donde el diagnóstico se modifica si cambian los síntomas o el tratamiento indicado no funciona, e incluso coexisten tratamientos y diagnósticos de distinto origen sin que esto presente un conflicto para los individuos. Al respecto, la formulación de políticas de salud en Argentina no ha considerado estos procesos de apelación a diferentes alternativas terapéuticas y su combinación en el tratamiento de la enfermedad. En numerosas regiones los conocimientos y prácticas tradicionales son desconocidos e incluso desvalorizados por la biomedicina, dejando de lado la posibilidad de cooperación entre ambas en el marco de políticas y acciones estatales para el cuidado de la salud (Idoyaga Molina, 2000).

Las estrategias de uso y combinación de tratamientos de distinto origen frente a la enfermedad han sido estudiadas en numerosos contextos por distintos autores. Por ejemplo en el ámbito latinoamericano, Ross et al (2012) en su estudio en Pichátaro (Michoacan, México) encontraron que en el contexto de ampliación de los servicios biomédicos para la población, el recurso a la medicina tradicional continuaba utilizándose. Los autores explican estos hallazgos argumentando que existe complementariedad entre ambos sistemas, lo que permite que se mantengan las creencias acerca de los padecimientos y su etiología -provenientes en su mayoría del marco explicativo de la medicina tradicional local- pero ampliando las opciones de tratamiento disponibles al recurrir a la biomedicina. Esto se debe, en primer lugar, a que algunas enfermedades, como el *mal de ojo*, no son tratadas por el sistema biomédico, por lo que la medicina tradicional es la opción a la que se recurre en estos casos. En segundo lugar, sostienen que algunos tratamientos biomédicos y de la medicina tradicional pueden utilizarse para tratar los mismos síntomas, e incluso combinarse para aumentar su efectividad.

De esta manera, la mayor disponibilidad de servicios biomédicos en esta comunidad no vino a reemplazar la medicina tradicional como opción terapéutica, sino que las elecciones y

decisiones de los individuos para tratar la enfermedad las incluyen a ambas. Esto se debe a que se privilegian en estas decisiones las evaluaciones acerca del tipo de síntomas y la etiología del problema de salud, y en este marco, se opta por tratamientos de uno u otro tipo independientemente de su origen, privilegiando su efectividad. Esta característica acerca del uso de diferentes alternativas terapéuticas fue incorporada por las autoridades sanitarias en Pichátaro para diseñar e implementar un programa de capacitación en medicina tradicional para los nuevos centros de salud en la región.

Fuera del contexto latinoamericano, Perdiguero y Tosal Herrero (2007) realizan un relevamiento acerca de los datos disponibles sobre la frecuencia y tipo de uso de “medicinas alternativas y complementarias” (MAC). A partir de esta revisión estadística para diferentes regiones, tanto de España como de Catalunya, encuentran que son las mujeres quienes utilizan en mayor medida tanto los servicios sanitarios (biomedicina) como las MAC. Los autores encuadran este estudio en lo que denominan el “fenómeno de las MAC” en países desarrollados, donde el pluralismo terapéutico para la resolución de los problemas de salud adquiere relevancia como objeto de estudio para las ciencias sociales. En relación a los datos estadísticos que recopilan de la región, éstos muestran que las MAC son utilizadas mayormente por mujeres de mediana edad, con poder adquisitivo medio o alto y estudios universitarios, quienes sufren por lo general enfermedades crónicas o de difícil resolución, las cuales se manifiestan con multiplicidad de síntomas. En este tipo de IT se combina el uso de las MAC y los servicios sanitarios, aún cuando las mujeres refieren dificultades en la relación médico-paciente, como la limitada capacidad de negociación y decisión sobre las prácticas biomédicas que se les realizan. En este marco, los autores argumentan que, además de ampliar las alternativas terapéuticas disponibles frente a padecimientos de difícil resolución, las MAC “(...) pueden ser entendidas como una forma de resistencia frente a la hegemonía médica y las desigualdades en salud a las que se enfrentan las mujeres” (Perdiguero y Tosal Herrero, 2007: 161).

Estos estudios muestran que en todos los grupos sociales, más allá de su origen étnico-cultural o su estatus socioeconómico, existe alguna forma de pluralismo médico o complementariedad terapéutica donde se combinan alternativas de diferente origen y grado de disponibilidad para el manejo y tratamiento de los problemas de salud. Al respecto Krmpotic (2016) plantea que lo novedoso en este fenómeno ya no se encuentra en la “medicina multicultural” en sí, sino en su mayor accesibilidad en diferentes contextos debido

a la comercialización de distintas ofertas terapéuticas y al aumento de usuarios de alternativas para el tratamiento de la enfermedad por fuera de la biomedicina.

Sin embargo, como hemos planteado en otro trabajo (Remorini et al, 2018) estos procesos de articulación terapéutica no están exentos de conflictos y en la mayoría de los contextos continúan llevándose adelante exclusivamente por los individuos y sus entornos. Esto se debe a que, si bien la biomedicina reconoce la incidencia de factores no orgánicos en el desarrollo del problema de salud, en la práctica clínica no se contempla la derivación a terapeutas no biomédicos e incluso se sanciona a los pacientes que admiten recurrir a prácticas no biomédicas para la atención de la salud que, desde el punto de vista clínico, se consideran nocivas o contraproducentes.

2. Los itinerarios terapéuticos en el marco de las trayectorias vitales de los individuos

El concepto de ciclo vital, utilizado en antropología para referir a la sucesión de etapas por las cuales atraviesan todos los individuos de la especie, fue formulado originalmente en el ámbito de las ciencias naturales³¹. La delimitación de etapas en el ciclo de vida remite a enfoques estructural-funcionalistas y culturalistas, los cuales dieron lugar a una visión mecanicista y genérica de los trayectos vitales y la socialización de los individuos en diferentes contextos (Remorini, 2009).

En cada sociedad, la consideración de aptitudes, capacidades, y atributos que los individuos poseen en diferentes momentos de su vida permite definir etapas y transiciones, asociar a cada una de ellas atributos y roles sociales y, de esta manera, delimitar alternativas posibles de comportamiento de las personas en cada momento de su trayectoria vital (Martinez et al, 2010). Desde una perspectiva crítica a este concepto de ciclo vital, en la década de 1990 el concepto de trayectoria vital o curso de vida (*life course, parcours de vie*) permitió comprender la vida humana como un proceso dinámico con dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, para dar cuenta de la complejidad y variabilidad de experiencias en cada contexto (Remorini, 2021).

Elder et al (2002) y D'Epina et al (2011) plantean que el concepto de curso de vida designa, en primer lugar, un paradigma transdisciplinario que tiene como objeto de estudio el

³¹ Dando cuenta de la “sucesión de procesos biológicos –fundamentalmente ligados a la reproducción- de las especies naturales” (Martínez et al, 2010: 35).

desarrollo de la vida humana. En segundo lugar, el curso de vida es también una institución social, ya que es objeto de regulaciones sociales y culturales y al mismo tiempo los individuos lo construyen desde sus recursos y sus propias perspectivas biográficas en el marco de un contexto sociohistórico determinado. Esta definición da lugar a la formulación del desarrollo humano como un fenómeno multidimensional -bio-psico-social- que sucede desde el nacimiento hasta la muerte en diferentes esferas de la existencia de los individuos: familia, trabajo, instituciones educativas y de salud, entre otras.

Cada trayectoria vital es una construcción propia del individuo, sobre la base de una negociación con los modelos de trayectorias vitales disponibles en cada contexto. En el transcurso de cada vida hay además un conjunto de “trayectos sociales” que se transitan en diferentes esferas o campos de acción: la escuela, el trabajo, la familia, entre otras. En ellos, cada persona desempeña roles específicos y tienen lugar una serie de acontecimientos de acuerdo a su posición. Las transiciones que tienen lugar en cada uno de estos “trayectos sociales” impactan en el curso de los otros (D’Epinay et al, 2011) y a su vez en el curso de vida, al generar tanto oportunidades como restricciones que lo modifican (Elder et al 2002).

Por otro lado, existen ciertos acontecimientos en las trayectorias vitales que constituyen puntos de inflexión (*turning points*) los cuales implican cambios sustanciales –tanto a nivel objetivo como subjetivo-, reorientándolas de manera significativa. Un punto de inflexión es por ejemplo un problema de salud, particularmente si se trata de uno de larga duración o persistente en el tiempo (Elder et al, 2002). El impacto de estos puntos de inflexión es desigual, ya que dependerá de los recursos de cada individuo para afrontar estos acontecimientos y controlar sus efectos en su trayectoria vital. Ello implica además considerar los sentidos y significados que los individuos les asignan, en base a su visión de mundo, valores y *stock* de conocimientos (D’Epinay et al, 2011).

Los significados sociales vinculados a la edad como variable de clasificación social también estructuran el curso de vida a través de expectativas y sanciones acordes a cada una de las edades, definidas en un contexto histórico-geográfico específico. El concepto normativo de tiempo social especifica una edad apropiada para transiciones como por ejemplo el inicio de la escolaridad, por lo cual la edad no solo representa un punto en la trayectoria y un marcador histórico, sino que también interviene en la comprensión subjetiva del tiempo natural de vida. Con el reconocimiento de que significados personales y sociales están vinculados a la edad se comenzó a prestar atención al *timing* de las transiciones y la duración de los segmentos del

curso de vida entre transiciones: por ejemplo el *timing* de inicio de la escolarización puede marcar para NyN un trayecto escolar exitoso o no (Elder et al, 2002).

Al plantear el carácter dual de la trayectoria vital como institución social organizada socialmente y construida a la vez por los individuos, el paradigma del curso de vida permite análisis que articulan el individuo y la sociedad, generando lazos entre el micro y el macro nivel. En este enfoque, la acción humana no es sólo la puesta en práctica de significaciones socialmente determinadas y compartidas o del hecho de asumir roles normativamente prescritos; es también un proyecto emergente con un futuro abierto, que se desarrolla dentro de una realidad fuertemente preestructurada (D'Epina et al, 2011; Morgante et al, 2021).

2.1. Trayectorias vitales y procesos salud-enfermedad-atención a escala de la unidad doméstica

El inicio de cada IT está marcado por uno más eventos disruptivos en las trayectorias vitales de los individuos que consisten en la aparición de ciertas anomalías a nivel físico, emocional y/o del comportamiento que pueden convertirse -a partir de la evaluación de las cuidadoras, otros actores de la UD y expertos de la biomedicina y la medicina tradicional- en síntomas de un problema de salud³².

Alves y Souza (1999) sostienen que el análisis de los IT debe mostrar la manera en que se entrelaza su desarrollo con experiencias de los individuos previas a la aparición de estos eventos disruptivos. Los IT son cadenas de eventos sucesivos que forman una unidad articulada en la cual se superponen estrategias, acciones, decisiones y proyecciones a futuro, orientadas a la resolución del problema de salud. La articulación de eventos se construye en función de la atribución de sentido a acciones aparentemente fragmentarias o desconectadas, pero que se vinculan a partir de acciones, intereses, emociones y circunstancias que se construyen y adquieren sentido en el marco de las trayectorias vitales. En este sentido, el análisis de los PSEA bajo la forma de IT, permite identificar oportunidades y restricciones estructurales en cada tiempo histórico y espacio geográfico, las cuales impactan en los contextos interpersonales y a nivel de los contextos micro en los cuales se desarrollan las trayectorias vitales (Elder et al, 2002).

Con el objetivo de analizar las estrategias de cuidado de la salud a nivel micro, específicamente en la UD, Harkness y Super (1994) desarrollan el concepto de producción de

³² En el capítulo V describo las instancias de detección en los IT y desarrollo esta afirmación.

salud a escala doméstica (*household production of health*), el cual propone que la atención de la salud y el tratamiento de las enfermedades son actividades complejas, que incluyen decisiones y acciones que suceden en el marco de la UD. Parten para ello del concepto de nicho de desarrollo formulado por Bronfenbrenner (1987), el cual resulta de la síntesis conceptual de disciplinas como la antropología, psicología y ecología y tiene como foco el análisis del desarrollo de NyN. En este sentido parte de la comprensión de la manera en que se organiza el medio, considerando las necesidades, capacidades y experiencias de NyN a lo largo del tiempo. La UD se considera mediadora en la relación entre NyN y el medio a partir de mecanismos culturalmente construidos. Debido a que estos mecanismos pueden tener diferentes efectos sobre distintos NyN y sus estados de desarrollo, el análisis del microambiente de la UD permite comprender aspectos de la salud y el desarrollo infantil de manera individualizada.

El nicho de desarrollo se compone de tres subsistemas que funcionan en conjunto: el medio físico y social, aspectos culturalmente regulados vinculados a la crianza y el cuidado infantil y las “teorías parentales” de los cuidadores. Estos tres subsistemas articulan la cultura y la experiencia individual, incluyendo los problemas de salud. Los individuos y sus nichos de desarrollo son considerados como entidades interdependientes que se transforman y modifican mutuamente dentro de un sistema más amplio -meso y macro sistema-, los cuales organizan tanto oportunidades como restricciones que intervienen directamente en el origen y manifestación de los PSEA. De esta manera se integran perspectivas ecológicas y epidemiológicas para analizar como el ambiente afecta de manera diferencial a los integrantes de la UD. En este marco, el ambiente, refiere, en primer lugar, al entorno inmediato de los individuos, en los cuales éstos participan junto a otros de manera frecuente y ordinaria, es decir, las actividades rutinarias a micro nivel. Luego también refiere a los procesos que ocurren a otros niveles contextuales, generadas a partir de la participación de las personas en instituciones y procesos locales, regionales y globales. Al mismo tiempo considera a los individuos en el marco de sus trayectorias vitales para analizar los procesos de salud y enfermedad, partiendo de las condiciones materiales y la organización de cada UD, los cuales resultan aspectos determinantes en la configuración de los PSEA (Harkness y Super, 1994).

3. El cuidado como parte de las actividades de subsistencia de las unidades domésticas: ¿por qué hablar de cuidadoras en el análisis de los itinerarios terapéuticos?

Retomando lo desarrollado en trabajos anteriores del LINEA, en esta investigación el cuidado se define como una actividad multidimensional y compleja que, junto con sus dimensiones instrumentales, involucra una conexión personal y emocional entre quienes participan de esta relación (Remorini, 2009; Remorini et al, 2019; Remorini, 2020; Jacob et al, 2021).

El cuidado infantil, en su definición más amplia, incluye todas aquellas prácticas que empiezan antes del parto y comprende cuidados durante el puerperio, alimentación infantil, termorregulación, estimulación sensorial y socialización (Daltabuit Godás, 1992; Remorini, 2009). De este modo, abarca todas las acciones de los adultos en su interacción con NyN cuyos propósitos son estimular, promover, modelar y/o regular los procesos de crecimiento y desarrollo infantil y propiciar su bienestar (Remorini, 2009). En estas prácticas se ponen en juego un conjunto de representaciones sobre NyN y su cuerpo, su crecimiento, desarrollo y bienestar, las que a su vez remiten a nociones culturalmente particulares acerca de las etapas de la vida, de la persona, de la familia, de la comunidad y de los vínculos sociales (Remorini, 2009; Colangelo, 2012).

La creación de entornos donde suceden aprendizajes relevantes para el cuidado y otros aspectos de la vida colectiva implican la integración social y espacial de las generaciones y los géneros en cada sociedad. En cada uno de estos entornos se conjugan aspectos materiales y simbólicos en las actividades y formas de cuidado. En este sentido, el cuidado infantil es un componente central a la subsistencia³³ de los grupos domésticos y en cada comunidad se despliegan un conjunto de estrategias para afrontarlo, las cuales implican actores, actividades, recursos, saberes y valores cambiantes en el tiempo (Remorini, 2020).

De acuerdo a Jelin (2011) y Borgeaud-Garciandía (2020) en Argentina, en el marco de un régimen de cuidados de corte familista, son las mujeres quienes asumen la mayor parte de la carga del cuidado en el ámbito doméstico, aunque en las últimas décadas hayan incrementado su participación en el mercado laboral. Esto ha generado mayores desigualdades entre la

³³ La subsistencia es el conjunto de actividades que permiten a los miembros de una UD lograr su reproducción, en tanto proceso multidimensional que involucra aspectos biológicos, materiales y sociales (Daltabuit Godás, 1992; Eguía y Ortale 2004). Incluye una amplia gama de acciones que van desde la producción de alimentos hasta el cuidado de sus integrantes (Remorini et al., 2019).

población femenina marcando diferencias entre aquellas que pueden afrontar los costos de tercerizar el cuidado, mediante ayuda doméstica o recurriendo a instituciones privadas, y aquellas que no pueden hacerlo. Esta situación ha sido en parte visibilizada gracias a herramientas estadísticas como las encuestas de uso de tiempo, las cuales han permitido poner en evidencia la desigual distribución de las responsabilidades domésticas y de cuidado entre mujeres y varones en las familias, desigualdad que se profundiza con la presencia de NyN pequeños y se mantiene aun cuando ambos adultos (cuando los hay) están insertos en el mercado laboral (Esquivel, 2012). En definitiva, la división sexual de las tareas y responsabilidades sigue todavía un patrón de corte tradicional, con mujeres que asumen los cuidados familiares y varones que realizan jornadas muy largas de trabajo remunerado. En cuanto a la oferta de instituciones estatales de cuidado, ésta se encuentra marcada por disparidades y la fragmentación de servicios de cuidado a nivel nacional, provincial y municipal. Esto genera un patrón de acceso diferencial de la población a servicios y políticas sociales en función de su lugar de residencia y situación socioeconómica, lo cual se acrecienta por el solapamiento de intervenciones públicas (Borgeaud-Garciandía, 2020).

El rol de las mujeres-madres en el cuidado doméstico, incluyendo a NyN, personas mayores, enfermas o con alguna discapacidad ha sido ampliamente documentado en sociedades rurales y urbanas latinoamericanas (Nerlove, 1974; Modena, 1990; Scheper-Hughes, 1997; Osorio Carranza, 2001). Sin embargo, existen evidencias etnográficas que discuten tal asociación, mostrando cómo en las sociedades rurales (campesinas e indígenas) las tareas de cuidado suelen compartirse con abuelas/os, hijos/as mayores y en menor medida, cónyuges masculinos (Remorini, 2009; Morgante y Remorini, 2018; Remorini, 2020). Asimismo, en los sectores denominados populares urbanos también se registra un alto nivel de cooperación, aunque mayoritariamente entre mujeres, en las tareas de cuidado infantil (Colangelo, 2012; Faur, 2014; De Ieso, 2015).

En el caso de las comunidades rurales de las regiones andinas, estudios recientes ponen el acento en los arreglos a nivel doméstico y extradoméstico que se generan en torno al cuidado de NyN (Leavy, 2019). Estos análisis plantean que relaciones de complementariedad y reciprocidad entre mujeres emparentadas o no y de distintas generaciones, posibilitan esquemas de cuidado en los cuales no es común que participen los hombres (Jacob et al, 2021). Así, en UD conformadas por varias mujeres y sus hijos/as, éstas asumen de manera alternada la responsabilidad de la atención de NyN, lo que permite que puedan realizar trabajos fuera de la UD e incluso migrar temporalmente por oportunidades laborales (Wilhoit,

2017). Otros estudios han abordado una práctica extendida en el área andina que consiste en que NyN circulen por distintas UD, formando parte de ellas por períodos más o menos prolongados a lo largo de su infancia y adolescencia. Ello implica que parientes, amigos, conocidos o compadres asuman de manera temporal su cuidado, creando lazos y obligaciones entre las familias. Las razones por las cuales se desarrolla esta práctica en la actualidad van desde la migración de los padres y la necesidad de que NyN participen en el cuidado de sus abuelos (Leinaweaver, 2010; Remorini, 2015; 2020), hasta la posibilidad de obtener las que se perciben como mejores oportunidades para su crecimiento y educación (Walmsley, 2008). En este sentido se destaca la participación de mujeres ancianas, madres y abuelas de las mujeres protagonistas de los IT analizados, como proveedoras de cuidado, contribuyendo a la subsistencia y sociabilidad de los integrantes de la UD (Remorini, 2020).

Considerar el cuidado como parte de las actividades subsistencia de la UD implica integrar dentro de esta categoría no sólo las prácticas y relaciones concernientes al cuidado de los individuos durante los extremos de sus trayectorias vitales, es decir en la niñez y vejez, sino también durante momentos específicos que suponen un estado de vulnerabilidad, como el desarrollo de un problema de salud. El análisis de las estrategias de cuidado a partir de esta definición supone identificar los ajustes que se producen en las formas de organizar las rutinas y distribución de tareas dentro y fuera de la UD, en la accesibilidad a servicios y recursos materiales y sociales localizados en diferentes ámbitos y en las expectativas sobre las trayectorias de vida posibles de mujeres y NyN (Jacob et al, 2021).

Partiendo de esta definición, en esta investigación utilizo el término **cuidadora** para referir a las mujeres protagonistas de los IT analizados. Varios de los elementos que fundamentan la decisión metodológica de centrarme en las cuidadoras en el análisis de los IT se encuentran en la caracterización de la organización social de Molinos y de las UD en particular, realizada en el capítulo I. Asimismo, la elección de la denominación **cuidadora** responde en primer lugar al foco en la narrativa de estas mujeres para la reconstrucción de los IT a partir de los casos de enfermedad relevados, como será desarrollado en el capítulo III. En segundo lugar se debe a que, como han demostrado los trabajos sostenidos a lo largo del tiempo por el equipo del LINEA en el Departamento de Molinos (Remorini et al, 2010; Jacob et al, 2011; Palermo, 2014; Remorini y Palermo, 2015; Morgante y Remorini, 2018, Remorini et al, 2018; Remorini y Palermo, 2020; Jacob et al, 2021), son las mujeres adultas y adultas mayores quienes asumen en mayor medida las actividades relativas al cuidado de los integrantes de la UD, incluyendo la atención de la salud de NyN. Ello no implica desconocer

la participación masculina –de parejas, padres, abuelos, hermanos, tíos y primos de las cuidadoras- en actividades y decisiones vinculadas al cuidado, pero mientras que son las mujeres quienes asumen y organizan la mayor parte del tiempo las tareas de cuidado que se desarrollan en el ámbito de las UD -donde se centra el relevamiento de los casos de enfermedad- los hombres, en su mayoría, realizan sus actividades cotidianas fuera de ellas.

En los capítulos IV, V y VI desarrollo en profundidad distintos aspectos del análisis de los datos etnográficos de esta investigación que sustentan y contextualizan esta decisión teórico-metodológica.

Capítulo III

La estrategia de relevamiento y análisis: de los casos de enfermedad a los itinerarios terapéuticos

En este capítulo se desarrolla la estrategia metodológica y analítica de esta investigación. En la primera parte me enfoco en el proceso de identificación y relevamiento de los episodios de enfermedad, utilizando la metodología de casos de enfermedad. Este enfoque metodológico me permitió conformar un corpus de ocho casos de enfermedad desde un abordaje a microescala de los PSEA, dando cuenta del contexto etnográfico donde se desarrollaron.

Como parte de la descripción de las distintas etapas del trabajo de campo reconstruyo el proceso de conformación de este corpus, así como los distintos tipos de materiales que componen cada uno de los casos: relatos de las cuidadoras y otros actores participantes, fuentes documentales y registros de observación que me permitieron documentar actividades y situaciones relacionadas con el desarrollo de cada caso de enfermedad.

En la sección sobre la estrategia analítica, describo en qué consisten y cómo se desarrollaron y complementaron las dos estrategias de análisis utilizadas. La primera, de tipo procesual, enfocada en la identificación de instancias de cada caso de enfermedad, su ordenamiento en un eje temporal y las transiciones entre cada una de ellas. La segunda, orientada al análisis del contenido semántico de los relatos de las cuidadoras, otros actores y mis propios registros para dar cuenta de los actores, recursos y alternativas terapéuticas implicados, así como de los criterios de elección y decisiones de las cuidadoras que permiten explicar las transiciones entre instancias al interior de cada caso. Finalmente, muestro de qué manera reconstruí los IT a partir de los casos de enfermedad en función de la delimitación de instancias de identificación de síntomas, diagnóstico y tratamiento, así como su orden y transiciones. Hacia el final de este capítulo hago una breve síntesis del contenido de los dos capítulos siguientes - IV y V- que muestran los resultados obtenidos del análisis y la vinculación de algunos aspectos con otras investigaciones realizadas en el área andina.

1. La metodología de casos como estrategia para el relevamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado

En los estudios de caso, de acuerdo a Creswell (2007), cada caso se construye como un sistema limitado (*bounded system*) a partir de fuentes de información múltiple: observaciones, entrevistas, material audiovisual, documentos, registros, entre otras. Este autor sostiene además que su selección debe seguir una estrategia denominada "purposeful maximal sampling", la cual permite seleccionar de manera intencional casos que ilustran diferentes perspectivas o aspectos del problema o fenómeno bajo estudio siempre que éstos provean información. En este mismo sentido Yin (2009) plantea que, en un estudio de casos múltiples como esta investigación los casos siguen una lógica de replicación y no de muestreo. Es decir que todos los casos replican el fenómeno bajo estudio en lugar de ser seleccionados por procedimientos estadísticos y resultar representativos, en sentido estadístico, de todo el universo estudiado. Esto se debe a que, en primer lugar, los casos no son utilizados para estudiar la incidencia de un fenómeno en un universo determinado. En segundo lugar, abordan tanto el fenómeno de interés como su contexto, y se contemplan en su análisis un amplio número de variables, no solo aquellas significativas estadísticamente.

VanWynsberghe y Khan (2007) retoman el concepto de heurística aplicado al estudio de casos (Eckstein, 2002 en VanWynsberghe y Khan, 2007), para ilustrar de qué manera se vinculan los casos y el fenómeno o entidad bajo estudio, que denominan unidad de análisis. Proponen que un enfoque de tipo inductivo permite "descubrir" la unidad de análisis a medida que avanza la investigación a partir de "flujos iterativos" entre los casos y su contexto, lo que delimita y a la vez amplía esa unidad de análisis. Es decir que el fenómeno que se busca conocer se construye y revela a medida que se desarrolla la investigación. Los autores sostienen, además, que un estudio de casos se caracteriza por:

- contar con una muestra pequeña, la cual se aborda de manera intensiva y en profundidad;
- brindar una descripción detallada de los contextos donde los casos se desarrollan. Ello los sitúa en tiempo y espacio y permite estudiar entornos complejos sin reducirlos a una serie de relaciones unívocas de tipo causa-efecto;
- permitir la construcción de hipótesis de trabajo durante el relevamiento de datos y a lo largo del análisis;
- utilizar múltiples y diversas fuentes de datos;

-permitir el análisis de interacciones sociales complejas al considerar los factores que forman parte de ese fenómeno en estudio y contextualizarlos.

Asimismo, los estudios de caso no brindan conclusiones generalizables en el sentido positivista del término, sino que éstas son extensibles únicamente al contexto y periodo bajo análisis. Los autores sostienen que la comparación y contrastación entre casos pone de manifiesto similitudes y diferencias al interior del fenómeno en estudio y que es así como es posible “expandir” el alcance de los resultados que emergen del análisis. En este punto vinculan su propuesta con el concepto de hipótesis de trabajo de Lincoln y Guba (2000) para plantear que los hallazgos provisionales derivados de un caso pueden ser aplicados a otros casos de la misma muestra y potencialmente permitir la producción y testeo de hipótesis, generando perspectivas e interpretaciones novedosas.

Este estudio siguió un diseño metodológico cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo, que combina datos etnográficos y documentales en el abordaje de los casos de enfermedad. La metodología de casos aplicada al relevamiento y análisis de los PSEA provee un marco en el cual cada caso consiste en un corpus de información relativa al reconocimiento e identificación de los síntomas que se presentan en algún punto de la trayectoria vital, su diagnóstico como problema de salud y las alternativas terapéuticas implicadas en su tratamiento.

El desarrollo del problema de salud puede analizarse desde esta perspectiva como una secuencia temporal de eventos a lo largo de la cual los individuos toman decisiones, utilizan, descartan y combinan alternativas terapéuticas en base a la memoria de experiencias previas y la disponibilidad y accesibilidad de los recursos, entre otros aspectos. En este enfoque la enfermedad es considerada un “problema práctico” (Crivos, 1998; 2003; Crivos y Martínez, 1996) en tanto los actores involucrados apelan a un conjunto de recursos para intentar resolverla. Así, se privilegia la descripción y análisis de los aspectos dinámicos de la enfermedad sobre la caracterización sincrónica de las creencias y prácticas terapéuticas vigentes localmente (Sy, 2008).

En esta investigación la aplicación de la metodología de casos reconoce como antecedentes estudios previos realizados por investigadoras del LINEA, los cuales abordaron los PSEA en el Departamento de Molinos. En este marco, la metodología de casos puede considerarse un emergente del pasaje desde las investigaciones del LINEA con un enfoque teórico-metodológico centrado en la descripción de las prácticas médicas locales a través de los

discursos de expertos -los “médicos campesinos”- (Crivos y Eguía, 1981), hacia aquellas enfocadas en el análisis de la variabilidad de creencias y prácticas sobre la enfermedad a nivel de la UD (Pochettino y Martínez, 1998; Crivos y Martínez, 1996, 1999; Crivos, 1998; 2003). Como parte de estas últimas, el estudio de casos de enfermedad y de las secuencias terapéuticas derivadas de ellos adquiere valor al poner de manifiesto la heterogeneidad de prácticas médicas, situadas en el contexto particular donde se desarrollan los procesos de salud-enfermedad-atención (Crivos, 2003; Sy, 2008; Remorini, 2009). En este sentido, la metodología de casos integra en el análisis la articulación de los diversos saberes terapéuticos que confluyen en cada contexto (Crivos y Martínez, 1996, 1999; Martínez y Crivos, 2010) y la multiplicidad de intervenciones por parte de las instituciones de salud que modifican, cuestionan o legitiman tales saberes y prácticas (Langdon, 2007; Sy, 2008; Fleischer et al; 2009; Remorini, 2009; Remorini y Palermo, 2015).

2. El corpus de casos de enfermedad

El corpus analizado en este estudio está compuesto por ocho casos de enfermedad. Cada uno de ellos da cuenta de al menos un episodio de la trayectoria vital de mujeres³⁴ y/o sus hijos/as en el cual surge, se desarrolla y se busca resolver -si bien no siempre se lo consigue- uno o múltiples problemas de salud. El material etnográfico y documental correspondiente a cada caso consiste en relatos de las cuidadoras, fuentes documentales (historias clínicas de las cuidadoras y sus hijos/as del HPMI de la ciudad de Salta), registros propios de observaciones y conversaciones con médicos, AS y otros actores intervinientes, entre otros³⁵.

Con relación al relevamiento de los casos, algunos pudieron identificarse y delimitarse como tales desde los primeros encuentros con las cuidadoras. Esto sucedió para los problemas de salud que contaban con un diagnóstico o un tratamiento ya iniciado al momento de iniciar el trabajo de campo. Otros casos se fueron *revelando* durante el relevamiento en los sucesivos períodos en el campo. En estas ocasiones, al menos la primera entrevista se orientaba a conocer las experiencias de embarazo, parto y puerperio de la cuidadora entrevistada y a identificar problemas de salud que hubieran sufrido durante estas etapas, o bien sus hijos/as desde el nacimiento. Si efectivamente surgían referencias a problemas de salud, se buscaba

³⁴ El **cuadro A** del **anexo 2** contiene información sociodemográfica de las mujeres protagonistas de los IT.

³⁵ El **cuadro B** del **anexo 2** detalla el material etnográfico analizado por caso de enfermedad.

obtener nueva información acerca del desarrollo del caso y de la secuencia terapéutica emergente (ver referencia a las guías utilizadas más adelante).

Esto se encuentra en consonancia con el planteo de autores como Yin (2002, en Small, 2009) quien sostiene que en un diseño de tipo cualitativo como el de esta investigación, la muestra de casos a analizar se conoce con precisión recién en la etapa final del estudio. Por ello se procede de manera secuencial: en una primera etapa, cada caso identificado aporta a una progresiva y cada vez mayor comprensión de las preguntas de investigación. Luego, un primer conjunto de casos relevados permiten describir una serie de hallazgos provisionales a partir de los cuales se formula un conjunto de preguntas que serán respondidas con el análisis de más casos. Esta estrategia pudo ser implementada a lo largo de los tres períodos de trabajo de campo, permitiendo volver a entrevistar a las mismas cuidadoras gracias a la combinación de permanencia en el lugar, repetición de los encuentros y construcción de un progresivo *rapport* con ellas y el resto de los/as integrantes de las UD.

Uno de los criterios de selección de los casos de enfermedad en esta etapa de relevamiento fue que se iniciaran en momentos específicos de la trayectoria vital de las cuidadoras o sus hijos/as. Todos ellos comienzan durante la etapa perinatal de las mujeres entrevistadas, es decir, en el periodo que comprende el embarazo, parto y puerperio, o bien entre el nacimiento y los seis años de edad de sus hijos/as. En este sentido los casos relevados se caracterizan por tener una duración variable: mientras que algunos comienzan en la niñez y se extienden hasta el momento de la vida adulta donde finalmente se resuelve el problema de salud, otros se desarrollan durante períodos acotados de la trayectoria vital. En otros, la búsqueda de diagnóstico y tratamiento se prolonga por largos periodos y el problema de salud –o la manifestación de los síntomas- continuaba al momento de la finalización del relevamiento.

De esta manera los casos que componen la muestra son heterogéneos no sólo por su duración sino también por la cantidad y diversidad de instancias del IT emergente. Algunos tienen menor duración ya sea porque encuentran una resolución rápida, o bien porque solo fue posible reconstruir un periodo acotado del desarrollo del caso durante las entrevistas. Otros no se *resuelven* en el sentido de encontrar una cura percibida como eficaz, sino que se extienden en la búsqueda de alternativas terapéuticas que le permitan a esa mujer o NyN recuperar la salud.

En las secciones que siguen me propongo reconstruir los pasos seguidos en la identificación y relevamiento de cada uno de los casos de enfermedad. Este camino se inicia en la etapa de

diseño de esta investigación y se continúa con las estrategias de relevamiento aplicadas durante tres períodos sucesivos de trabajo de campo entre 2017 y 2019 en el pueblo y fincas del Departamento de Molinos y en la ciudad de Salta.

2.1. El proceso de relevamiento

En la primera etapa de esta investigación se definieron los criterios para la selección de la muestra de casos de enfermedad. Esta muestra, de tipo intencional no probabilística, se estimaba que estaría conformada por un máximo de 20 casos³⁶.

El proceso de selección de participantes contó con un primer criterio de tipo demográfico. Éste consistió en identificar como protagonistas de los casos a mujeres en edad fértil (10 a 39 años) y madres de NyN menores de 6 años residentes en el Departamento de Molinos³⁷. Estas mujeres debían, además, cumplir los siguientes criterios para integrar la muestra: haber experimentado en el último año o al momento de la entrevista problemas de salud durante la etapa perinatal, haber optado por una o múltiples alternativas terapéuticas para resolverlos, residir en diferentes sectores (pueblo y fincas) del Departamento de Molinos e integrar UD de tamaño y composición variable.

La selección se realizó mediante un relevamiento de los registros del hospital de Molinos y puestos sanitarios de las fincas con el objetivo de identificar mujeres embarazadas o que hubieran tenido un parto en el último año y/o problemas de salud durante estas etapas, o bien consultas ambulatorias de NyN menores de seis años que se hubieran realizado en estas instituciones. Para cada uno se relevó la edad, el lugar de residencia durante el último año y el motivo de consulta.

La segunda etapa consistió en la realización de entrevistas semi estructuradas a aquellas mujeres identificadas en la etapa anterior. Aquí el intercambio con el personal sanitario de la zona me permitió identificar mujeres -probables protagonistas de casos de enfermedad- que no figuraban en los registros de atención de los centros de salud mencionados. Para cada uno de los casos identificados, cuando fue posible, se realizaron entrevistas a terapeutas locales,

³⁶ Esta estimación se basó en el número de nacimientos registrados en 2015 en el Municipio de Molinos. En ese año se contabilizaron 729 mujeres en edad fértil (10 a 39 años) representando el 30% de la población total. Un 93% de los embarazos contaron con al menos un control médico y la totalidad de los partos (n=12) se realizaron en el ámbito hospitalario (Fuente: Planillas de Atención Primaria de la Salud del hospital Fernández y Puestos Sanitarios; Hermosilla, 2014, MS).

³⁷ Ver sección 3.2 del capítulo I.

personal sanitario u otros integrantes de la UD que hubieran estado involucrados en alguna de sus instancias. En esta etapa también observé y registré actividades cotidianas relacionadas con la emergencia, desarrollo y resolución de cada problema de salud, siempre que éstas coincidieran con alguno de los periodos de trabajo de campo.

En el **cuadro B** del **anexo 2** se detalla el material relevado en cada periodo de trabajo de campo. Cabe destacar que durante la estancia en la provincia de Salta durante 2017 se concretó la evaluación bioética del plan de investigación por parte de un comité de la provincia³⁸ al que ya se había contactado en el transcurso del año 2016. Se sometieron a evaluación el plan de investigación, los instrumentos de relevamiento y los modelos de consentimiento informado para las entrevistadas, los cuales fueron aprobados sin modificaciones.

En 2017 y 2018 pasé distintos periodos en la ciudad de Salta, el pueblo de Molinos y la finca 2. Durante 2019, el trabajo transcurrió en la ciudad de Salta, el pueblo de Molinos y la finca 1. En las campañas 2017 y 2018 formé parte de un equipo integrado por otras antropólogas del LINEA³⁹, mientras que en el año 2019 llevé adelante sola ese periodo de trabajo de campo.

2.1.1. El trabajo de campo en 2017

En el año 2017 el trabajo de campo se extendió durante 27 días entre los meses de enero y febrero. Este primer periodo de trabajo en terreno estuvo marcado por ser mi vuelta a Molinos después de cuatro años. En 2010, 2011 y 2013 había estado durante algunas semanas en el pueblo y en la finca 2 en 2013, como parte del trabajo de campo de las becas para el entrenamiento en investigación que obtuve durante mi último periodo como estudiante de antropología⁴⁰. Estas becas tuvieron como objetivo analizar, por un lado, la manera en que los problemas de salud en NyN se trataban a nivel de la UD. Por el otro, las políticas y acciones del sector sanitario de la región destinadas a las madres y sus hijos/as. Fue por ello que, durante 2017, pude retomar contacto con dos mujeres del pueblo que ya había entrevistado en

³⁸ Comité de Bioética de la Facultad de Artes y Ciencias (Universidad Católica de Salta).

³⁹ Carolina Remorini, Laura Teves y María Gabriela Morgante.

⁴⁰ Ver sección 2 de la Introducción.

2011 y 2013⁴¹, y que a la luz de los objetivos de esta investigación, habían sido consideradas durante la etapa de planificación de este trabajo de campo como potenciales protagonistas de casos de enfermedad. En la finca 2 había estado por última vez en 2013, por lo que el objetivo allí era retomar contacto con las mujeres que había visitado en esa oportunidad y que a su vez cumplieran los criterios para integrar la muestra de casos.

De esta manera en 2017⁴² la estrategia de identificación de posibles casos se llevó adelante por dos vías paralelas. Por un lado, me contacté en el pueblo con Ana y María, a quienes ya había entrevistado en trabajos de campo anteriores. Durante 2011 y 2013 habíamos abordado en sus entrevistas aspectos vinculados a la detección y diagnóstico de distintos problemas de salud que las involucraban a ellas y a sus hijos/as, así como las estrategias que habían implementado para resolverlos. Ahora mi interés se centraba en conocer el desarrollo que habían tenido estos casos desde nuestra última entrevista en 2013 y profundizar la indagación, teniendo en cuenta los aspectos incluidos en el protocolo de entrevista diseñado para esta etapa. Este protocolo se orientó a relevar cada una de las instancias que componían la secuencia terapéutica emergente del caso de enfermedad y su ubicación temporal en esa secuencia, considerando tanto las causas atribuidas por las entrevistadas u otros actores al problema de enfermedad como las circunstancias que rodearon su aparición. Para cada una de las instancias, se buscó identificar las categorías utilizadas en la descripción de síntomas, padecimientos y/o problemas de salud sufridos por ellas y sus hijos/as, así como las relativas a las acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. Para cada caso también se incluyó el relevamiento de los actores participantes en cada una de las instancias y los recursos involucrados a lo largo de su desarrollo, es decir, desde la identificación de los síntomas hasta la resolución del problema de salud⁴³.

La otra vía para la identificación de potenciales casos durante 2017 consistió en solicitar a miembros del personal sanitario del hospital de Molinos que identificaran en los registros mujeres embarazadas o que hubieran tenido hijos/as recientemente (hasta un año antes) y que además hubieran realizado consultas relacionadas a problemas de salud durante el embarazo o el parto, o por problemas de salud de sus hijos/as de hasta seis años de edad. En este punto,

⁴¹ Los periodos de trabajo de campo 2011 y 2013, de los que participé como estudiante de grado, estuvieron bajo la dirección de Carolina Remorini, y la mayor parte de estas entrevistas a las que refiero las realizamos en conjunto.

⁴² Varias de las entrevistas realizadas durante esta campaña las hice junto con Carolina Remorini, por lo cual utilizo alternativamente el singular y el plural en el texto para referirme a distintos momentos del relevamiento.

⁴³ En el **anexo 3** se encuentra el protocolo de entrevista utilizado en el trabajo de campo de 2017 y para el relevamiento de nuevos casos en 2018 y 2019.

cabe destacar que el personal sanitario refirió no solo a mujeres que hubieran consultado en el hospital o puestos sanitarios, sino también a aquellas que –aún sin tener consultas registradas– habían experimentado algún problema de salud. Esto fue posible gracias a que los AS llevan un registro de distintos aspectos de las familias que residen en los sectores del Departamento que tienen a cargo. Este registro excede los requisitos que el programa de APS les impone para informar, pero son fundamentales –desde su punto de vista– para la identificación y seguimiento de los problemas de salud de la población que deben atender. A ello se suma que, al tratarse de enclaves con poca cantidad de habitantes, se establece entre el personal sanitario y la población una relación particular marcada por la cercanía y el conocimiento mutuo que se extiende más allá de la atención médica⁴⁴. Es por ello que, en esta etapa de identificación de potenciales entrevistadas, los AS también mencionaban si las mujeres tendrían predisposición a realizar varias entrevistas de larga duración. Esto implicaba que, desde su perspectiva y su propia experiencia en las visitas domiciliarias a las familias de su sector, habría UD en las que sería mejor recibida y tendría más facilidad para entrevistar y observar la dinámica cotidiana.

En aquellas UD donde realizaba una primera entrevista, completaba en primer lugar una ficha con datos de identificación de sus miembros y actividades de subsistencia y una genealogía, que por lo general incluía a la generación anterior y a la posterior de la entrevistada⁴⁵. Luego, aplicaba un cuestionario con preguntas sobre la experiencia del último embarazo, parto y puerperio de la entrevistada⁴⁶. En un momento posterior (a veces en una segunda entrevista), aplicaba el protocolo de entrevista para el relevamiento de casos de enfermedad. Todas estas entrevistas fueron de tipo semi estructurado, por lo cual los temas se abordaban de acuerdo a como iban surgiendo en la conversación y al interés que mostraban las mujeres. Se realizaron casi en su totalidad en las viviendas de las entrevistadas, con sus hijos/as y otros integrantes de la UD presentes. Este escenario me permitió observar y registrar la dinámica que se establecía con sus hijos/as y otras personas, que por lo general también son actores en algunas de las instancias de los casos. Es por ello que los datos de estas observaciones también son parte del análisis.

Durante el trabajo de campo en 2017, María se encontraba en su casa en la ciudad de Salta, por lo que hacia el final de esta campaña la visité en la ciudad para poder entrevistarla. En el

⁴⁴ Ver sección 2.2 del capítulo I.

⁴⁵ Esta ficha se encuentra en el **anexo 4**.

⁴⁶ Se encuentra en el **anexo 5**.

pueblo entrevistamos a Ana en la casa que compartía con su abuelo y nos contactamos con cuatro mujeres residentes en dos barrios de reciente construcción, habitados por familias que en su mayoría provienen de las fincas. En estos barrios no habíamos trabajado con anterioridad pero pudimos acceder a estas UD a partir de la identificación que realizó el AS a cargo de esos sectores. Con cada una de estas cuatro entrevistadas indagamos acerca de su experiencia de su embarazo y parto más reciente, con el objetivo de identificar si ellas tuvieron problemas de salud durante la etapa perinatal o sus hijos/as antes o después del nacimiento. Si bien ninguna de estas entrevistas derivó en su seguimiento como casos de enfermedad, sí aportaron información relevante para caracterizar las UD de esos sectores en particular y del pueblo en general, en relación a aspectos vinculados a experiencias de maternidad, crianza, cuidado y otros temas tratados en los capítulos I y II.

El segundo periodo de este trabajo de campo transcurrió en la finca 2. La elección de este enclave dentro del Departamento se debió a dos factores: la factibilidad para el acceso y estadía en el lugar y las características de la finca, ya que se trata de un sector adecuado a los fines de la comparación entre sus UD, las del pueblo y otras fincas. El trabajo que realizamos en esta instancia en la finca fue de tipo exploratorio, debido a que teníamos como objetivo retomar contacto con las familias de uno de los sectores de la finca⁴⁷ que habíamos entrevistado cuatro años antes y en la medida que fuera posible, ser recibidas en otras UD de ese sector. En esta etapa actualizamos los datos sobre la conformación y actividades de subsistencia de las UD en las que ya habíamos trabajado anteriormente y relevamos estos datos en otras UD del sector. También avanzamos en la construcción de las genealogías correspondientes a las familias de este sector.

Durante nuestro primer día allí acompañamos al AS de la finca en su recorrido de visitas a las familias de este sector, y observamos las actividades de control de peso y talla de NyN menores de seis años. A partir de este recorrido y de una charla posterior con el AS pude identificar en una de las familias un caso de enfermedad de una mujer, Florencia, y su hija menor, Martina. Si bien esta situación ya había sido advertida durante la identificación previa de posibles entrevistadas, el intercambio con el agente me brindó nueva información para contextualizar la situación y conocer instancias previas del desarrollo del caso.

⁴⁷ Este sector fue seleccionado por ser una de las zonas de la finca más accesibles a pie, ya que no disponíamos de otro medio de transporte.

En la vivienda de Florencia realicé con ella dos entrevistas durante mi estadía en la finca. Además presencié y registré una instancia de atención médica de Martina en el puesto sanitario de esta finca que finalizó con su derivación e internación en el hospital de Molinos. Durante este periodo de internación en el pueblo realicé tanto una observación en la sala del hospital como una nueva entrevista con ella acerca de este episodio. También conversé con personal sanitario que participó del caso, indagando acerca de las consultas realizadas, diagnósticos y derivaciones fuera de Molinos. Esto abrió una línea de indagación en el relevamiento de este caso que también se replicó en otros y me llevó a contactar a las autoridades de las instituciones de salud a las que se derivaban a las mujeres y NyN fuera del Departamento de Molinos. Mi interés radicaba en poder entrevistar, cuando fuera posible, a los profesionales de esas instituciones que los/as habían atendido luego de su derivación. Además me interesaba acceder a los registros de las instituciones de salud que documentaban estas instancias de atención.

En la finca 2 también visitamos otras tres UD de ese mismo sector. En dos de ellas, en ocasión del relevamiento inicial vinculado a la conformación de la UD y actividades de subsistencia, pudimos obtener, en un caso, referencias a la experiencia de embarazo más reciente de la entrevistada y a problemas de salud de sus hijos/as. En el otro, a síntomas y dolencias relacionados a los embarazos de la entrevistada. Si bien en 2017 la indagación culminó en este punto, este material ameritaba continuar y profundizar la indagación con ambas mujeres en trabajos de campo posteriores.

2.1.2 .El trabajo de campo en 2018

El segundo periodo de trabajo de campo tuvo una duración de 30 días entre abril y mayo de 2018, que transcurrieron en la ciudad de Salta, el pueblo de Molinos y la finca 2.

En el pueblo de Molinos continué con la estrategia de identificación de potenciales casos de enfermedad, siguiendo los mismos criterios de selección implementados durante el año anterior. En esta instancia conté nuevamente con la colaboración de los AS de distintos sectores quienes me sugirieron potenciales entrevistadas.

Luego de una primera sistematización y análisis del material obtenido durante la campaña 2017, se ajustó el instrumento para el relevamiento generando una segunda versión del

protocolo de entrevista⁴⁸, orientada a completar el relevamiento de aquellos casos que ya habían sido identificados y para los que ya se habían realizado entrevistas y observaciones durante 2017: los de María y Ana y sus hijos/as en el pueblo y el de Florencia y su hija en la finca 2. Esta modificación tenía como objetivo relevar, para cada instancia del caso previamente identificada, los actores que participaron, qué recursos habían aportado, qué vínculos tenían con la entrevistada, su lugar de residencia y otros atributos que pudieran ser relevantes para comprender su intervención en el caso, además de profundizar sobre las hipótesis que las cuidadoras presentaban acerca de la etiología de los problemas de salud infantiles. En las UD donde ya habíamos relevado esta información, la entrevista tuvo como objetivo completar y/o ampliar los datos existentes y actualizar la información sobre el desarrollo del caso desde el año anterior. Esto me permitió completar la secuencia temporal de las instancias que conformaban cada caso.

En la finca 2 realizamos dos nuevas entrevistas con Florencia aplicando el protocolo de entrevista modificado. En ellas retomé la indagación sobre el desarrollo del caso desde 2017 y completé el relevamiento de los actores involucrados en cada instancia, sus vínculos, lugares de residencia, y los recursos aportados por cada uno de ellos en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Asimismo me contacté con una de las profesionales del hospital de Cachi que había atendido a la hija de Florencia luego de ser derivada desde el hospital de Molinos, con el objetivo de indagar sobre el diagnóstico y desarrollo del tratamiento.

Realizamos además dos entrevistas con Adriana, madre de Florencia, ya que habían surgido referencias a la enfermedad de dos de sus hijas cuando Carolina Remorini la entrevistó en 2013 y 2017. Estas entrevistas, que estaban orientadas a conocer las prácticas vinculadas a la crianza y desarrollo de NyN, incluyeron el relevamiento de los episodios de enfermedad de las niñas. A partir de esta información se definió un nuevo caso para su inclusión en la muestra.

También en la finca 2 retomamos las entrevistas a una de las mujeres con la que habíamos trabajado en 2013 y 2017. Las entrevistas realizadas con ella habían tratado sobre temas relacionados a dos líneas de investigación diferentes: por un lado, prácticas de crianza y cuidado de la salud propia y de sus hijos/as, y por el otro, su participación en las actividades de subsistencia que se desarrollaban en su UD. En el marco de estas entrevistas surgieron

⁴⁸ A modo de ejemplo de los protocolos adaptados para continuar el relevamiento de los casos en 2018, en el **anexo 6** se encuentra el protocolo utilizado para la entrevista con Ana en ese año.

referencias a síntomas que aparecían luego de sus partos y se mantenían a lo largo de los años, siendo objeto de múltiples diagnósticos y tratamientos. En estos puntos de su relato se intentaba relevar actores y recursos involucrados, además de tratar de reconstruir el ordenamiento temporal de las instancias que componían el caso. Si bien este material finalmente no se incluyó en el corpus de casos brindó información para contextualizar experiencias acerca del desarrollo de problemas de salud de las mujeres durante la etapa perinatal⁴⁹.

2.1.3. El trabajo de campo en 2019

El trabajo de campo durante 2019 se desarrolló entre abril y mayo, contabilizando un total de 37 días que se dividieron entre el pueblo de Molinos, la finca 1 y la ciudad de Salta.

En este periodo la identificación y relevamiento de nuevos casos se enfocó en la finca 1. Este proceso de contactar posibles entrevistadas comenzó acompañando durante dos días consecutivos al AS en su recorrido por esta finca, durante el cual conocí a seis mujeres que cumplían con los criterios de inclusión. Con todas ellas realicé al menos una entrevista y en cuatro de ellas esta primera exploración reveló algún problema de salud de ellas o sus hijos/as, por lo que fueron incluidas en la muestra de casos.

En estas primeras entrevistas trabajé de la misma manera que en oportunidades anteriores: completé una ficha de identificación con los datos de la entrevistada, los datos de los integrantes de la UD y actividades de subsistencia, el relevamiento genealógico e información vinculada a su último embarazo, parto y puerperio. Luego, con las cuatro que incluí en la muestra apliqué el protocolo de entrevista para el relevamiento de casos de enfermedad. Solo con una de ellas pude realizar una segunda entrevista y continuar con el relevamiento, mientras que con las tres restantes no fue posible concretar un segundo encuentro. Ello se debió a que los trabajos de campo planificados para la segunda mitad de 2019 y para 2020 no pudieron concretarse. En este último caso, la extensión del ASPO⁵⁰ decretado a nivel nacional sumado a cuestiones presupuestarias llevaron a suspender el trabajo de campo en la provincia de Salta. Por este motivo, tanto estos casos relevados en la

⁴⁹ Esto también sucedió con otras entrevistas a cuidadoras que no se incluyeron en el corpus de casos de enfermedad, pero, como mencioné más arriba, me permitieron caracterizar aspectos vinculados a ellos como las experiencias de maternidad de las mujeres, la organización doméstica vinculada al cuidado de NyN, entre otros, que se describen en los capítulos I y II.

⁵⁰ Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio que el gobierno nacional argentino puso en vigencia como medida para controlar el número de contagios de COVID-19 durante diferentes periodos en 2020 y 2021.

finca 1 como los casos en los que venía trabajando en la finca 2 no pudieron ser relevados en la misma extensión y con la misma profundidad que los casos que se desarrollan en el pueblo, que fueron de los primeros que identifiqué y comencé a relevar. Cabe destacar que la imposibilidad de un nuevo periodo de trabajo de campo durante 2019 y 2020 también truncó el relevamiento de potenciales nuevos casos que había identificado en el pueblo. En este sentido la cantidad y características del material etnográfico por cada caso presenta diferencias que se explican por las particularidades de cada periodo de trabajo de campo, pero también por aspectos vinculados al desarrollo mismo de los casos de enfermedad. Por ejemplo, la cantidad de instancias, las variaciones en la disponibilidad de distintos actores y las dificultades de acceso a ciertos ámbitos, tanto domésticos como institucionales.

En el transcurso del relevamiento se abrieron líneas de indagación relativas al funcionamiento de distintas instituciones. Tanto en instituciones del Departamento de Molinos como en otros sectores de la provincia de Salta, actores pertenecientes a ellas intervinieron en algunas instancias de los casos. En la escuela primaria de Molinos, durante 2018 y 2019 indagamos en cuestiones relativas a la trayectoria pedagógica de los alumnos/as que, de acuerdo a maestros y directivos, presentaban “problemas de conducta” o “problemas de aprendizaje”. Debido a que las estrategias de enseñanza para estos/as alumnos/as están apoyadas por un programa de la Escuela Especial de Cachi, también se había programado contactar a sus directivos durante el trabajo de campo 2020.

En el HPMI de la ciudad de Salta pude acceder a las historias clínicas de mujeres y sus hijos/as, protagonistas de los casos identificados, que hubieran sido atendidos en alguna instancia del caso en esta institución⁵¹. Durante cinco días de trabajo en el hospital pude relevar 17 historias clínicas, con el objetivo de registrar las oportunidades en las que las mujeres y/o sus hijos/as habían sido atendidos allí, si habían sido derivados desde Molinos o habían realizado una consulta allí de manera espontánea, el motivo de consulta y diagnóstico en cada oportunidad, qué servicios del hospital habían intervenido y qué acciones habían realizado. Una segunda etapa de trabajo en el HPMI en la ciudad de Salta se había programado para el año 2020 y se trataba de realizar entrevistas a profesionales de los

⁵¹ Durante la estadía en la ciudad de Salta en 2017 presentamos ante los directivos del HPMI el proyecto de investigación y se dio inicio a las gestiones para solicitar acceso a las historias clínicas de las mujeres y sus hijos/as protagonistas de los casos de enfermedad que se iban identificando y que se hubieran atendido en algún momento del desarrollo del caso en esa institución. Luego de dos años de gestiones, en 2019 se firmó un convenio marco entre la UNLP y el HPMI y dentro de éste un convenio específico para desarrollar las actividades aquí referidas.

distintos servicios del hospital que aparecían en las historias clínicas. Mi interés aquí era conocer los criterios a partir de los cuales estos profesionales habían atendido a estas mujeres y NyN y relevar cualquier otro aspecto vinculado al desarrollo de cada caso de enfermedad dentro de la institución cuando resultara posible.

3. Organización del material etnográfico

Como fue descrito en el apartado anterior, los casos de enfermedad fueron construidos a partir de tres tipos de registro producto del trabajo etnográfico: entrevistas en profundidad a las cuidadoras, registros de observaciones y notas de campo e historias clínicas de las mujeres y/o sus hijos/as.

En relación a las entrevistas, son semi estructuradas y en profundidad y fueron registradas con grabadores digitales y luego transcritas. Para su realización, si bien elaboré un guión de temas y preguntas, también se incluyeron temas que surgían espontáneamente según el interés de la entrevistada, lo cual podía abrir líneas de indagación que me interesaba abordar. Tienen entre una hora y una hora treinta minutos de duración y se realizaron en las viviendas de las cuidadoras, lo que supuso que, aunque las preguntas estaban dirigidas a ellas, cuando otros actores se encontraban allí, sobre todo sus madres, participaban espontáneamente respondiendo sobre algunos temas o complementando lo dicho por ellas.

Con respecto a las notas de campo, son registros escritos que describen tanto el contexto⁵² de cada entrevista realizada, como distintas situaciones relacionadas con el desarrollo de los casos de enfermedad. Se trata de situaciones o escenas que transcurrían en las UD, en el hospital, en las visitas domiciliarias de los AS y en la escuela. En las UD, en ocasión de visitas, charlas informales y/o entrevistas registraba aspectos de la organización doméstica y familiar así como actividades de sus miembros, sobre todo aquellas vinculadas al cuidado infantil, además de charlas informales que mantenía con las cuidadoras y otros actores sobre el desarrollo del caso. Estando en las viviendas o en otras ocasiones acompañando a los AS en sus recorridas por distintas zonas del pueblo y las fincas, también pude presenciar el desarrollo de las visitas domiciliarias para el control y seguimiento de NyN de la UD. Aquí

⁵² Consiste en el registro del proceso para concretar esa entrevista (que la mayoría de las veces implicaba varios intercambios previos con las cuidadoras), el espacio y los actores que se encontraban al momento de la entrevista, las actividades que las mujeres y otros actores en la UD hacían en paralelo, sus actitudes, las charlas previas y posteriores a la grabación, entre otros aspectos que me permitieran luego sumar información contextual para el proceso de interpretación de la información contenida en los relatos.

registraba las acciones de los agentes pero también de las cuidadoras y otros miembros de la UD que se involucraban en el control, los intercambios y conversaciones entre ellos, los temas de interés que planteaban las cuidadoras con respecto al bienestar y crecimiento de sus hijos/as o nietos/as, entre otras cuestiones.

También pude registrar, tanto en el hospital de Molinos como en el hospital de Cachi, intercambios en el equipo de salud relativos a las acciones de tratamiento que se desarrollaban en algunos de los casos. En el hospital de Molinos también observé instancias de planificación de las actividades de los AS, en particular en relación a las visitas domiciliarias en pueblo y fincas. En estas ocasiones me resultaba de interés como se ponían en juego criterios para priorizar determinados individuos en los controles, de acuerdo a la identificación de factores de riesgo determinados por el programa APS, pero también según el conocimiento y la información que los agentes tenían de las familias en su sector.

En la escuela primaria de Molinos mantuve conversaciones informales con docentes y directivos acerca las particularidades que presentaban las trayectorias escolares de alumnos/as que mostraban dificultades de diferente tipo en su desempeño. En este contexto pude indagar acerca de las herramientas y estrategias que pone en juego la escuela para integrar a estos alumnos con trayectorias educativas diversas.

Finalmente, las fuentes documentales que pude consultar son registros de las consultas realizadas por las cuidadoras y sus hijos/as en las historias clínicas del HPMI de la ciudad de Salta. Se trata de registros de las consultas a este centro de salud⁵³, así como los diagnósticos, tratamientos y derivaciones entre instituciones. Estas fueron escaneadas, rotuladas y se les asignó un orden en función de la fecha de consulta, de la más antigua a la más reciente.

Todos los materiales utilizados en esta investigación fueron rotulados y almacenados en una base de datos a la que tienen acceso exclusivo las investigadoras del LINEA y no son copiados ni compartidos con terceros bajo ningún aspecto.

Para asegurar el anonimato de las participantes y sus hijos/as, todos/as tienen nombres ficticios. Además, a las fincas del Departamento se les reemplazó su denominación por números, como parte de la estrategia para resguardar la identidad de los participantes en este estudio. Esta decisión se basa en que, al tratarse de zonas con poca cantidad de población las

⁵³ En ocasión de las derivaciones desde el hospital de Molinos o Seclantás pude registrar las referencias que había en las historias clínicas del HPMI a estas consultas en los centros de salud locales. En otras pocas ocasiones los profesionales del HPMI, durante la anamnesis realizada a las cuidadoras para la admisión o consulta, registraban en la historia clínica referencias a consultas anteriores en otros centros de salud.

personas resultarían fácilmente reconocibles a partir de los aspectos de sus trayectorias que se analizan aquí. Esta situación se da particularmente en las fincas, donde al haber pocas UD los diagnósticos y condiciones médicas que se refieren en los siguientes capítulos, conducirían a la identificación de los participantes aunque los registros se hayan anonimizado. Por esta misma razón, en casi todas las ocasiones los diagnósticos y otras referencias en las historias clínicas fueron reemplazadas por descripciones genéricas de las enfermedades o problemas de salud diagnosticados, o por una descripción general de los síntomas registrados.

3.1. Las estrategias de análisis

El análisis de los materiales descritos en la sección anterior se desarrolló siguiendo dos dimensiones complementarias. La primera, una dimensión procesual, tuvo el objetivo de reconstruir, a partir de los relatos de las cuidadoras y de las fuentes documentales, instancias en el desarrollo de los casos de enfermedad. Esto se llevó a cabo mediante la identificación y delimitación de los eventos que formaban parte del desarrollo de cada caso, asignándolos a instancias diferentes y ordenando estas instancias en un eje temporal que permitiera además analizar las transiciones entre ellas. La segunda se basó en el análisis del contenido de las entrevistas a las cuidadoras, al personal de salud y otros participantes del caso⁵⁴, así como de mis registros de campo con el objetivo de identificar el contenido semántico relativo a las diferentes dimensiones de análisis del caso, delimitar el alcance de términos y expresiones utilizadas por las entrevistadas y sus relaciones semánticas y caracterizar las instancias de identificación de síntomas de enfermedad y búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Asimismo me propuse identificar en qué criterios se basaban las decisiones de las cuidadoras durante el desarrollo del IT, ya sea para la selección de actores, recursos y alternativas terapéuticas como para reorientar la acción. Esto también contribuyó al reconocimiento de los eventos que representan transiciones entre las instancias de cada IT.

⁵⁴ Sólo para los casos de enfermedad donde se pudieron realizar entrevistas a otros actores además de las cuidadoras.

3.1.1. La dimensión de análisis procesual

La primera estrategia incluyó la reconstrucción, para cada caso de enfermedad, de la sucesión de eventos relativos a la identificación y desarrollo del o los problemas de salud que se presentaban en los relatos de las cuidadoras. Esto supuso construir instancias que condensaran uno o más eventos vinculados entre sí, ordenándolos desde el más temprano al más reciente conformando una sucesión temporal, hasta que en el relato se hubieran agotado los eventos referidos al caso, ya sea porque se había encontrado una solución al problema de salud, porque en ese momento se encontraba en curso un tratamiento que parecía ser eficaz o bien porque había finalizado el relevamiento.

Cabe destacar que las instancias que pude reconstruir no siempre tenían un inicio y final identificable, por lo que no se podía delimitar con total precisión su duración. Asimismo podía ver que la sucesión de instancias que pretendía construir se modificaba continuamente, ya que no siempre se le podía otorgar linealidad temporal. Esto sucedía porque, además de que no todas tienen un punto de inicio y final determinados, en múltiples ocasiones al menos dos instancias se desarrollaban de manera simultánea. En la sección 4.3 de este capítulo me refiero específicamente a este tema como parte del proceso de construcción de los IT a partir de los casos de enfermedad.

Este trabajo de reconstrucción de las instancias y ordenamiento temporal se realizó construyendo manualmente un cuadro por cada caso de enfermedad, atendiendo a las particularidades de cada uno. Allí otorgué una denominación a cada instancia identificada, le asigné un orden numérico y además identifiqué los actores, alternativas terapéuticas y recursos involucrados. Como parte de ese mismo cuadro, listé cada uno de los actores en orden, de acuerdo a la instancia donde primero aparecían, detallé si el vínculo que tenían con la entrevistada era de parentesco o amistad, su localización o lugar de residencia y los recursos que aportaban al desarrollo de la instancia a la que estaban ligados. Este ejercicio me permitió realizar una primera clasificación de los actores y sus vínculos con las cuidadoras, y los recursos que se ponían en juego en el desarrollo de cada caso de enfermedad.

La selección de estas variables para el análisis -recurso, alternativa terapéutica, actor, vínculo del actor con la cuidadora, localización geográfica del actor- se realizó en función de los objetivos de investigación, interrogantes e hipótesis de trabajo que habían sido formuladas en el plan de investigación. Asimismo, la consideración de estas variables en el análisis de los casos de enfermedad ha demostrado ser central para comprender el proceso de identificación

de síntomas del problema de salud y de implementación de estrategias para diagnosticar y curar la enfermedad, con la participación de actores que se consideran relevantes en cada instancia y contexto (Crivos, 2003; Sy y Teves, 2006; Sy, 2008; Pasarin, 2010, 2011; Jacob et al, 2011, 2021).

La reconstrucción de la secuencia de instancias para cada caso se realizó a partir de los relatos de las cuidadoras y del análisis de algunos aspectos de las historias clínicas correspondientes a NyN de los casos y, en menor medida, también a las cuidadoras. Para cada historia clínica se identificó:

- 1- consultas que se habían realizado en cada institución en orden temporal;
- 2- para cada una de estas consultas se identificó:
 - a) si fue una derivación desde un hospital local (Molinos o Seclantás) hacia el HPMI y en caso de ser así, la razón de la derivación;
 - b) motivo por el cual se consultó;
 - c) diagnóstico y tratamiento indicado;
 - d) servicios y/o tipos de especialistas que habían intervenido;
 - e) anotaciones o comentarios del o los profesionales relativos a los puntos anteriores.

Con respecto al punto a) cuando se trataba de una derivación la hoja de referenciamiento indicaba el día y hora de la derivación, el profesional del hospital de Molinos que la había solicitado, el diagnóstico por el cual se derivaba⁵⁵ y las acciones de tratamiento que se habían realizado en el hospital local, en la mayoría de los casos de Molinos, previas a la derivación. Esto significó que, pese a que las historias clínicas no estaban unificadas⁵⁶, en la mayoría de los casos pude reconstruir cómo habían sido las derivaciones desde el hospital local hacia el HPMI.

La lectura minuciosa de cada parte de las historias clínicas y la identificación de todas estas variables derivó, en un primer momento, en la construcción de un cuadro por cada caso que me permitiera ordenar esta información. En los cuadros se condensaron todas las consultas realizadas a centros de salud registradas en la historia clínica, ordenadas por fecha, la especialidad del o los profesionales que atendieron, el motivo de consulta, diagnóstico,

⁵⁵ En caso de no haberlo se listaban los motivos por los cuales se derivaba, que en general incluían un diagnóstico de tipo presuntivo.

⁵⁶ Es decir, en cada centro de salud se encuentra la historia clínica de un individuo solo con las consultas, diagnósticos y tratamientos realizados allí, junto con la hoja de referenciamiento si se trató de una derivación.

tratamiento y otras que pudieran ser de interés como notas de los profesionales, indicaciones de controles futuros y/o próximas derivaciones, entre otras.

Posteriormente, integré estos cuadros con información de las historias clínicas con los cuadros que había realizado a partir de la identificación y ordenamiento de las instancias del caso a partir de los relatos de las cuidadoras, generando los **cuadros por caso A a H** que se encuentran en el **anexo 7**. Esto me permitió testear si había correspondencia entre las instancias que se derivaban del relato y las consultas registradas en los documentos. En este punto pude ver que no siempre guardaban equivalencia directa, ya que las instancias del relato eran más amplias debido a que podían contener uno o más eventos, de los cuales solo uno o algunos de ellos eran consultas hospitalarias. Sin embargo, al estar fechadas las consultas hospitalarias, pude asignarle a cada instancia un mes y año determinados y ya no solo situarlas en posiciones relativas a partir del relato, es decir, indicando que habían sucedido antes, después o de manera simultánea a las otras instancias. También me permitió enriquecer el contenido de cada instancia, ya que muchos de los eventos que se registraban en las historias clínicas no eran mencionados por las cuidadoras, ya sea por no recordarlos o porque desde su perspectiva no eran importantes.

Este tipo de diferencias muestran que, si bien los relatos de las cuidadoras y las historias clínicas describen eventos que forman parte del caso de enfermedad, poseen estructuras y lógicas diferentes, así como distintos objetivos. Si bien al final de este capítulo así como al final del capítulo V me detengo en la caracterización de algunos aspectos de la narrativa de enfermedad, en este punto me interesa destacar que en las historias clínicas se superponen, a lo largo del tiempo, registros de diferentes profesionales de la salud y se ponen en juego diversos criterios diagnósticos, así como indicios de la relación entre los médicos y las familias y aspectos del funcionamiento institucional (Sy et al., 2014; Sy, 2020). En este sentido constituyen cuerpos documentales complejos y heterogéneos cuyo potencial para brindar información supera ampliamente los aspectos abordados en esta investigación.

Hacia el final de esta etapa de análisis procesual, a partir de los cuadros que contenían las instancias construidas a partir tanto de los relatos como de las historias clínicas en un orden temporal⁵⁷, construí, para cada caso, una línea de tiempo⁵⁸ que muestra las consultas realizadas tanto a centros de salud como a los médicos campesinos. En este sentido, estos cuadros y líneas de tiempo contienen información que resulta complementaria entre sí e

⁵⁷ En el **anexo 7**.

⁵⁸ **Líneas de tiempo A a H** en el **anexo 8**.

ilustran y amplían la descripción de cada caso que se encuentra en la primera sección del capítulo IV así como los resultados desarrollados en los capítulos IV y V.

3.1.2. La dimensión de análisis de contenido

Esta segunda dimensión consistió en analizar el contenido semántico de los relatos de las cuidadoras, de otros actores que también hubieran participado en una o más instancias del caso y mis propios registros de observación y notas de campo. Para ello utilicé el programa Nvivo10, con el objetivo de crear categorías (*nodos* en el programa) que reunieran fragmentos del contenido discursivo que respondían a la definición de cada una de las categorías, para luego poder ensayar relaciones entre ellas.

En una primera etapa del trabajo con el programa cree categorías en forma de *nodos* libres, es decir sin establecer relaciones entre ellos, relativas a los actores y recursos que aparecían en el discurso de las cuidadoras en relación a cada una de las distintas instancias del caso. Como parte del trabajo con Nvivo en esta etapa decidí crear dos conjuntos que agruparan nodos relativos a dos tipos de recursos diferentes identificados en el discurso de las cuidadoras:

1- el primer conjunto reunía las alternativas terapéuticas involucradas en la detección y búsqueda de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Dentro de él cree los siguientes nodos:

a) nodos relativos a la atención biomédica en cada una de las localidades que aparecían en los casos denominados **Atención médica Molinos, Atención médica Seclantás, Atención médica Cachi, Atención médica Salta.**

b) un nodo denominado **Tratamiento y diagnóstico en la UD** para reunir todas las referencias a las acciones destinadas a identificar y tratar síntomas y/o problemas de salud que se realizaban en la UD, ya sea por iniciativa de las cuidadoras o bien como parte de los tratamientos indicados por médicos campesinos y/o personal sanitario de los centros de salud locales y de la capital provincial.

c) y el nodo **Médicos Campesinos** que reunía las referencias en las entrevistas al desarrollo de consultas y tratamientos con médicos campesinos.

2- en el segundo conjunto agrupé aquellos recursos que eran aportados por actores que formaban parte de la misma UD que la cuidadora y sus hijos/as o UD emparentadas dentro del Departamento, excepto en algunos casos cuando se trataba de acompañamiento en centros

de salud fuera de Molinos o cuando se brindaba alojamiento en otras localidades. Las referencias a las maneras en que se obtenían y utilizaban estos recursos fueron codificadas en los siguientes nodos:

a) **Aporte de dinero** contiene referencias a las instancias donde distintos actores brindaban dinero en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, como por ejemplo pagar el traslado hacia la ciudad de Salta para realizar una consulta en el HPMI.

b) **Acompañamiento** contiene referencias a los momentos donde diferentes actores acompañan las decisiones tomadas por las cuidadoras en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, por ejemplo madres o hermanas de las cuidadoras que se trasladan a la ciudad de Salta durante la internación de las cuidadoras y/o sus hijos/as.

c) **Consejo** agrupa aquellos fragmentos de los relatos donde las cuidadoras refieren haber pedido consejo respecto a distintos cursos de acción posibles en el desarrollo de los casos, por ejemplo la recomendación a madres primerizas acerca de la selección de profesionales o centros de salud. También contiene referencias a consejos que no eran solicitados por las cuidadoras, provenientes sobre todo de mujeres de la generación anterior (madres, suegras, abuelas y *mamis*).

d) **Alojamiento** reúne las referencias a las circunstancias en las que las cuidadoras y sus hijos/as se alojaron en estas localidades cuando debieron consultar y/o recibir tratamientos en los hospitales de Cachi, Cafayate y en el HPMI en la ciudad de Salta.

Asimismo, durante esta primera etapa de codificación, encontré en los relatos de tres de los casos referencias al tránsito de NyN por distintas instituciones educativas, las cuales agrupé en tres nodos diferentes: **Educación pueblo, Educación Cachi y Educación finca 2**.

En la revisión de esta codificación inicial pude identificar contenido que no correspondía a las definiciones de las categorías-nodos que había creado. Esto llevó a la reasignación y modificación de contenido en los *nodos* existentes y a la creación de nuevos *nodos* con otro tipo de contenido. Así, en una segunda etapa de codificación se crearon:

a) **Explicaciones de la entrevistada** reunía las explicaciones, reflexiones e hipótesis que las cuidadoras desarrollaban con respecto a las causas de sus problemas de salud o los de sus hijos/as en respuesta a cuestiones tales como *¿por qué le pasa esto?*, *¿por qué está así ahora?*, *¿por qué es así?*

b) **Decisiones** reunía aquellos fragmentos que muestran de qué manera y por qué las entrevistadas optaban por determinados tratamientos, centros de salud o médicos campesinos durante el desarrollo del caso.

c) **Explicaciones de otros actores** reunía las explicaciones, reflexiones e hipótesis que distintos actores participantes en el caso desarrollaban con respecto a las causas de los problemas de salud de las cuidadoras o sus hijos/as en respuesta a cuestiones tales como *¿por qué le pasa esto?, ¿por qué está así ahora?, ¿por qué es así?*

La creación en este punto de nuevos *nodos* respondía, asimismo, a dos aspectos emergentes durante el trabajo de codificación. Por un lado, las referencias en el discurso de las cuidadoras vinculadas a la maternidad y el cuidado de NyN resultaban de interés ya que me permitieron contextualizar aspectos como el proceso por el cual tomaban decisiones en el transcurso del caso y la participación de actores clave, sobre todo las mujeres emparentadas de distintas generaciones. Vinculado a ellos, el nodo d) **Crecimiento y Desarrollo de NyN** contiene referencias a la evaluación y el monitoreo de distintos aspectos del proceso de crecimiento y desarrollo infantil por parte de las cuidadoras, ya sea en aquellos NyN con problemas de salud como en los que no los tienen. Esto remite en los relatos a los procesos de detección de un posible problema de salud y a la identificación de los cursos de acción posibles.

Por último, los nodos e) **Causas de la enfermedad** y f) **Proyección del itinerario** reúnen explicaciones acerca de la aparición y desarrollo de problemas de salud que se presentan en las mujeres y sus hijos/as y perspectivas posibles acerca de la resolución (o no) de los problemas de salud, respectivamente. Estos tres últimos nuevos nodos (**Crecimiento y Desarrollo de NyN, Causas de la enfermedad y Proyección del itinerario**) se crearon a partir de la recodificación del contenido de los nodos **Explicaciones de la entrevistada** y **Explicaciones de otros actores**.

El trabajo en Nvivo incluyó la escritura de *memos*⁵⁹ para registrar el desarrollo del proceso de codificación, así como las reflexiones y preguntas que iban surgiendo a partir de él. Los *memos* y el análisis del contenido de los *nodos* fueron insumos para la creación de un índice ampliado, delimitación y organización del contenido de los capítulos de resultados IV y V. Al mismo tiempo, en esta etapa pude nuevamente identificar fragmentos y temas que debían ser

⁵⁹ Los *memos* son documentos del programa que se utilizan para documentar distintos aspectos del trabajo dentro del Proyecto de Nvivo. Pueden ser *memos* de tipo general o bien vincularse a otros recursos del programa, como *nodos*.

recodificados, es decir, ubicados en *nodos* ya existentes o en otros nuevos. Esto implicó a lo largo de varios meses un proceso de revisión constante de las categorías creadas a partir de la relectura del contenido de los *nodos* y el planteo de posibles relaciones entre ellos, en conjunto con los cuadros producidos como parte de la dimensión procesual del análisis, la lectura de material bibliográfico y los escritos de los *memos* dentro del programa.

El análisis discursivo utilizando Nvivo es un proceso de tipo flexible e iterativo, ya que cada categoría creada se modifica y ajusta en función de la creación del resto de las categorías y las relaciones que se establecen entre ellas en el transcurso del análisis (Bringer et al., 2004; Hutchison et al., 2010). El uso de este software como parte de la dimensión de análisis de contenido se enmarca en la propuesta de la teoría fundamentada (*grounded theory*) (Glaser y Strauss, 2006; Creswell, 2007). Este enfoque propio de la metodología cualitativa se orienta a construir hipótesis mediante procedimientos fundamentalmente inductivos a partir de los hechos. Glaser y Strauss (2006) sostienen que las teorías deben estar “fundadamente basadas” en los datos y estrechamente relacionadas al contexto en el que el fenómeno fue estudiado. El trabajo analítico genera insights, hipótesis, y origina preguntas que serán respondidas a través de nuevas instancias de recolección de datos. El desarrollo de respuestas tentativas a estas preguntas y la construcción de conceptos⁶⁰ y sus relaciones se logra mediante el método de la comparación constante, el cual permite comparar los conceptos entre sí y con nuevos datos relevados para identificar similitudes y diferencias. Mediante este proceso los conceptos van siendo ajustados y se relacionan entre sí asumiendo la forma de hipótesis o proposiciones (Schwandt, 2007).

4. De los de casos de enfermedad a los itinerarios terapéuticos

4.1. Itinerario terapéutico: conceptualizaciones a lo largo del tiempo

Los orígenes del análisis del IT pueden rastrearse a un conjunto de trabajos que, a partir la década de 1950, utilizaron los conceptos de comportamiento del enfermo (*illness behaviour*) y carrera del enfermo (*illness o sickness career*) para caracterizar las acciones de los individuos frente a un problema de salud (Alves y Souza, 1999). En la década de 1960 *illness*

⁶⁰ Cada concepto o categoría en el marco de la *grounded theory* representa una unidad de información (Creswell, 2007).

behaviour fue definido por Mechanic y Volkart como “(...) la manera en que los síntomas son percibidos y evaluados, y las acciones que un individuo realiza cuando siente dolor o malestar (...) dos individuos con los mismos síntomas desde un punto de vista clínico, pueden actuar de manera diferente: uno de ellos recurrirá al médico por la preocupación que esto le genera mientras que el otro ignorará los síntomas y no buscará tratamiento médico” (1961: 52, traducción propia). La perspectiva del *illness behaviour* sostiene que cada acción enmarcada en la búsqueda de tratamiento se basa en una evaluación individual de tipo costo-beneficio. Así, se asume que frente a síntomas de enfermedad se seleccionarán, mediante un proceso individual y racional, aquellas alternativas que representen el mayor beneficio posible para ese individuo en ese momento particular. Este tipo de estudios también se interesó por identificar cuáles eran los valores culturales subyacentes a las acciones y decisiones de los individuos durante la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. El interés radicaba principalmente en analizar aquellos factores que se asumía influían en la utilización de servicios biomédicos⁶¹, relegando en el análisis la apelación a alternativas terapéuticas provenientes de sistemas no biomédicos.

En el año 2004 J. T. Young publicó una revisión sobre trabajos con diferentes enfoques teórico-metodológicos que, desde 1960 en adelante, tomaron el concepto de *illness behavior*. En primer lugar recupera algunas de las críticas que se hicieron al concepto desarrollado por Mechanic y Volkart, al resaltar que los autores consideran únicamente la perspectiva del sistema biomédico acerca de la enfermedad. En este sentido Young encuentra que el concepto de *sickness career* (Twaddle, 1969) es superior al de *illness behaviour*, aunque solo en ciertos aspectos. El concepto propuesto por Twaddle hace hincapié en las conductas que se desarrollan a partir de la aparición de síntomas, privilegiando un enfoque sociocultural e interaccional que plantea que la adaptación a la enfermedad, en tanto una parte natural y esperable del curso de vida, sucede mediante mecanismos culturales, sociales e institucionales de interacción. En este proceso la percepción de la enfermedad, de manera previa a la consulta médica, es la conducta que da comienzo a la *sickness career*. En este marco, las trayectorias de los individuos toman la forma de una sucesión de conductas, no necesariamente progresiva, donde se pasa de episodios de enfermedad a otros de bienestar. En estas trayectorias la interacción entre las conductas y las percepciones de la enfermedad es

⁶¹ Este es un aspecto de lo que Byron Good denomina “paradigma racionalista en las ciencias del comportamiento médico”, donde “los estudios de las estrategias de atención médica” constituyen “(...) una respuesta a las ingenuas cuestiones médicas y de salud pública acerca de por qué las personas no acuden al médico (como obviamente deberían hacer) cuando enferman” (2003: 88).

un proceso continuo, dentro del cual la relación entre paciente y médico es solo una pequeña parte. Las redes sociales, instituciones y visiones de mundo son aspectos que moldean la *sickness carrer*. Esta perspectiva se muestra en concordancia con la diferencia entre *illness*, *sickness* y *disease*⁶². Éste y otros desarrollos teóricos, de acuerdo a la revisión de J.T. Young (2004) muestran que la inclusión de factores que van más allá de la relación médico-paciente -elemento central en el concepto desarrollado por Mechanic y Volkart- como elementos a meso y macro nivel en cada contexto, junto con factores de tipo psicológico, social y cultural deben ser considerados en el análisis de las trayectorias y conductas orientadas a la recuperación de la salud frente a la enfermedad.

Por otro lado este autor recupera y critica ciertos aspectos de la formulación de modelos económicos con respecto al *illness behaviour*. Sostiene que la mayoría de los trabajos donde se desarrollan estos modelos consideran la accesibilidad económica, es decir, el hecho de contar con recursos monetarios para pagar la consulta, como el factor determinante en el uso de los servicios de salud. Las críticas respecto a esta postura se centran en que, por un lado, no tienen en cuenta el contexto ni la estructura de los servicios de salud en cada área de estudio. Por el otro, en que se asume que el determinante económico provocará que aquellos individuos o grupos con menor nivel de ingresos utilicen con menor frecuencia los servicios de salud. Sin embargo numerosos estudios muestran que la frecuencia de uso de los servicios no responde a las diferencias de ingreso económico, sino que las variaciones entre segmentos poblacionales con diferente nivel adquisitivo se registran en el tipo y calidad de los servicios biomédicos que utilizan.

Al respecto Good (2003) realiza una crítica a teorías desarrolladas a partir de la década de 1950 que plantean que los individuos proceden “racionalmente” al seleccionar alternativas y estrategias frente a la enfermedad que representen el mejor balance costo-beneficio. Aquí se incorporan al análisis las creencias sobre la salud solo cuando se determina que intervienen en los cálculos de racionalidad, considerándolas siempre como de origen individual y contrastadas en relación al conocimiento biomédico, es decir, se trata de “(...) creencias más o menos verdaderas albergadas por la mente de los individuos” (2003: 90). En esta crítica se incluye la formulación de *illness behaviour*, ya que presupone la capacidad individual de las personas enfermas para valorar sus síntomas, considerar las alternativas disponibles y optar por un tratamiento luego de la consulta a su red de referencia. En ella se asume que el tratamiento es exclusivamente biomédico, que la red de referencia cumple una función de

⁶² Ver sección 1.2 del capítulo II.

consulta frente a un conjunto de alternativas igualmente disponibles y accesibles y que las creencias o representaciones de la enfermedad cumplen un rol instrumental, por ejemplo al mediar en la percepción de síntomas. Este tipo de enfoques no considera el rol de factores sociales y condiciones meso y macroestructurales en el proceso de toma de decisión durante la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, otorgando “(...) prioridad analítica a la opción individual y a la implicación de que las representaciones de la enfermedad y los sistemas etnomédicos proceden, en definitiva, de las actividades racionales e instrumentales de los individuos” (2003: 97). Estudios que han respondido a estas críticas como el de Young y Garro (1982) proponen que la antropología debe identificar y describir para cada sociedad aquellas opciones efectivamente disponibles y accesibles para generar modelos de decisión sensibles al contexto que permitan explicar adecuadamente el comportamiento frente a la enfermedad.

Hacia fines de la década de 1970, el concepto de sistema de cuidados de la salud (*health care system*) desarrollado por A. Kleinmann (1978) surge como respuesta a la necesidad de profundizar en las interrelaciones entre diferentes interpretaciones sobre la salud y enfermedad dentro de una misma sociedad. Este concepto articula concepciones acerca de la etiología de las enfermedades, las experiencias ligadas a los síntomas, distintos patrones de *illness behaviour*, las decisiones ligadas a las alternativas y prácticas terapéuticas disponibles y los resultados de los tratamientos como elementos dentro de un mismo “sistema cultural”. Kleinman diferencia tres sectores dentro de cada sistema de cuidado de la salud: el profesional, el popular y el folk, y con el objetivo de comprender las prácticas que tienen lugar en cada uno de ellos, propone el concepto de modelo explicativo. Existen diferentes modelos explicativos -de los pacientes y sus familias, de la biomedicina, de otros sistemas terapéuticos- y cada uno de ellos condensa explicaciones acerca de la etiología, síntomas, el desarrollo de la enfermedad y su tratamiento, de acuerdo a un tipo de conocimiento y un conjunto particular de valores. De acuerdo a este autor diferentes modelos interactúan durante el desarrollo de la enfermedad, generando conflictos entre perspectivas contrapuestas.

Esta formulación ha recibido diferentes críticas. Por ejemplo Last (1981) se pregunta si es necesario para las personas conocer de manera consciente los fundamentos -en tanto conjunto sistematizado de ideas, conceptos y prácticas- de los sistemas médicos a los que apela. Su análisis sostiene que los pacientes y sus familias no esperan que los terapeutas conformen un grupo homogéneo, sino que reconocen que sus prácticas curativas tienen una validez limitada a ciertas dolencias y contextos, y en ellos evalúan su efectividad. En este sentido plantea una

crítica a los conceptos de pluralismo y sistemas médicos, ya que, al no conformarse homogéneamente como sistemas, no podría sostenerse, desde el punto de vista de los pacientes, que éstos apelen a alternativas terapéuticas diferentes. En definitiva, la opción entre tratamientos diferentes no se trata de una operación intelectual para definir la racionalidad intrínseca de cada uno de ellos, sino que los individuos evalúan y deciden teniendo en cuenta que los problemas de salud, enfermedad y cuidado son de orden práctico y muchas veces apremiantes, por lo que requieren una solución rápida. En este contexto, “las enfermedades son redefinidas como entidades sin un final preciso y de estado cambiante, que pueden ser tratadas pero no necesariamente curadas o incluso diagnosticadas” (1981: 391, traducción propia).

Con foco en el análisis de la estructura y patrones de uso del sistema de salud, Bellato et al (2008) llevan adelante una revisión de trabajos que se centran en el concepto de IT a partir de la década de 1980. Éstos se enfocan en la experiencia de enfermedad, con especial interés en las prácticas de cuidado que se desarrollan dentro de lo que denominan “subsistema de salud popular” (2008: 167). En este marco la descripción y análisis de IT permite identificar los trayectos de los individuos durante la búsqueda de cuidados para la salud, resultando de particular interés aquellos factores en función de los cuales las personas recurren al sistema biomédico para el tratamiento de la enfermedad (Reinaldo y Saeki, 2004; Leite y Vasconcellos, 2006 en Bellato et al, 2008).

Un segundo grupo de estudios que revisan estos autores se enfocan en el uso del concepto de IT para el análisis de los “sistemas de cuidado de la salud” considerando que, en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, las elecciones que se realizan son múltiples y muchas veces resultan contradictorias entre sí. Este tipo de trabajos enmarca el IT en la trayectoria biográfica de los individuos (Barros, 2004; Gerhardt, 2006 en Bellato et al, 2008), al tiempo que considera las maneras en que las redes sociales y comunitarias intervienen tanto en la construcción de sentidos vinculados a la enfermedad como en la búsqueda y selección de recursos para el tratamiento. Los autores sostienen que el análisis de los IT debe permitir dar cuenta de las tensiones que se producen en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, derivadas del encuentro de lógicas y concepciones diferentes: aquellas del sistema de salud y las de los “subsistemas familiar y popular”. De esta manera las decisiones y acciones en el marco de los IT se caracterizan por la apelación a recursos y saberes de distinto origen, generando estrategias para atender la salud caracterizadas por la integralidad y complementariedad. Así se entrelazarían dos “lógicas” diferentes, por un lado la de los

servicios de salud expresada en la manera en que se llevan adelante un conjunto de prácticas que en teoría responderían a las necesidades de esa población con respecto al cuidado de la salud. Por el otro, la lógica de los individuos -usuarios del sistema de salud- expresada en sus decisiones durante la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, considerando que el sistema de salud no es el único recurso al que se apela para lograr este objetivo. Este encuentro de lógicas diferentes no está exento de conflictos ya que el sistema biomédico no siempre es una alternativa disponible y accesible, ni tampoco se considera, desde la perspectiva de las personas, el recurso adecuado para tratar todas las dolencias. Esta perspectiva opone el sistema de salud como una estructura rígida, con ciertos procedimientos y saberes estandarizados al IT como un camino que se construye en función de decisiones que combinan saberes y prácticas de diferentes orígenes para el cuidado de la salud.

Los enfoques resumidos hasta aquí muestran que, a partir de la década de 1980, se amplía el campo de análisis al considerar tanto la diversidad de concepciones médicas sobre la enfermedad en cada grupo social, como las diferentes estrategias de tratamiento que se ponen en juego durante los IT. Además de poner el foco en los procesos de conformación de redes sociales en las cuales los sujetos se insertan para resolver sus problemas, entre ellos los relativos a la salud, se busca superar las perspectivas racionalistas de la conducta humana, ya que la opción por un tratamiento u otro no implica necesariamente conocimiento por parte de los sujetos de su lógica interna. Se construyen, de esta manera, análisis donde confluyen factores tanto cognitivos (en relación a la construcción de significados o las decisiones sobre los cuidados de la salud) como socioeconómicos (que incorporan las desigualdades sociales, de género y otras que intervienen en el acceso a servicios de salud), sin resultar excluyentes entre sí (Alves y Souza, 1999).

Siguiendo a Alves (2015, 2016) los presupuestos que subyacen a los estudios sobre IT a partir de este momento pueden articularse en dos ejes principales. Por un lado, con el foco en la identificación de patrones de uso de los servicios de salud, se centra el análisis en aquellos sujetos que están o estuvieron en tratamiento médico, y que, por lo tanto, ya tomaron una o varias decisiones acerca de qué opción u opciones terapéuticas seguir. En este sentido, el IT resulta del ordenamiento cronológico de una serie de conductas pasadas de los individuos, producto de la búsqueda y selección de alternativas terapéuticas para tratar un problema de salud. Por otro lado, se asume una noción de enfermedad en tanto entidad con una etiología particular y bien delimitada, cuyo tratamiento depende de una terapia específica. La enfermedad es la misma en la vida cotidiana, en la consulta médica y durante la búsqueda de

tratamiento, es decir, se construye como un problema único y con límites claros, por lo que puede ser subsumida dentro de una taxonomía ya establecida a partir de sus características específicas.

Al respecto Alves y Souza (1999) sostienen que, en cambio, el análisis de los IT debe mostrar la manera en que se entrelazan experiencias de los individuos previas a la aparición de la enfermedad, en el marco de sus trayectorias vitales, al tiempo que da cuenta de los procesos de negociación a nivel social de los significados de conocimientos y acciones sobre la salud y la enfermedad para cada contexto. En este sentido definen el IT como una cadena de eventos sucesivos que forman una unidad articulada en la cual se superponen estrategias, acciones, decisiones y proyecciones a futuro, orientadas al tratamiento de la enfermedad. La articulación de eventos se construye en función de la atribución de sentido a acciones aparentemente fragmentarias o desconectadas, pero que se vinculan a partir del análisis tanto del discurso de las personas con relación a sus acciones, intereses, emociones y circunstancias como de otras fuentes que permitan documentar eventos sobre el desarrollo de la enfermedad. En el marco del IT cada decisión se relaciona con aquello que los individuos anticipan con respecto a una acción o un conjunto de acciones vinculadas a la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Esta anticipación o proyección acerca de uno o más cursos de acción posibles no depende de la adhesión de los sujetos a un modelo interpretativo determinado, sino que es de carácter fluido y se construye dentro de la red social de referencia. Es en este sentido que las decisiones y cursos de acción efectivamente disponibles se negocian, descartan y/o confirman en el transcurso de cada IT, por lo cual son altamente dependientes del contexto. Es por ello que los autores proponen que, sin perder de vista los procesos macroestructurales, es necesario que los estudios sobre IT partan de lo que efectivamente se hace, para desde allí analizar los procesos de elección y decisión.

Por su parte Alves (2016) se centra en las relaciones entre lo que denomina “experiencias de enfermedad” e IT. Desde la fenomenología define la experiencia como construida en función de las vivencias diarias, las que suceden en el mundo cotidiano de los individuos. En este marco, el conocimiento que todos los individuos poseen por estar inmersos en un mundo cotidiano de experiencias les permite resolver los problemas que se presentan. Aquí la enfermedad se define como un fenómeno que se desarrolla en ese mundo cotidiano, en diferentes espacios y situaciones, por lo que no constituye una realidad única sino que “(...) se transforma a medida que actúa en contextos específicos y por lo tanto requiere por parte de los individuos y grupos sociales nuevos aprendizajes y adquisiciones de habilidades

específicas” (2016: 143, traducción propia). De esta manera el IT no es otra cosa que una forma de compromiso (*engajamento*) en una situación determinada que requiere procesos de aprendizaje tanto a nivel individual como grupal.

Al mismo tiempo, este autor critica ciertos enfoques en el análisis de IT centrados en lo que denomina “cuidados terapéuticos de la salud”. Plantea que estos enfoques delimitan los IT a acciones encadenadas de manera lineal hacia un único objetivo: lograr la cura a través del tratamiento de la enfermedad. Por el contrario, Alves sostiene que los IT condensan cursos de acción, diagnósticos y tratamientos enmarcados en diferentes modalidades terapéuticas de manera simultánea, así como vacilaciones de los individuos. Estos escenarios complejos muestran diversos arreglos, estrategias y el establecimiento de redes, conformando “campos de posibilidades” para manejar la enfermedad, lo cual implica considerar que las prácticas en el IT no necesariamente tienen como objetivo la cura. Así busca distinguir entre la proyección de líneas de conducta posibles en el desarrollo del IT, y aquello que efectivamente se hace y depende de la disponibilidad de recursos y actores, entre otros factores, incluyendo dudas, pruebas, entradas y salidas de distintas modalidades terapéuticas. Esta perspectiva de análisis busca diferenciarse de aquellas que subsumen a los individuos y sus acciones dentro de modelos tipológicos o clasificatorios predeterminados. Al contrario, propone que la interpretación antropológica del IT debe considerar que los procesos de búsqueda de diagnóstico y tratamiento no pueden ser explicados en función de conceptos genéricos sino que su interpretación debe centrarse en las experiencias concretas de los individuos.

4.2. Los procesos de toma de decisión en el marco de los itinerarios terapéuticos

En relación a los procesos de toma de decisión, existen numerosos estudios que se proponen modelizar comportamientos orientados a la selección de recursos para la atención de la salud. Algunos modelos intentan predecir a escala de la comunidad los criterios que la gente utiliza y prioriza en la selección de diferentes alternativas de tratamiento de la salud. Otros se basan en una muestra intencional pequeña de individuos y focalizan en el proceso personal de toma de decisión y como resultado, proveen un modelo descriptivo de los factores involucrados en una decisión individual sobre la elección de un tratamiento (Weller et al, 1997).

El análisis de los procesos de toma de decisión ha sido ampliamente utilizado sobre todo a partir de 1970 en programas de investigación aplicada. Por ejemplo Gladwin et al consideran

que el trabajo etnográfico permite acceder a la narrativa sobre las decisiones en torno a diferentes aspectos de la vida cotidiana, a la vez que hace posible obtener información contextual sobre tales elecciones, identificar variables que intervienen en la evaluación de alternativas y la manera en que se estructura el proceso de toma de decisiones (Gladwin et al, 2001; Sy, 2008).

“La teoría racional de la decisión” o “el modelo económico estándar” fueron las aproximaciones más clásicas al análisis de la toma de decisión. Proponen que las personas tienen preferencias que responden a axiomas intuitivos y que, al enfrentarse con un problema, evalúan la utilidad subjetiva de cada alternativa y eligen la de mayor utilidad. Frente a la incertidumbre acerca de cuáles son los resultados de una determinada elección, los individuos calcularán la utilidad esperada de cada opción, la cual es la suma de la utilidad subjetiva de todas las opciones posibles sopesada contra las posibilidades de que esas opciones efectivamente ocurran. Sin embargo, las decisiones no obedecen sólo a los requisitos de consistencia que presuponen estas teorías, sino que se ven afectadas por distintos factores del contexto que no son subsumidos por aspectos normativos. Las preferencias parecen construirse -y no simplemente “revelarse”- en el proceso de toma de decisión (LeBoeuf y Shafir, 2005). Al mismo tiempo, detrás de las decisiones existe una racionalidad práctica, orientada a la resolución de problemas cotidianos, por lo cual las elecciones implicarán encontrar opciones para asegurar el cumplimiento de los objetivos, aunque estas no respondan a criterios de maximización: se trata entonces de seleccionar alternativas satisfactorias y no necesariamente óptimas (Hernández Martínez, 2006). Con respecto a este punto, Drew y Schoenberg (2011) sostienen que indagar sobre la toma de decisiones con respecto a la salud implica analizar cómo se relacionan factores relativos a las circunstancias de los individuos con sus experiencias pasadas y preferencias que interactúan a distintos niveles: familiar, comunitario, regional y cultural.

En cada contexto existen diversos patrones de recursos que se ponen en juego para identificar y tratar la enfermedad (Cosminsky y Scrimshaw, 1980). Algunos estudios aplican una aproximación diacrónica para describir estos patrones, entre ellos el estudio pionero de Freidson (1959, en Ryan, 1998), donde se analiza el cuidado de la salud dentro de la UD como una serie de conductas que ocurren en un contexto social determinado. Otros estudios diacrónicos de enfermedades desde la perspectiva de la toma de decisiones analizan qué tratamientos se eligieron primero, y cuales les siguieron (J. C. Young, 1980; Mathews and Hill, 1990; Weller et al., 1997, entre otros). Estos últimos permiten acceder a lo que las

personas consideran al momento de tomar decisiones relacionadas a su salud y se enfocan en la explicación de patrones de conducta más que en brindar una descripción de las secuencias de conducta en sí mismas. Sus conclusiones sobre el análisis secuencial de patrones de conducta frente a la enfermedad sostienen que los individuos actúan tratando de reducir costos y simultáneamente incrementando la diversidad de los tratamientos que seleccionan, por lo cual éstos frecuentemente se superponen.

Por ejemplo, Ryan (1998) analiza no sólo las secuencias como unidades (al determinar la cantidad de tratamientos en cada secuencia, los tratamientos que aparecen más frecuentemente en determinadas posiciones, la repetición de tratamientos dentro de una secuencia y las secuencias que ocurren más frecuentemente), sino también las transiciones entre tratamientos adyacentes dentro de una misma secuencia. Sostiene que un análisis sistemático de las secuencias provee información acerca de los patrones de recursos, es decir el conjunto de acciones frente a la enfermedad. Estas acciones se orientarían por un lado a reducir costos y el nivel de incertidumbre y al mismo tiempo a incrementar la variedad de tratamientos que se seleccionan a lo largo del IT. Concluye que los individuos utilizan al comienzo de la enfermedad (en las primeras posiciones de la secuencia) recursos disponibles en la UD y a medida que la enfermedad progresa, buscan opciones por fuera de ella, ya que los recursos de la UD tienen un menor costo y están disponibles con mayor facilidad que otros.

Uno de los aspectos distintivos de su modelo es la incorporación de la selección de un tratamiento en un punto determinado como factor que influencia las elecciones futuras en el transcurso del itinerario y la manera en que la elección de tratamientos varía de acuerdo a la duración de la enfermedad. Asimismo, demuestra que las personas toman decisiones acerca de los diagnósticos y tratamientos basadas en las experiencias previas, tanto propias como de otras personas de su entorno inmediato. Esto se encuentra en consonancia con los resultados de otros estudios que analizan las secuencias terapéuticas y el proceso toma de decisiones, como el trabajo clásico de J. C. Young (1980). Este autor creó un modelo para explicar cómo los indígenas Tarascan, asentados en Pichátaro, un área rural de México, tomaban decisiones sobre distintos tratamientos. En este modelo, factores como la severidad de los síntomas, recursos económicos, experiencia previa sobre la enfermedad y el costo y efectividad de los tratamientos disponibles se utilizan para describir los procesos de toma de decisión y predecir la elección de tratamientos a lo largo del IT. A partir de esto, muestra que las UD con mayores ingresos económicos utilizan alternativas más costosas económicamente como

primera opción de tratamiento, incluso en enfermedades que no son percibidas como graves. Al contrario, en las UD con menores ingresos se recurre a las alternativas más costosas sólo en tercer o cuarto lugar, luego de haber probado otras más económicas. Esto ilustra dos extremos, pero en la situación de la mayoría de las UD, que se encuentran a mitad de camino entre ambos, el criterio de gravedad de la enfermedad es el principal operando a la hora de tomar decisiones con respecto a qué alternativa terapéutica recurrir. Como parte de sus conclusiones plantea una crítica a modelos que se basan en la máxima optimización de recursos como factor para la toma de decisión, como el de Fabrega (1973 y 1974 en J. C. Young, 1980), en primer lugar porque son modelos teóricos, que no se testean contra información etnográfica y luego porque sostiene que las decisiones que toman los individuos no siempre son óptimas en el sentido de representar el menor costo y mayor beneficio, sino simplemente satisfactorias.

Por su parte Mathews y Hill (1990) retoman la perspectiva de los modelos cognitivos de decisión a partir del estudio pionero de J. Young en 1980 y realizan una serie de críticas. En particular se enfocan en el hecho de que este tipo de modelos no pueden dar cuenta de variaciones intraculturales ni de diferencias económicas o culturales al interior de los grupos con respecto a los patrones de toma de decisión frente a la enfermedad. Esto sucede porque los modelos cognitivos de decisión asumen que, dado que los recursos terapéuticos son limitados dentro de una comunidad, se desarrollaran patrones compartidos entre los individuos de ese grupo para la toma de decisiones. Los modelos se crean a partir de estos patrones compartidos con el objetivo de predecir qué opciones de tratamiento se seguirán bajo ciertas condiciones, pero privilegiando comportamientos grupales por sobre decisiones individuales. Por otro lado, critican también a los modelos de tipo explicativo (Kleinman, 1978) porque al relevar las creencias acerca de la enfermedad de cada individuo se enfocan en las elecciones individuales dejando de lado las relaciones sociales que moldean esas experiencias de enfermedad en cada sociedad (Young, 1982 en Mathews y Hill, 1990). Su propio análisis de los procesos de toma de decisión en una comunidad guatemalteca muestra que la aplicación de un determinado modelo no explica de manera eficaz la totalidad de los patrones de decisiones identificados. Por el contrario, los autores proponen que es necesario analizar aquellas conductas individuales que se “desvían” de lo que predice el modelo y así considerar, entre otros factores, que las condiciones en base a las cuales se toman decisiones están moldeadas por la trayectoria previa de los individuos. Esto sucede particularmente en el desarrollo de enfermedades de tipo crónico, ya que al extenderse en el tiempo y ser de

naturaleza episódica, las decisiones y los criterios para su tratamiento se transforman a lo largo del IT.

Por último una serie de trabajos se enfocan en las redes sociales de los individuos durante el transcurso de la enfermedad, al considerar que proporcionan un vínculo analítico entre los enfoques de nivel micro sobre modelos sociopsicológicos respecto a la conducta individual frente a la enfermedad y aquellos macrosociológicos centrados en las respuestas a nivel poblacional (J. T. Young, 2004). En este marco se destaca el trabajo de Pescosolido (1992), quien propone que el medio social, al afectar tanto a la conducta individual frente a la enfermedad como a los sistemas de salud, actuará como un *buffer* entre los individuos y las instituciones, por lo que es central en el análisis del proceso de toma de decisión. La autora desarrolla el concepto de estrategia de organización social (SOS por sus siglas en inglés) como marco analítico para diferenciar, por un lado, la “carrera del enfermo” como parte de la trayectoria de vida de cada individuo, la cual provee una descripción, no una explicación de los procesos de toma de decisión. Por el otro, la explicación sobre la toma de decisión, la cual se construye a partir de la red de interacciones sociales en la cual la “carrera del enfermo” se inserta. En este marco los individuos reconocen el problema, encuentran diferentes tipos de recursos (creencias, ayuda instrumental y material, entre otros) y evalúan los resultados de la acción. Las acciones y soluciones a los problemas se basan en conductas habituales, predecibles y recurrentes y presuponen una reflexión activa sobre la situación, pero no necesariamente una evaluación costo-beneficio. El punto de partida es la interacción social y ya no la acción individual para explicar de qué manera las redes de relaciones producen estructuras a micro y macro nivel a partir de las cuales se construyen estrategias para la resolución de problemas.

Finalmente, la perspectiva de análisis de redes sociales asume que los individuos son puntos de referencia para la toma de decisiones de los demás. En las redes circulan información y recursos, por lo cual “(...) la localización de la persona en la red y su patrón de relaciones con los demás, afecta a sus comportamientos, percepciones y actitudes” (Fernández Peña, 2015: 44). En este marco, el concepto de apoyo social, en tanto conjunto de recursos relacionales que posee un individuo para afrontar problemas y situaciones (Ávila Toscano, 2015) se vuelve central para abordar la toma de decisiones en el desarrollo del IT. Distintos estudios muestran que tanto las redes como el apoyo social pueden relacionarse en el análisis de las condiciones de salud de los individuos, ya que son recursos que les permiten acceder tanto a otros actores como a información para la resolución de problemas vinculados a la

salud (Albrecht y Goldsmith, 2003; Williams et al, 2004; Fernandez Peña, 2005; Pasarin, 2011).

4.3. La construcción de los itinerarios terapéuticos a partir de los casos de enfermedad

Como fue desarrollado en la primera sección de este capítulo, la metodología de casos permite acceder a experiencias de enfermedad y seguir su desarrollo en el tiempo, considerando las acciones involucradas en la identificación de estas enfermedades y su diagnóstico y tratamiento, así como los diversos factores implicados en la toma de decisiones en este proceso. En este sentido acciones y decisiones se anclan en situaciones concretas de enfermedad y búsqueda de la recuperación de la salud, considerando actores, recursos y alternativas terapéuticas que efectivamente se articulan en este proceso y no aquellos que responderían a esquemas normativos frente a situaciones hipotéticas de enfermedad (Hamel et al 1993; Sy, 2008). Así cada caso permite analizar no solo la forma en que se categoriza la enfermedad en cada contexto particular, sino también sus múltiples variaciones y modificaciones en los recorridos particulares en la búsqueda de recuperación de la salud. De este modo “(...) los casos muestran cómo en la experiencia, lo normativo de la cultura se operativiza en acciones (...) y la elaboración de nuevas formas de actuar ante situaciones novedosas permite identificar conexiones causales entre patrones más amplios, eventos o sucesos y el comportamiento de la gente” (Sy, 2008: 200).

En cuanto a las narrativas de enfermedad que provienen del relevamiento de los casos, Good (2003) propone considerarlas como culturalmente estructuradas y constituyentes de la experiencia vivida por los individuos. Para este autor, la narrativización constituye una estrategia para situar los acontecimientos de la enfermedad en un eje temporal y darles un orden significativo a la vez que permite proyectar el futuro, ya que organiza una serie de respuestas sociales frente al problema de salud. Las estrategias narrativas permiten entender la experiencia de enfermedad en relación a otros acontecimientos y experiencias de la vida, a la vez que “(...) revelan las prácticas e ideologías que codifican las estructuras de las relaciones sociales y el poder en tanto que modelan los ritmos de la enfermedad y de las terapias (...)” (Good, 2003: 246). Si bien la experiencia excede la narrativización, la narrativa de la enfermedad se entrelaza con, se organiza y adquiere sentidos a partir del relato de otros acontecimientos de las trayectorias vitales de los individuos (Price, 1992).

Considerando que la narrativa es construida por los individuos en relación a la importancia y sentidos atribuidos a sus acciones y decisiones frente a la enfermedad, la construcción del IT a partir del caso de enfermedad implica otorgar un orden secuencial a esas acciones, identificando instancias y ordenándolas en un eje temporal que marca hechos pasados, presentes y proyecciones a futuro (Bellato et al, 2008). Es la trama lo que confiere orden al relato: el ordenamiento secuencial de los acontecimientos y las relaciones que los conectan entre sí (Good, 2003). En este marco, los IT resultan reconstrucciones de acontecimientos y conductas pasadas mediante narrativas y otras fuentes, en las cuales los sujetos seleccionan, asocian y presentan de manera particular elementos que le dan sentido a la experiencia de enfermedad desde su perspectiva (Alves, 2016).

Como fue desarrollado en la sección 3 de este capítulo, la estrategia de análisis combinando la narrativa acerca de los episodios de enfermedad y las fuentes documentales permitió identificar eventos del desarrollo de cada episodio y construir instancias del IT a partir de ellas. En cada instancia se desarrolla al menos un evento relativo a la identificación de síntomas y la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, incluyendo actores, recursos y alternativas terapéuticas involucradas, así como los factores que intervienen en las decisiones de las cuidadoras en relación a la selección de alternativas terapéuticas durante el proceso de identificación de síntomas y búsqueda de diagnóstico y tratamiento.

Las instancias en cada IT se ordenaron en un eje temporal intentando reconstruir su sucesión y los pasajes o transiciones de una instancia a la otra, encadenando las acciones relativas al desarrollo del problema de salud, que van desde el reconocimiento de alteraciones o dificultades de distinto tipo -que posteriormente se reconocen como síntomas- a la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, como mostrarán los próximos capítulos, esta sucesión de instancias en el IT no siempre es lineal. Es decir, hay “idas y vueltas”, caminos que se cortan debido a alternativas terapéuticas que se muestran ineficaces para curar, diagnósticos que en ciertos puntos ya no resultan precisos en función de la evolución de los síntomas y variaciones en la disponibilidad y accesibilidad de recursos y actores que, desde la perspectiva de las cuidadoras, se perciben como fundamentales para concretar determinadas elecciones en relación al diagnóstico y tratamiento. Todos estos factores determinan que ciertos cursos de acción deban reconsiderarse, abandonarse o posponerse por lo que el IT muestra también tramas de acciones y decisiones que no se concretan. Ello implica incorporar en el análisis justificaciones e hipótesis en el discurso de las cuidadoras que fundamentan

estos cambios de acción y perspectivas (Sy, 2008; Gomes Tavares y Bonet, 2008; Kurokawa e Silva et al, 2016; Brage, 2020).

Al mismo tiempo el IT condensa proyecciones a futuro acerca de la evolución del problema de salud, enmarcadas en experiencias pasadas y en la representación de caminos posibles hacia su resolución. En este sentido no sólo muestra qué fue lo que efectivamente sucedió y sucede en el transcurso del problema de salud, sino también recuperar cursos de acción que son proyectados como posibles pero que no necesariamente se concretarán. Estas conductas posibles se construyen desde horizontes de expectativas y anticipaciones propias de cada individuo y su contexto, ya que se estructuran sobre la vida cotidiana. Esto implica considerar tanto las interpretaciones que los sujetos realizan en el presente sobre las acciones realizadas con el objetivo de solucionar el problema de salud, como los cursos de acción percibidos como posibles y a partir de los cuales se planifican determinadas estrategias, que pueden o no materializarse. Es por ello que el IT depende de circunstancias y situaciones de la trayectoria vital y del contexto individual, cultural y relacional en el que se desarrolla. Estas circunstancias situadas vuelven posible buscar, elegir, acceder a y efectivamente llevar adelante acciones y decisiones para manejar e intentar solucionar un problema de salud (Gerhardt, 2006; Alves, 2015, 2016; Buzzi y Sy, 2020).

En los capítulos IV y V se presentan los resultados de esta investigación, en relación al marco teórico metodológico desarrollado en este capítulo y la estrategia de análisis centrada en la reconstrucción de los IT a partir de los ocho casos de enfermedad relevados. Asimismo, se discuten algunos aspectos del análisis de los IT que resultan relevantes en relación a otros estudios e investigaciones. El capítulo IV se enfoca en la descripción de las maneras y situaciones en que actores y recursos brindan apoyo social a las cuidadoras y sus hijos/as durante el desarrollo de los IT, así como de las alternativas terapéuticas que se seleccionan para el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud que afectan estas mujeres y NyN. Posteriormente, el capítulo V aborda el desarrollo y articulación de las instancias de los IT relativas a la detección de alteraciones o dificultades de distinta índole, su consideración como síntomas de un problema de salud y la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. En la última sección de este capítulo se describen las instancias finales de los itinerarios: la resolución del problema de salud o la proyección del IT.

Capítulo IV

Actores, recursos y alternativas terapéuticas en los itinerarios terapéuticos

Este capítulo desarrollo la primera parte de los resultados de esta investigación, a lo largo de tres secciones. En la primera, me ocupo de describir cada uno de los IT y, en función de las hipótesis que se plantean en el discurso de las cuidadoras acerca de la etiología de los problemas de salud, diferencio dos tipos. En los IT del primer tipo, los síntomas de *susto*, *nervios* o *falseado* que las madres experimentan durante la etapa perinatal se vinculan en sus relatos con el desarrollo del problema de salud de sus hijos/as, al permitirles explicar cómo y por qué enfermaron. En los del segundo tipo, los problemas de salud infantiles, según el relato de las cuidadoras, no aparecen vinculados a síntomas o dolencias de las madres durante el embarazo, parto o puerperio. Este aspecto, además de permitirme delimitar dos subconjuntos dentro de los ocho IT analizados, me permite reconocer diferencias en el desarrollo de sus instancias.

En la segunda sección describo y contextualizo las situaciones en que diversos actores brindan apoyo social a las cuidadoras y sus hijos/as en cada una de las instancias. Como parte de esta sección comparo la participación de actores en los IT según sucedan dentro o fuera de Molinos, y de acuerdo a su vínculo con las cuidadoras, su lugar de residencia y los recursos que aportan.

En la última describo las alternativas terapéuticas que se articulan para diagnosticar y tratar los problemas de salud en los itinerarios: la biomedicina, los médicos campesinos y las acciones en el marco de la UD. Como parte de esta sección identifiqué los criterios que las cuidadoras ponen en juego para apelar a una o más de estas alternativas en el transcurso del itinerario, en función de factores como el tipo de problema de salud y su gravedad, la evaluación de la efectividad para diagnosticar y tratar el problema de salud y la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de cada una de estas alternativas.

1. Los itinerarios terapéuticos de mujeres y sus hijos e hijas en Molinos

En el capítulo III describí el proceso de identificación y relevamiento de los casos de enfermedad que conforman el corpus que analizo. Allí mencioné que este conjunto, y por lo tanto los IT que reconstruyo a partir de ellos, es heterogéneo por varias razones: las variaciones en la extensión temporal, en la cantidad y tipo de instancias y si concluyen –o no– con la resolución del problema de salud. Si bien varios de estos aspectos serán abordados en profundidad en el siguiente capítulo, es necesario aclarar que no utilizo *resolución* únicamente en el sentido de alcanzar una cura que solucione el problema de salud, finalizando así el IT. También puede suceder que el IT concluya con la adopción de una estrategia que permita manejar el problema de salud sin necesariamente curarlo, por ejemplo realizando un tratamiento enfocado en controlar determinados síntomas. O bien que, durante el periodo de relevamiento, no se haya identificado una cura o tratamiento para ese problema de salud y por lo tanto éste se extienda en el tiempo dejando “abierto” el IT y proyectándolo más allá de la niñez de sus protagonistas.

Una diferencia que se fue haciendo visible a medida que avanzaba en el análisis radica en la manera en que se explica el origen de los problemas de salud infantiles en el relato de las cuidadoras. Es decir, cómo ellas identifican y describen las causas del problema de salud de sus hijos/as. Esto me llevó a diferenciar dos subconjuntos dentro del corpus, cada uno conformado por cuatro IT.

En el primer subconjunto, en el relato de las cuidadoras se destacan episodios a partir de los cuales explican cómo y por qué sus hijos/as enfermaron. Se trata de eventos específicos que suceden en la etapa perinatal o en momentos inmediatamente anteriores al embarazo, durante los cuales las madres muestran síntomas -tanto físicos como emocionales- de *susto*, *nervios* o *falseado*. En los casos de *susto*, éste se produce y diagnostica durante el embarazo, afectando al bebé que nace *asustado desde el vientre*. En los casos de *nervios* y *falseado*, se trata de dolencias detectadas y diagnosticadas durante la niñez y adolescencia de las mujeres o en momentos tempranos del embarazo, pero que se manifiestan sintomáticamente durante el embarazo y parto, afectando directa o indirectamente a sus hijos/as desde el nacimiento. En estos relatos la relación de causalidad que establecen las mujeres entre determinados eventos de su propia trayectoria y el problema de salud de sus hijos/as desde el nacimiento resulta central en la estructuración del IT. Este vínculo causal, al mismo tiempo que permite identificar qué problema de salud sufren NyN y su etiología, delimita un conjunto posible de alternativas terapéuticas, actores y recursos para su diagnóstico y tratamiento.

En el segundo subconjunto se agrupan los cuatro IT restantes, en los cuales las cuidadoras no establecen relaciones de causalidad entre eventos de sus propias trayectorias con los problemas de salud que afectan a sus hijos/as. Si bien en algunos de los IT de este subconjunto NyN son afectados por dolencias del ámbito de la medicina tradicional como *susto*, en casi todos los casos se cura rápidamente sin consecuencias sobre otros aspectos del crecimiento o desarrollo como sí sucede –real o potencialmente- en los IT del primer subconjunto. Por otra parte, también se identifican en los IT de este subconjunto problemas de salud desde el nacimiento de NyN, pero no se postula en el relato de las madres que sus causas se encuentren en dolencias o eventos que hayan sucedido durante el embarazo o el parto.

A continuación, la descripción de los IT que componen ambos subconjuntos permitirá ilustrar estos aspectos, así como el desarrollo de las instancias de cada uno de ellos. Además hará posible contextualizar los recursos, actores y alternativas terapéuticas que describo en las secciones 2 y 3 de este capítulo.

1.1. El primer subconjunto: los itinerarios terapéuticos de María, Ana, Micaela, Andrea y sus hijos e hijas

Vivir “asustado desde el vientre”

El primero de los IT donde se vinculan las trayectorias de madre e hijo es el de María y su hijo Lucas. Viven en el pueblo de Molinos con la madre y dos hermanos de María, con sus respectivas parejas e hijos/as. En el frente de su casa María instaló un pequeño almacén y hace también artículos de decoración para vender. Desde el nacimiento hasta sus ocho años Lucas sufre una serie de problemas de salud -respiratorios y digestivos- que se diagnostican y tratan de una manera efectiva tanto en el hospital de Molinos como en el HPMI, lo cual implica en este periodo varios viajes a la ciudad de Salta por consultas y derivaciones. En todas las instancias del IT María cuenta con el apoyo material y emocional de su madre, lo cual destaca varias veces a lo largo de su relato.

De manera paralela a los problemas de salud recurrentes, al comenzar el jardín de infantes a los cuatro años, Lucas muestra diversos problemas de adaptación al entorno y la rutina escolar que se agudizan cuando empieza la escuela primaria. María consulta en este momento

con una psicóloga y una psicopedagoga en Molinos y Cachi, pero ninguna de las profesionales le diagnostica una patología particular ni le sugiere iniciar ningún tratamiento. Desde la perspectiva de María los problemas de desempeño escolar de su hijo se deben a que el niño sufre de *nervios y susto desde el vientre*. El *susto* que ella sufrió en las últimas semanas de su embarazo provocaron que “rompiera bolsa” de manera prematura haciendo que su parto fuera muy dificultoso y extenso, y que además su hijo naciera *asustado desde el vientre*. Plantea que Lucas es *nervioso* porque su propio estado emocional durante el embarazo, caracterizado por constante angustia, tristeza y preocupación “se transmitió” a su hijo. Esta serie de síntomas emocionales es, desde su perspectiva, un indicador de que ella sufría *nervios* durante ese periodo causados por una serie de situaciones estresantes que debió atravesar: el final de su relación con el padre de Lucas y que él no reconociera su paternidad, la consecuente situación de ser “madre soltera” y la interrupción de sus estudios universitarios para encargarse de su hijo.

Entre los cuatro y ocho años de edad Lucas es diagnosticado con *susto* por cinco médicos campesinos y también con *nervios* por uno de ellos. Estos médicos campesinos que diagnostican al niño residen no solo en el pueblo, sino también en localidades cercanas y en la ciudad de Salta. Aunque con cada uno de ellos se inicia el tratamiento para curar el *susto* y los *nervios*, por distintas razones ninguno se completa. Es por ello que el niño no solo sufre estas dolencias durante todo el IT, sino que en el relato de María se proyecta la posibilidad de que la condición de ser *asustado desde el vientre* pueda agravarse en el futuro, si no es tratado y efectivamente curado.

Ser madre estando *falseada*

El segundo IT de este subconjunto es protagonizado por Ana y su hija Sofia. Ana vive en el pueblo junto con su pareja, sus tres hijos y su abuelo materno. Trabaja en la sede local de una institución provincial y su pareja realiza trabajos temporarios de albañilería y construcción.

El IT comienza con el nacimiento prematuro de la niña, a los seis meses de gestación, cuando Ana se encontraba estudiando una carrera terciaria en la ciudad de Salta y vivía allí en un albergue con otros estudiantes del interior de la provincia. Luego del nacimiento, Sofia permanece internada durante dos meses en el HPMI y una vez que la dan de alta debe ser controlada durante otros seis meses por especialistas en ese centro de salud. En todo este periodo, Ana destaca el apoyo emocional de sus compañeros de estudio y uno de sus

hermanos, que también vivía en la ciudad. Dos de sus tías le dan alojamiento junto con su hija cuando dan de alta a la niña y viven durante el periodo de controles semanales con ellas, quienes además la ayudan económicamente.

Una vez que los controles son más espaciados pero continúan realizándose en el HPMI, ambas regresan a Molinos a vivir con los padres y hermanos menores de Ana y viajan a la ciudad periódicamente para las consultas. Si bien Sofía puede superar esta etapa sin secuelas graves, hasta alrededor de los tres años sufre una serie de problemas respiratorios recurrentes, que tanto los médicos como su madre atribuyen a su nacimiento prematuro. En este periodo la niña es diagnosticada y tratada de manera frecuente por diferentes enfermedades respiratorias, primero en el hospital de Molinos, luego en el de Seclantás y algunas veces también en el HPMI. A esto se suma el hecho de que desde el nacimiento tiene bajo peso y baja talla para su edad, por lo que también la diagnostican con desnutrición.

En su relato, Ana atribuye la causa de su parto prematuro a que está *falseada* desde que era niña y, si bien fue diagnosticada por un médico campesino, nunca se curó completamente de esta condición. Este *falseado* le provoca frecuentes dolores de espalda durante el embarazo, que se suman al esfuerzo físico que implicaban las prácticas de estudio que hacía en ese momento. Todos estos factores explican, desde su perspectiva, que el parto se haya adelantado provocando que su hija naciera prematuramente, causando distintos problemas de salud durante su crecimiento.

Nacer con nervios

El tercero de los IT que integran este subconjunto es el de Micaela y su hija Ema. Micaela vive en la finca 1 junto con su pareja, su hija, sus suegros, los hermanos menores de su pareja, la abuela de su pareja, y transitoriamente una sobrina de su suegra. Micaela se dedica durante el día al cuidado de su hija y su pareja a realizar tareas de agricultura en la finca. Ambos retomaron sus estudios secundarios recientemente, por lo que todas las tardes se trasladan hasta Molinos para asistir a clases. Durante estas horas Ema queda al cuidado de la suegra de Micaela, quien la alimenta, la baña y la hace dormir.

Micaela tiene tres hermanos y siete hermanas, de las cuales cinco viven actualmente en el pueblo. Una de ellas es Ana, protagonista del caso anterior. Antes de quedar embarazada, Micaela alternaba su residencia entre la casa de su madre en el pueblo y la de Ana. Ema, de casi un año de edad, es diagnosticada por la suegra de Micaela como *asustada* al presentar

síntomas como llorar con frecuencia y sobresaltarse estando dormida. Por este motivo, la abuela paterna de la niña recomienda la consulta con una médica campesina de un paraje cercano, conocida de la familia. La terapeuta no solo confirma el *susto*, sino que también diagnostica a la niña con *nervios* y prescribe un tratamiento.

A partir de este diagnóstico Micaela sostiene que su hija es *nerviosa* porque ella misma sufre de esta condición desde que era adolescente y se la transmitió a la niña durante el parto. Los síntomas de *nervios* que Micaela tuvo durante momentos estresantes de su adolescencia fueron llanto y gritos. Además relata que, frente a conflictos o peleas en el colegio secundario con sus compañeros, ella “revoleaba todo” y su madre tenía que “darle baños de agua fría” para que se calmara. Detalla también una situación conflictiva con una de sus tías para ilustrar sus reacciones siendo *nerviosa*, además de episodios de *nervios* de sus hermanos y otra de sus tías. La descripción de Micaela de sus propias manifestaciones de *nervios* y las de otros miembros de su familia muestran las potenciales consecuencias de *ser nerviosa* que podría tener Ema si no es tratada y curada por esta condición. Hacia el final del relevamiento de este IT, si bien el tratamiento para *susto* de la niña se había completado exitosamente, no así el de *nervios*, que debía iniciarse en próximas consultas a la médica campesina.

“Cuando nació estaba asustadita”

El último de los IT de este primer subconjunto es protagonizado por Andrea y su hija menor Delfina. Andrea vive junto a su esposo y sus cuatro hijos e hijas menores en la finca 1. Ella se dedica a las tareas domésticas y su esposo a tareas agrícolas en la finca.

El IT comienza con la detección, diagnóstico y tratamiento de una serie de episodios de convulsiones que Delfina sufre entre los cuatro y cinco meses de edad. La niña es atendida tanto en el hospital de Molinos como en el de Seclantás durante estos episodios, que se repiten con una diferencia de semanas. En el último es derivada al HPMI donde se le realizan estudios e inicia un tratamiento con medicación que se mantiene al menos hasta los dos años de edad. Durante los viajes a la ciudad de Salta para los controles de este tratamiento en el HPMI, dos de los hermanos y el hijo mayor de Andrea, que viven en la ciudad, la alojan con su hija y además la acompañan hasta el hospital. En cada una de estas ocasiones su marido se queda en la finca para seguir trabajando y encargarse de la organización doméstica y el cuidado de los hijos mayores, junto con la madre de Andrea que vive muy cerca.

Al mismo tiempo que realiza el tratamiento por las convulsiones, Delfina recibe un diagnóstico de bajo peso durante los controles de rutina en el hospital de Molinos, por lo cual se le indica una dieta especial que es monitoreada por el AS a cargo de las visitas domiciliarias. En su relato la madre manifiesta su preocupación por la dificultad de que la niña aumente de peso, inclusive siguiendo las prescripciones médicas y del AS.

Paralelamente, Delfina sufre una caída al cumplir un año, por lo que Andrea sospecha que pudo haberse *asustado* o *falseado*. Es por ello que consulta a una médica campesina de Cachi, quien diagnostica que la niña está *asustada desde el vientre*. En su relato, Andrea sostiene que este *susto desde el vientre* fue causado porque ella se *asustó* durante su embarazo. Si bien en ese momento su abuelo diagnosticó que estaba *asustada*, no se curó adecuadamente.

Junto con el diagnóstico de *susto desde el vientre*, la médica campesina sostiene que Delfina tiene “debilidad” y es “un poco anémica” según el relato de Andrea, lo que ella vincula causalmente tanto con el bajo peso de su hija como con los repetidos episodios de convulsiones. Todos estos diagnósticos, tanto biomédicos como de la medicina tradicional, se combinan en el relato de la madre para explicar el estado de salud de su hija durante los dos primeros años de vida. Sin embargo, desde la perspectiva materna, la causa última de todos ellos es el *susto desde el vientre* que sufre la niña y por el cual es tratada por la médica campesina.

1.2. El segundo subconjunto: los itinerarios terapéuticos de Florencia, Adriana, Carolina, Verónica y sus hijos e hijas

“Los niños como ella tardan en hacer, tardan en aprender”

El primer IT de este segundo subconjunto es el de Florencia y su hija menor Martina. Viven en la finca 2 junto a la madre y cuatro hermanos de Florencia. Los dos hijos mayores de Florencia viven con su padre en un paraje cercano y la visitan ocasionalmente.

El IT de Martina comienza luego de su nacimiento, cuando la internan en terapia neonatológica del HPMI en la ciudad de Salta debido a dificultades respiratorias. En este

periodo le realizan análisis ya que sospechan que tiene un trastorno genético no hereditario⁶³, lo que se confirma un mes después. Al momento de recibir el diagnóstico en el HPMI, los profesionales la refieren a un centro de estimulación temprana y educación inicial para NyN con esta condición en la capital salteña. Florencia, en conjunto con su madre, evalúan que no resultaría factible iniciar ningún tratamiento allí, por la distancia, la frecuencia con la que deberían viajar, el costo económico y otros aspectos vinculados a la organización de la UD que componen en finca 2.

El diagnóstico de este trastorno genético no hereditario, junto con el bajo peso desde el nacimiento son la causa –tanto para el personal sanitario de Molinos como para Florencia- de los problemas de salud de Martina hasta al menos los tres años, momento en el cual finaliza el relevamiento del caso. A lo largo de esos tres años Florencia realiza frecuentes consultas al hospital de Molinos y al puesto sanitario de la finca por síntomas de tipo respiratorio y/o digestivo que su hija presenta en diferentes ocasiones, además de que le diagnostican desnutrición y bajo peso. Los tratamientos en su mayoría implican internaciones en el hospital de Molinos o bien derivaciones hacia otros centros de salud de mayor complejidad, como el hospital de Cachi o el HPMI. Durante estas internaciones se tratan, por un lado, la desnutrición y el bajo peso de la niña a partir del seguimiento de un nutricionista realizando soporte nutricional. Ello implica la internación de madre e hija durante varias semanas al año para corregir los problemas de deglución⁶⁴ que no le permiten alimentarse adecuadamente, además de prescribir y administrarle una dieta especial para que alcance un peso adecuado. Por otro lado, en el transcurso del IT se diagnostican y tratan de manera recurrente problemas de salud de tipo respiratorio. En estas ocasiones la consulta inicial y el diagnóstico se realizan en el puesto sanitario de la finca 2 o en el hospital de Molinos y el tratamiento, si requiere internación, se lleva adelante en este último centro de salud o se deriva al HPMI.

Paralelamente, durante los dos últimos años del relevamiento, Martina comienza un tratamiento de estimulación temprana en la Escuela Especial de Cachi, que supone que Florencia y su hija viajen y se alojen en esta localidad entre dos y tres días a la semana. Uno de los tíos de Florencia que vive en Cachi, cerca del centro educativo, las aloja los primeros meses. Luego de este período Florencia toma la decisión de suspenderlo por las dificultades

⁶³ El diagnóstico no se especifica para asegurar el anonimato.

⁶⁴ Estas dificultades de deglución son atribuidas por los profesionales que la atienden al trastorno genético diagnosticado.

materiales y de organización doméstica que implica vivir varios días a la semana fuera de la finca.

En el relato de Florencia se manifiesta su propia preocupación, como también la de su madre y su hermana, acerca de la dificultad de Martina para aprender a caminar o hablar al mismo ritmo que sus hermanos y primos. Esta preocupación convive con la imposibilidad de sostener los tratamientos médicos que serán necesarios a lo largo de toda la vida de su hija, por las dificultades que supone trasladarse y alojarse por largos periodos fuera de finca.

“Ellas en la escuela no aprenden nada”

El segundo de los IT de este subconjunto es el de Adriana y sus hijas menores gemelas, Agustina y Valentina. Adriana es la madre de Florencia, vive en finca 2 en la misma UD que su hija y se dedica a las tareas domésticas y al cuidado de su *hacienda* (ganado) y cultivos.

El IT de Agustina y Valentina se inicia cuando comienzan el jardín de infantes, entre los cinco y los seis años. En la escuela de finca 2 permanecen albergadas durante la semana y son las maestras y la directora quienes detectan dificultades de aprendizaje en ambas, las cuales Adriana resume diciendo que sus hijas “no pueden estudiar”. Pocos meses después de comenzado ese primer ciclo lectivo, la directora de la escuela solicita una consulta para que sean evaluadas en el hospital de Molinos. Desde allí las derivan al HPMI, donde después de realizarles estudios diagnostican a ambas con un problema de salud que implica compromiso cognitivo⁶⁵.

En este punto se prescribe un tratamiento para las niñas que implica la atención de varios especialistas y que se debe llevar adelante en la ciudad de Salta, ya que no hay instituciones que puedan realizarlo en ninguna localidad cercana a la finca 2 en ese momento. Ante la imposibilidad de viajar periódicamente a la ciudad, Adriana decide no iniciarlo. Agustina y Valentina comienzan la escuela primaria luego de un año de jardín de infantes, y permanecen cursando el primer grado durante más de dos años en la escuela de finca, periodo en el cual su madre reconoce que “les cuesta aprender” en la escuela. Sin embargo, Adriana destaca que ambas se desempeñan en el ámbito doméstico mostrando habilidades acordes a su edad: cuidan a los animales, ayudan en la preparación de la comida y la recolección de leña, entre otras tareas.

⁶⁵ El diagnóstico no se especifica para asegurar el anonimato.

El relevamiento de este IT se extiende hasta los nueve años de edad de las niñas, momento en que la madre relata su preocupación por que aún no consiguen “hablar bien”. Es por ello que consulta a un médico campesino en un paraje cercano que diagnostica *susto* en ambas. De acuerdo a Adriana, al comenzar el tratamiento prescrito por el terapeuta, Agustina y Valentina “han empezado a hablar”. El relevamiento finaliza en este momento, donde Adriana manifiesta su intención de realizar una nueva consulta cuando el médico campesino viaje hacia la finca. En la primera consulta el terapeuta advierte que las niñas seguirán teniendo dificultades durante toda su vida para el aprendizaje escolar y se “desarrollarán tarde”, según relata Adriana. Sin embargo, de acuerdo a lo prescrito por el médico campesino y sostenido por Adriana, es necesario continuar el tratamiento para curarlas del *susto*, ya que de esta manera lograrán finalmente superar sus dificultades en el habla.

Asustarse en el hospital

El tercero de estos IT es el de Carolina y su hijo menor Agustín y abarca los primeros meses de vida del niño. Carolina vive con su pareja y sus tres hijos en la finca 1 y se dedica al pastoreo de cabras, el cuidado de sus hijos y las tareas domésticas.

Agustín es el primero de sus hijos que nace en el HPMI, por lo que la derivan desde Molinos a la ciudad de Salta unas semanas antes de la fecha de parto. Durante estas semanas se aloja con parientes de su marido que viven en las afueras de la ciudad y son ellos quienes la llevan al hospital cuando comienza el trabajo de parto. Luego del nacimiento, se quedan ambos en la ciudad unos días más, pero casi inmediatamente después de que volvieran a la finca, el niño es derivado al HPMI e internado⁶⁶. Varios días después es dado de alta y regresan a la finca, pero en un control posterior en el hospital de Molinos vuelven a detectar los mismos síntomas por lo que lo internan una vez más en el HPMI, con el mismo diagnóstico que en la primera ocasión.

Unas semanas después de volver finalmente a la finca, Carolina relata que, como consecuencia de las dos internaciones, su hijo “volvió *cobarde* (miedoso) del hospital” porque “llora mucho” y se sobresalta con los ruidos. Ella atribuye este cambio de conducta a que el niño se *asustó* debido a las intervenciones médicas durante las internaciones, en particular cuando le extraían sangre varias veces al día y él “lloraba a los gritos y (los enfermeros) no lo podían hacer callar”. Es por eso que un mes después del alta hospitalaria

⁶⁶ El diagnóstico no se especifica para asegurar el anonimato.

consulta a una médica campesina de un paraje cercano, quien confirma el diagnóstico de *susto* e indica un tratamiento. Éste consiste en que la médica campesina lo *llame* en tres ocasiones y que Carolina lo *sahume* varias veces en su casa. En este punto, con la administración del tratamiento que resulta efectivo para curar al niño, finaliza el IT.

“Empiezan a decaer y ya no se mueven más”

El último IT de este subconjunto es el de las hijas menores de Verónica, Catalina y Milagros, ambas fallecidas por la misma enfermedad con casi tres años de diferencia. Verónica está en pareja, vive en la finca 1 junto a dos hijos, ambos adolescentes, y realiza trabajos temporales de agricultura y pastoreo de animales.

Los IT de ambas niñas se inician de la misma manera⁶⁷. Según el relato de la madre al cumplir tres meses, ambas sufrieron episodios de fiebre y convulsiones, luego de los cuales no podían moverse ni tragar, quedándose repentinamente “sin movilidad, bien *caiditas*⁶⁸” y con dificultades para respirar. En el caso de su hija mayor, Catalina, consulta por estos síntomas en el hospital de Seclantás desde donde es derivada al HPMI. Allí, luego de una serie de estudios la diagnostican con una enfermedad congénita severa⁶⁹ y dos meses después fallece.

Su hija menor, Milagros, nacida tres años después, es derivada a los cuatro meses de edad al HPMI con síntomas similares a los de su hermana y sospecha del mismo diagnóstico. Un mes después se confirma que sufre la misma enfermedad que su hermana y fallece luego de permanecer internada casi tres años en terapia intensiva neonatológica del HPMI. Respecto al diagnóstico que reciben sus hijas, Verónica relata que los médicos les comunican a ella y a su pareja que se trataba de una condición hereditaria sólo después de detectarla en su hija menor. En este sentido resulta desde el principio impactante e inesperado para ella el diagnóstico de una condición hereditaria, ya que sus hijos mayores “son todos sanitos”.

Durante estas dos internaciones prolongadas, Verónica y su pareja tienen dificultades para poder alojarse en la ciudad y cubrir los gastos que esto implica. Recurren a varios parientes que los alojan en distintos periodos y durante la internación de su hija menor su pareja debe

⁶⁷ Debido a que las instancias son las mismas, se tomó la decisión de analizarlo como un único IT.

⁶⁸ Sin tonicidad muscular, lo que les imposibilitaba moverse.

⁶⁹ El diagnóstico no se especifica para asegurar el anonimato.

buscar un trabajo en la ciudad y ella debe volver por periodos a la finca para poder sostenerse económicamente.

2. ¿Quiénes y cómo participan de los itinerarios terapéuticos? Actores, sus vínculos con las cuidadoras y recursos que aportan

En todos los IT participan actores, además de las cuidadoras y sus hijos e hijas, que aportan diferentes recursos. Estos actores tienen en su mayoría vínculos de parentesco con las cuidadoras y median en el acceso a recursos tanto materiales -como dinero, transporte y alojamiento fuera de Molinos- como emocionales, como el acompañamiento y el consejo que se brinda a las cuidadoras. El apoyo que proveen resulta central en el cuidado de la salud de mujeres y NyN y además posibilita la detección, el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

Desde una perspectiva relacional, la participación de actores y los recursos implicados en el desarrollo de los IT puede analizarse desde el concepto de apoyo social. Fernandez Peña (2005) lo define como la ayuda accesible a un individuo a través de sus lazos sociales con otros sujetos, con grupos e instituciones y con la comunidad global. Desde el enfoque del análisis de redes sociales (ARS) se lo considera un elemento relacional en tanto es contenido y movilizado al interior de una red de relaciones. Éstas configuran un marco estructural, el cual permite o no que ese apoyo sea accesible a los individuos (Lin et al 1984, en Fernandez Peña, 2015).

Saranson et al (1983) distinguen en el apoyo social dos elementos: la cantidad de otros disponibles a los cuales las personas consideran que pueden dirigirse en momentos de necesidad y el grado de satisfacción que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible. Asimismo, diversos autores plantean que la cantidad de vínculos disponible no necesariamente garantiza mayor eficacia en la resolución de un problema. Es decir, muchas veces redes de tamaño pequeño son altamente eficaces dependiendo de su composición y los atributos de los actores que la integran, en particular, el grado de implicación emocional que se encuentra asociado con la relación (Hanneman, 2000; Pasarin, 2011).

Por su parte Fernandez Peña (2015), en el marco de su investigación sobre individuos con dolor crónico, utilizando el enfoque teórico metodológico del análisis de redes sociales (ARS), distingue tres tipos de apoyo social:

-el apoyo emocional como recurso interpersonal que se pone en juego en momentos de estrés, como por ejemplo el transitar un problema de salud e incluye, entre otros, la escucha atenta, compartir experiencias, transmitir confianza;

-el apoyo informacional que implica recibir información sobre distintas alternativas y recursos relevantes para afrontar o resolver un problema particular. Este tipo de apoyo adquiere importancia cuando los recursos del individuo se muestran insuficientes para resolver un problema complejo o que se extiende en el tiempo;

-el apoyo instrumental o material define un conjunto diverso de ayudas como por ejemplo la colaboración en distintos aspectos de la organización doméstica, ayuda monetaria, en el transporte y alojamiento, entre otros.

Numerosos trabajos integran el concepto de apoyo social en el abordaje de los PSEA. Por ejemplo Price (1992) analiza los mecanismos y estrategias que se utilizan a nivel individual y colectivo para afrontar y manejar la enfermedad. El modelo que propone posee tres componentes: los procesos psicológicos para enfrentar la enfermedad, las defensas intrapsíquicas y la movilización de apoyo social. En relación a este último, sostiene que la resolución de los problemas de salud, si bien tiene aspectos individuales, es un proceso de carácter fundamentalmente colectivo. En este marco, el apoyo social no solo interviene en la construcción individual de los sentidos de la enfermedad sino que también viabiliza a diferentes niveles recursos necesarios para la búsqueda de diagnóstico y tratamiento.

Con respecto a las investigaciones sobre salud MI, Pasarín (2011) plantea que el apoyo social para las mujeres que transitan un embarazo implica la transmisión de experiencias a nivel intergeneracional en relación a prácticas y comportamientos de cuidado durante el embarazo, y consejos para resolver dificultades de salud. El apoyo también se expresa en la colaboración en tareas como el cuidado de otros/as hijos/as de la mujer para permitir la asistencia a controles prenatales y la compra de medicamentos, entre otros. Las redes de las mujeres embarazadas están integradas principalmente por familiares, con vínculos caracterizados por la proximidad y la confianza, que no solo brindan consejos y ayuda instrumental, sino que también operan como reductoras del estrés y favorecen el monitoreo del estado de salud (Infante Castañeda, 1988, 1990; Sluzki, 1995).

En esta sección me propongo mostrar en qué momentos de los IT y en función de qué factores, las cuidadoras apelan a vínculos y recursos con el objetivo de obtener apoyo para el cuidado de la salud y el tratamiento de problemas de salud propios y de sus hijos/as. En el

marco de cada IT analizado, los vínculos adquieren importancia en función de aspectos como la cercanía y confianza que tienen las cuidadoras con cada actor, la localización geográfica de cada individuo y los recursos que puede aportar en cada momento. Las cuidadoras articulan estos vínculos y recursos en cada instancia considerando el tipo de problema de salud, su gravedad y evolución en el tiempo, así como su propia experiencia en el manejo de los síntomas. De esta manera, el apoyo obtenido a través de estos vínculos se torna relevante en tanto parte de las decisiones que ellas toman durante el proceso de detección de síntomas y búsqueda de diagnóstico y tratamiento.

2.1. Participación de actores que residen en Molinos

2.1.1. Mujeres de la generación anterior a las cuidadoras

Durante el periodo perinatal, en particular durante el embarazo y en el periodo inmediatamente posterior al parto las mujeres emparentadas con las cuidadoras, de una o dos generaciones anteriores a ellas, adquieren gran relevancia. Madres, *mamis*⁷⁰ y abuelas las aconsejan sobre los cuidados que deben seguirse tanto para evitar complicaciones en el embarazo como para lograr una rápida recuperación luego del parto y evitar la *recaída*⁷¹. Los consejos y ayuda de estas mujeres son valorados en función del reconocimiento de su experiencia al haber transitado varios embarazos y partos, y por la relación de confianza que las vincula con las cuidadoras (Remorini et al., 2010; Jacob et al., 2011; Morgante y Remorini, 2018; Jacob et al., 2021).

Durante el embarazo y el primer periodo del puerperio, las madres aconsejan observar algunos cuidados en las tareas cotidianas que implican no realizar determinadas tareas y movimientos, como no “hacer fuerza”. Luego del parto se aconseja no tener contacto con el agua y evitar bañarse y lavar ropa, además de no exponerse a temperaturas extremas, por lo que la puérpera no debe estar al sol, hornear ni “enfriarse las espaldas”. Todas estas restricciones tienen como objetivo evitar la *recaída* luego del parto, la cual puede ocasionar

⁷⁰ Se trata de mujeres de una o dos generaciones anteriores a las cuidadoras, quienes asumen la función materna temporal o definitivamente y son además referentes tanto en la crianza como en el cuidado de la salud de los integrantes de la UD (Morgante y Remorini, 2018). Al respecto ver capítulo I sobre la caracterización de la organización de las UD.

⁷¹ Conjunto de síntomas y malestares que pueden producirse en los días posteriores al parto debido a la exposición de la puérpera a situaciones que producen un desbalance frío/calor.

complicaciones en la salud de las mujeres -meses e incluso años después- si no es diagnosticada y tratada. Al respecto, una de las mujeres entrevistadas de las fincas que ha tenido múltiples partos sostiene que actualmente sufre las consecuencias de las *recaídas* acumuladas durante sus puerperios que no fueron curadas.

“dicen que son recaídas los dolores de hueso, dolores de mano, que yo no puedo lavar, (que tengo) dolor de cabeza, mucho, mucho, transpiro (...) son recaídas porque no me cuidaba en esos días del parto (...) me ha dicho el médico campesino ‘usted tiene muchas recaídas de antes, que ha tenido a sus hijos, no se ha cuidado nada del fuego, del agua, del sol’, eso son los (dolores) que ahora están apareciéndome” (2017)

En los relatos acerca de experiencias de embarazo, el grado de aceptación de las pautas de cuidado transmitidas por mujeres de generaciones anteriores se conjuga con factores propios de las trayectorias de las cuidadoras. Por ejemplo, aquellas mujeres que ya han transitado uno o más embarazos con controles prenatales y partos hospitalarios privilegian su propia experiencia, aunque destacan la importancia de contar con consejos y cuidados de madres y *mamis* al tener su primer hijo. En este sentido, respecto al acompañamiento de su *mami* durante sus embarazos, Adriana plantea "a veces sí y a veces no (seguía sus recomendaciones) (...) siempre he trabajado embarazada y nunca me pasó nada gracias a dios" (2013).

Por otro lado, las mujeres más jóvenes muestran una mayor adhesión al discurso biomédico, privilegiando las recomendaciones del personal sanitario por sobre otro tipo de consejos. Esto sucede debido a que están familiarizadas con los controles y pautas de cuidado que prescribe el sistema sanitario, por haber crecido en un contexto donde se acude al hospital de manera frecuente y se reciben visitas de seguimiento del personal de salud. Desde su perspectiva, una de las ventajas de los partos en el hospital es que la recuperación posterior es más rápida en comparación a la que transitaban sus madres y abuelas luego de tener hijos/as en sus casas, para quienes el sistema sanitario en la zona no era un recurso accesible como lo es desde las últimas décadas (Remorini y Palermo, 2012).

Diferencias generacionales en relación a la atención y cuidado durante el periodo perinatal también se han descrito para otros ámbitos del NOA. En Susques (Puna jujeña) Drovetta (2016) analiza las diferencias en las experiencias de las mujeres más jóvenes, quienes tienen actualmente casi en su totalidad partos hospitalarios, con respecto a las de sus madres y abuelas, quienes tuvieron a sus hijos/as en sus casas, asistidas por parteras empíricas y

parientes. Un factor central en los cambios relativos al tránsito del embarazo, parto y puerperio es, según la autora, la presencia sostenida del sistema público de salud en el área a través del programa APS desde la década de 1990. Éste se enfocó en la captación temprana de los embarazos para realizar controles prenatales y asegurar el parto hospitalario como estrategia de reducción de la morbilidad materna y neonatal. En la aceptación e integración de las intervenciones del sistema de salud en el periodo perinatal han tenido un rol central los AS, quienes además de ser nativos de la zona son también integrantes del sistema de salud. En este sentido, actuaron promoviendo cambios en las representaciones femeninas acerca del parto en el hospital, presentándolo como una instancia reductora del riesgo para madres e hijos/as. Como señalan Hirsch y Lorenzetti (2016) el foco de APS en la salud materna y del recién nacido, sobre todo en el NOA, implicó privilegiar la atención de la etapa reproductiva por sobre otros eventos en las trayectorias vitales de las mujeres, al tiempo que se reemplazaron actores y prácticas del ámbito de la medicina tradicional en el embarazo y puerperio por la exclusividad de la intervención biomédica en estas etapas.

Otro de los factores para la selección de consejos y pautas de cuidado perinatal se vincula a la cercanía espacial de las madres y *mamis* con las cuidadoras durante esta etapa. Si estas mujeres mayores forman parte de la misma UD que la cuidadora, o bien de UD emparentadas localizadas en zonas geográficas cercanas, es más probable que participen aconsejando y ayudando en la realización de tareas cotidianas como cocinar, limpiar y cuidar de los hijos/as y la hacienda (ganado). Esto responde a arreglos de cooperación que pueden ser temporales, es decir, únicamente por el periodo que se considere que la mujer necesita ayuda durante el embarazo o luego del parto. En otros casos, se trata de UD compuestas por al menos dos generaciones de mujeres –madre o *mami* e hija- donde las mayores reemplazan total o parcialmente a las más jóvenes en estas tareas durante el periodo perinatal. Inclusive es frecuente que las madres y *mamis* contraten ayuda externa para aliviar la carga de trabajo de las mujeres durante el embarazo y puerperio, sobre todo para ocuparse de los trabajos que requieren mayor esfuerzo físico como mantener el rastrojo (parcela de cultivo).

Por otro lado, estos consejos y arreglos temporales no siempre son deseables o incluso factibles para las cuidadoras, y hasta pueden entrar en conflicto con sus expectativas y experiencias anteriores. Asimismo, en algunos de estos consejos, sobre todo en los que las mujeres de generaciones anteriores recomiendan evitar embarazos fuera de una pareja estable, las más jóvenes reconocen ciertas contradicciones, ya que sus propias madres o abuelas no los siguieron, siendo también ellas “madres solteras”. En este sentido, los

discursos “de las *mamis*” son incompatibles, al menos en algunos aspectos, con sus propias trayectorias reproductivas y de maternidad:

“(durante el embarazo) la mamá siempre te cuida que no hagas fuerza, que no hagas esto, lo otro que pueda afectar tu embarazo. Pero información de cómo cuidarse, esas cosas, por ahí mamá (nos daba) muy poco porque ella no la tuvo tampoco. Los padres de antes no tenían esa información, o si la tenían tampoco la transmitían” (María, 2013)

Las madres, *mamis* y suegras de las cuidadoras también intervienen durante el desarrollo de problemas de salud de los NyN, en particular cuando participan de otros aspectos de su cuidado cotidiano (Remorini, 2020; Jacob et al., 2021). Ellas aconsejan, acompañan y validan las decisiones de las madres pero también aportan recursos materiales, respaldando la selección que hacen las cuidadoras de una determinada alternativa terapéutica. Cuando esto implica trasladarse fuera de Molinos aportan dinero para el pago del transporte o solventar otros gastos que surgen durante las consultas médicas e internaciones. Por ejemplo, a las pocas semanas del nacimiento de su hijo, María le pide plata a su madre para pagar el remis⁷² y poder acudir al HPMI, luego de que en varias consultas en Molinos no pudieran diagnosticar el problema de salud del niño. Al respecto María relata que “en ese momento yo no tenía plata, porque no cobraba la asignación⁷³, nada. Entonces le digo ‘mamá dame para el remis (...), Lucas algo tiene y yo me voy a Salta’” (2018).

En los casos en que las cuidadoras son derivadas o deciden ellas mismas consultar en un centro de salud fuera de Molinos, sus madres las acompañan y apoyan. Al respecto, el relato de Ana muestra que cuando su hija estuvo dos meses internada en el HPMI luego de nacer prematura, el rol de su madre que estaba en Molinos fue fundamental: “me sentía bien contenida (cuando su hija estuvo internada al nacer) desde acá (Molinos) con mi mamá, todos los días hablábamos” (Ana 2013). En otras ocasiones, se trasladan junto con las cuidadoras, como en el caso de María cuando operaron a su hijo en el HPMI: “Al rato (de contarle el

⁷² Autos particulares que realizan el trayecto Molinos-Salta capital con frecuencia diaria, en los cuales se paga por cada lugar (asiento) una suma fija por trayecto. Es el medio de transporte más utilizado por quienes no cuentan con auto propio, ya que el servicio de ómnibus que realiza ese mismo recorrido lo hace solo una o dos veces por semana.

⁷³ Se trata de una ayuda estatal que consiste en el pago mensual de una suma de dinero por cada hijo menor de 18 años a las madres o padres que no cuentan con un trabajo registrado. En 2009 se implementó como Asignación Universal por Hijo (AUH) y en 2016 cambió su denominación a Asignación por Embarazo para la Protección Social ampliando su cobertura a mujeres embarazadas a partir del tercer mes. El plan exige controles sanitarios y plan de vacunación obligatorio para NyN de hasta 4 años. Entre los 5 y los 18 años, se debe acreditar la concurrencia de NyN a establecimientos públicos educativos. Las mujeres embarazadas deben realizar los controles prenatales establecidos en el Plan Nacer/Sumar.

diagnóstico) ya mi mamá ya estaba viajando a Salta, iba con mi hermano (...) llegaron y me largué a llorar desesperadamente (...) y me acuerdo que me decían que todo iba a salir bien” (2018). La participación de las madres y *mamis* en estas etapas de los itinerarios adquiere mayor importancia cuando los tratamientos fuera de Molinos son prolongados o frecuentes. En estos casos que se vuelven más costosos y difíciles de afrontar para las cuidadoras, tanto económica como emocionalmente, la participación de estas mujeres de generaciones anteriores es altamente valorada.

2.1.2. Actores de la misma generación de las cuidadoras

En relación a los actores de la misma generación de las cuidadoras, quienes participan en distintas instancias de los IT son hermanos y hermanas de estas mujeres, sus parejas cuando están presentes y en menor medida otras personas con quienes ellas tienen vínculos de amistad. Hermanos, parejas y amigas pueden acompañar durante las derivaciones y/o consultas a centros de salud de la ciudad de Salta, ya sea para realizar tratamientos ambulatorios o durante el traslado en ocasión de partos o internaciones de NyN. En estos casos, puede suceder que se trasladen solo las cuidadoras ya que sus parejas, junto con otros miembros de la familia, las reemplazan en el cuidado de sus otros hijos/as (Morgante y Remorini, 2018; Jacob et al., 2021). Esta situación es relatada por Carolina al explicar los arreglos domésticos, que incluían a su pareja, cuñada y suegra, para el cuidado de sus hijos mayores en la finca durante el nacimiento y las sucesivas internaciones de su hijo menor, Agustín, en el HPMI:

“no tenía con quien dejar los chicos así que él (su pareja) no iba conmigo (cuando Agustín estaba internado) y cuando yo le tuve tampoco ha ido, se quedó con los chicos, ya entré sola ya al parto (...). Cuando yo estaba internada en la ciudad ella (su cuñada) les veía también a los dos más grandes sabía venir a dormir aquí (a su casa) venía a lavar la ropa, todo eso”
(Carolina, 2019).

Los padres de NyN, cuando no están en pareja con las cuidadoras, frecuentemente aportan dinero para la compra de pañales, leche o ropa para sus hijos/as y para los gastos de traslado hacia la ciudad cuando las mujeres son derivadas para el parto o por consultas de salud de NyN. En menor medida, hermanos y otros parientes que residen en la capital provincial visitan a las mujeres en el HPMI cuando las derivan para que el parto se realice allí o durante las internaciones de sus hijos/as. Cuando María viaja desde Molinos con su hijo destaca,

durante la espera para la consulta, el acompañamiento de su sobrino que vive en la ciudad de Salta: “como yo había ido sola de aquí (de Molinos), él (su sobrino) estaba allá (esperando en el HPMI) (...) esperó que yo entrara (a la consulta con el médico) y se fue porque tenía que trabajar (pero antes) me trajo de comer” (María, 2018).

Si bien la participación en los IT de actores que tienen vínculos de amistad de las cuidadoras es poco frecuente, están presentes aconsejando y acompañando en distintas instancias. Ana destaca el apoyo de sus amigos y compañeros de estudio en la ciudad de Salta durante la prolongada internación de su hija prematura: “han sido también los pilares cuando yo iba re mal y estaban ahí (...) yo podía contarles y ellos también sentían la misma angustia que yo sentía y se ponían mal también” (Ana, 2013).

Las mujeres de la misma generación de las cuidadoras también intervienen aconsejando sobre cursos de acción posibles cuando NyN tienen problemas de salud. Estas recomendaciones se dan durante las etapas de detección de síntomas, diagnóstico y tratamiento, particularmente cuando las cuidadoras son madres primerizas o poco experimentadas en reconocer y tratar los síntomas que presentan sus hijos/as. Las madres se apoyan en la experiencia de estas mujeres, para validar, complementar y a veces modificar sus propias decisiones en el transcurso del IT. Se recurre a ellas, por ejemplo, para interpretar *qué le pasa* al niño, es decir, si lo que sucede es esperable como parte del curso de crecimiento normal o un síntoma de un problema de salud. Las hermanas mayores de Micaela, quien es madre primeriza de una niña pequeña, cumplen este rol de consulta y consejo:

“me dicen ‘¿qué tiene? (Ema, su hija), ¿qué le pasa?’ y me preguntan si le están saliendo los dientes o si tomó aire o cualquier cosa y yo digo si sí, o si no, y de acuerdo a lo que ellas me preguntan y lo que yo les respondo me dicen ‘no, es por la edad, esto ya se le va a pasar, ellos (NyN) son así, o es la pancita, hacele masajitos’” (Micaela, 2019)

Estos actores en algunos casos también sugieren modificaciones a los tratamientos prescritos por profesionales de la salud cuando estos no muestran efectividad. Cuando su hijo pasa por un periodo con dificultades para alimentarse luego de su operación y la dieta que le indica la nutricionista no funciona para que Lucas recupere peso, María decide tomar las recomendaciones de una de sus amigas: “me dice (su amiga) ‘dale leche Nido (leche industrial en polvo para menores de dos años) eso lo va a ayudar...yo a mi hija hice así, yo le compro leche Nido’ y enseguidita se ha recuperado (del bajo peso)” (2016).

Estos consejos también se extienden hacia las maneras, disposiciones y/o actitudes adecuadas que se deben adoptar en el cuidado de NyN, sobre todo cuando experimentan un problema de salud o se percibe que están en riesgo de enfermarse. Un ejemplo de ello son los consejos que Micaela recibe de su hermana mayor: “mi hermana siempre (me dice) ‘no estés mal porque Ema (su hija) siente y peor se pone (...) vos estate bien y vas a ver que ella va a mejorar (...) vos estás mal, ella peor se va a poner’ me dice” (Micaela, 2019).

2.2. Participación de actores que residen fuera de Molinos

Tíos, primos y hermanos de las cuidadoras, además de parientes de sus parejas que viven fuera de Molinos también participan de los IT. Cuando se las deriva para el parto al HPMI, durante internaciones o consultas en centros de salud de la ciudad de Salta o Cachi, las mujeres deben trasladarse y alojarse allí. En estas ocasiones recurren a actores que viven en estos lugares y pueden alojarlas a ellas y sus hijos/as y en algunos casos también trasladarlas desde Molinos y dentro de la ciudad. En todos los casos, las derivaciones para partos al HPMI se realizan con anticipación a la fecha de parto, entre una semana y un mes antes, por lo cual es necesario contar con alojamiento en la ciudad de Salta para este periodo. Hermanos y tíos de las cuidadoras, además de parientes de sus parejas las alojan antes del parto y también lo hacen inmediatamente después, cuando son dadas de alta pero deben quedarse hasta una semana en la ciudad para realizar trámites o controles médicos. En el caso de Carolina, por ejemplo, se aloja con parientes de su marido en las afueras de la ciudad de Salta cuando la derivan allí dos semanas antes del parto y son ellos quienes la trasladan hasta el HPMI. Luego del parto se queda con ellos un día y medio antes de volver a la finca.

También se recurre a quienes puedan alojar cuando deben trasladarse a centros de salud fuera de Molinos para realizar consultas con especialistas o estudios ambulatorios que no permiten ir y volver en el día, cuando NyN deben ser internados por períodos de tiempo variables o en el caso de seguir tratamientos en instituciones especializadas varios días a la semana. Es el caso de Ana, quien pasa varios meses en la ciudad de Salta luego del nacimiento de su hija, primero por su internación y luego para realizar controles semanales, viviendo en lo de su tía: “después que Sofía (su hija) salió del hospital tenía que ir al control del oftalmólogo cada siete días y cada dos semanas al pediatra para ver el peso (...) fuimos a la casa de mi tía a vivir todo ese tiempo (durante dos meses) hasta que me vine acá (a Molinos)” (Ana, 2013).

Las mujeres ponen en juego una serie de criterios en base a los cuales deciden a quién pedirle alojamiento y apoyo en su estadía fuera de Molinos. Si bien muchas veces cuentan con una única opción a hora de alojarse, en otras ocasiones tienen varios familiares viviendo en el lugar al que deben ir, sobre todo en la ciudad de Salta. En estos casos se considera la relación de confianza que tienen con cada uno de ellos, el conocimiento previo –es decir, si ya se han alojado previamente y fueron bien recibidas- y que además sea un lugar cercano al centro de salud al cual deben acudir. En sus relatos, las cuidadoras condensan estos criterios de preferencia en expresiones como “nunca han dado cama, no dan comida” y “están juntados (en pareja) con otros de la ciudad y no los conocemos” para explicar por qué no recurrir a algunos parientes. El haberse alojado previamente implica que no solo tienen cierto grado de familiaridad con las personas que viven allí, sino también con el barrio, lo cual es considerado una ventaja a la hora de moverse dentro de la ciudad: “me ubico bien en colectivo (ómnibus)”, “ya sé por cuál calle tengo que ir”.

Los parientes que alojan en algunas ocasiones también colaboran con los gastos que supone la estadía, sobre todo ayudando a las cuidadoras a cubrir necesidades de NyN como la compra de leche y pañales. Además, acompañan durante las internaciones que suponen estadías más o menos prolongadas fuera de su UD. Estas relaciones de confianza con parientes que viven fuera de Molinos se mantienen a través las visitas que hacen los familiares de la ciudad, donde se alojan en las UD de las cuidadoras u otras mujeres emparentadas en Molinos, reforzando los vínculos de solidaridad entre ellos.

Para las mujeres que en algún punto de su trayectoria iniciaron una carrera terciaria o universitaria en la ciudad de Salta, los albergues o piezas (habitaciones) que alquilaban siendo estudiantes pueden ser otra opción para alojarse. Es el caso de María, quien estudiaba una carrera universitaria antes de tener a su hijo y mantiene por un tiempo el alquiler de su pieza en un barrio de la ciudad de Salta. Allí se aloja cuando operan a Lucas en el HPMI, un mes después del nacimiento. Un tiempo después retoma su carrera y lleva a su hijo a la ciudad. En esa oportunidad Lucas se enferma, lo internan y deben quedarse unas semanas por lo que también se aloja allí, primero sola y luego con su madre quien viaja desde Molinos para acompañarla.

Cuando no se cuenta con esta opción, o bien quedarse en la casa de parientes no es posible o es desventajoso por distintas razones, las mujeres pueden optar por alojarse en la residencia para madres del HPMI. Este es un servicio del centro de salud, que brinda un espacio gratuito para que las madres de NyN internados del interior de la provincia puedan permanecer dentro

del hospital. Algunas veces, por más que las mujeres tengan otro alojamiento disponible en la ciudad eligen quedarse en la Residencia, ya que les permite poder cuidar de sus hijos/as más allá de las horas permitidas de visita. Esta posibilidad además se considera beneficiosa porque no tienen que pagar alojamiento ni transporte y evita que deban moverse en un ámbito desconocido como es la ciudad de Salta. Además, destacan la contención y acompañamiento de otras madres alojadas allí durante el periodo de internación.

Desde la institución el alojamiento de las madres durante la internación de sus hijos/as es considerado una oportunidad para transmitirles pautas de cuidado o educación en aspectos que se consideran centrales de la salud MI, como la anticoncepción y lactancia. Al respecto, Carolina relata que durante los periodos que se quedó en la residencia por las internaciones de su hijo:

“(personal del hospital) iban a dar talleres, a explicarte cómo cuidarte para que no te quedes embarazada, y también cómo cuidar tu bebé (...) cuando te iban a hacer la charla (sobre métodos anticonceptivos) ellas (las enfermeras del hospital) te decían ‘¿qué mamá quiere?’ (colocarse un chip o un DIU⁷⁴) para que ellas mismas te saquen el turno (para el procedimiento) ahí en el hospital” (Carolina, 2019)

La imposibilidad de contar con alojamiento que se ajuste a las preferencias, requisitos y posibilidades de las cuidadoras es un factor que incide en la decisión de suspender o posponer tratamientos en centros de salud alejados del lugar de residencia. Esto sucede particularmente en los casos de las UD que se encuentran en las fincas más alejadas del pueblo, lo cual implica que la distancia a los centros de salud sea mayor pero también que haya menor accesibilidad a medios de transporte y que éste sea más costoso. En estos casos se vuelve aún más relevante la posibilidad de apelar a parientes que brinden alojamiento como una de las variables en función de la cual se decide trasladarse o no hacia un centro de salud alejado. En este sentido, Florencia plantea que una de las razones por las cuales no continúa con el tratamiento de su hija en la Escuela de Educación Especial de Cachi, es porque no puede seguir alojándose en lo de su tío, el cual vive próximo a la institución y además frente a la parada de ómnibus que realiza el trayecto Cachi-Molinos. Si bien tiene otros parientes en Cachi con los que “tiene confianza”, viven en un barrio más alejado: “lo de la tía está lejos (de la escuela), por eso no voy a (quedarme) donde ella” (Florencia, 2018).

⁷⁴ Chip anticonceptivo y Dispositivo Intra uterino.

Los resultados desarrollados hasta aquí muestran la participación en el desarrollo de los IT de distintos actores. Estas personas, que tienen en su mayoría vínculos de parentesco con las cuidadoras y en menor medida de amistad, brindan distintos tipos de recursos y apoyo en función de:

-su lugar de residencia;

-su género, edad y experiencia en la atención de la salud durante la etapa perinatal y el cuidado de NyN;

-la cercanía geográfica con las cuidadoras, que va desde la co-residencia hasta arreglos temporales para el apoyo en momentos clave como el embarazo y puerperio;

-la cercanía emocional y confianza con las cuidadoras;

-la posibilidad de aportar distintos recursos materiales e instrumentales que permitan concretar instancias de atención de la salud de las cuidadoras y sus hijos/as.

El **cuadro 4.1** al final de esta sección sintetiza algunos de estos aspectos mostrando los actores según su vínculo con las cuidadoras, su lugar de residencia y los recursos que aportan más frecuentemente mencionados por las cuidadoras en sus relatos. Asimismo se muestra si esos recursos son parte de instancias de los IT que suceden dentro o fuera de Molinos.

Con respecto a las mujeres de una o dos generaciones anteriores a las cuidadoras –madres, suegras, *mamis* y abuelas- su participación se da en función del reconocimiento de su experiencia en el cuidado de mujeres y NyN en momentos específicos de la trayectoria vital, como durante la etapa perinatal y cuando se presenta un problema de salud. En los relatos de las cuidadoras también se reconoce la confianza que ellas tienen con estas mujeres de generaciones anteriores, lo cual es un factor central para recurrir a ellas por consulta, consejo, acompañamiento y validación de las decisiones que las cuidadoras toman durante el manejo de los problemas de salud de sus hijos/as. Estos aspectos se expresan en vínculos de solidaridad intergeneracional que se sostienen más allá del desarrollo de los IT. Las actividades de cooperación en el marco de estos vínculos contribuyen al sostén de la UD, incluyendo la crianza y cuidado de NyN y el cuidado de la salud de sus integrantes. Estos aspectos han sido desarrollados en numerosas publicaciones que incluyen resultados de esta investigación y de otros proyectos del LINEA (Remorini et al., 2010; Jacob et al., 2011; Remorini, 2013; Morgante y Remorini, 2018; Remorini et al., 2019; Jacob et al., 2021, entre otros).

El rol de las mujeres mayores y ancianas en tanto expertas en el manejo de problemas de salud y referentes como miembros experimentados de la UD ha sido descrito y analizado para diferentes contextos del área andina, por ejemplo por Finerman (1995) en Ecuador y Bender y McCann (2000) en Bolivia, entre otros. Estos trabajos, por un lado, ponen en cuestión perspectivas que, desde el campo de la antropología médica y de la salud, han desestimado el papel de las mujeres y otros integrantes de la UD en el manejo de los problemas de salud por considerar que a nivel doméstico sólo se implementan prácticas de baja complejidad y poco efectivas para el tratamiento de problemas de salud que no revisten gravedad. Si bien en el tratamiento de los síntomas y problemas de salud de mayor gravedad y duración intervienen actores expertos con saberes específicos -tanto del ámbito de la biomedicina como de la medicina tradicional-, las mujeres mayores y ancianas cumplen un rol central en el reconocimiento de los síntomas y frecuentemente en su diagnóstico, así como en el respaldo a las cuidadoras en la selección de alternativas terapéuticas brindando apoyo material, emocional e informacional.

Por otro lado, estas investigaciones muestran que su participación no está exenta de conflictos o tensiones. Por ejemplo, de Sureiman (2003) plantea que las abuelas se involucran en la etapa de diagnóstico de los IT infantiles sobre todo cuando tienen proximidad geográfica con las madres. En este proceso las diferencias entre las mujeres de distintas generaciones se relacionan fundamentalmente con el tipo de acciones a seguir en la búsqueda de tratamiento para los problemas de salud de NyN. Además, estas mujeres mayores -madres o suegras de las cuidadoras- participan como “mediadoras” en este proceso entre las cuidadoras y sus parejas, en base no solo a su “autoridad moral” sino también en función de que aportan recursos económicos para el tratamiento de sus nietos.

En esta misma línea los resultados de las investigaciones que se han desarrollado hasta el momento en Molinos muestran que, más allá de la cooperación y las solidaridades intergeneracionales, existen diferencias y tensiones en relación a las decisiones que las más jóvenes toman sobre el cuidado y el bienestar de sus hijos/as. Los discursos acerca del cuidado y tratamiento de los problemas de salud de las protagonistas de los IT no siempre están en concordancia con prácticas y saberes implementados por sus abuelas, madres y suegras, sobre todo cuando las más jóvenes adquieren experiencia propia para la toma de decisiones vinculadas al manejo de la salud propia y de sus hijos/as, y priorizan nociones y acciones de cuidado provenientes del ámbito de la biomedicina, así como de otros saberes vinculados a sus trayectorias personales y educativas. En este sentido, las mujeres constituyen

un colectivo caracterizado por su heterogeneidad, lo cual está en relación directa con la cantidad y diversidad de sus vínculos como así también con sus trayectorias de acceso y circulación por instituciones biomédicas y educativas (Morgante y Remorini, 2018; Jacob et al., 2021).

A pesar de las diferencias y posibles conflictos intergeneracionales en relación a los saberes y decisiones para el cuidado de la salud, los recursos que aportan y movilizan las mujeres mayores son fundamentales en distintas etapas de los IT. No sólo el apoyo emocional e informacional en forma de consulta, consejo y recomendación son altamente valorados, sino también el apoyo material e instrumental que brindan con el objetivo de respaldar y hacer efectivas las decisiones que toman las cuidadoras. Además estas mujeres actúan como articuladoras entre las más jóvenes y una serie de vínculos parentales y vecinales que les permiten a las cuidadoras acceder a determinados recursos y alternativas terapéuticas. Por ejemplo, son las madres y suegras de las cuidadoras las que usualmente suelen recomendar la consulta y tratamiento con médicos campesinos con los que ellas tienen relaciones de parentesco o vecindad. Esto les facilita a las cuidadoras el acceso a estos terapeutas y en algunas ocasiones incluso les permite obtener “descuentos” en el pago de la consulta.

Otro de los aspectos en los que se apela a vínculos parentales de las mujeres mayores es cuando se debe recurrir a alojamiento en Cachi y ciudad de Salta por tratamientos de salud. En estos casos, los tíos y primos que mencionan sobre todo las cuidadoras más jóvenes como opciones para quedarse cuando deben viajar con sus hijos/as, son en la mayoría de los casos hermanos y sobrinos de sus madres. Las mujeres mayores son además las encargadas de reforzar estos vínculos con parientes fuera de Molinos a través de visitas que se realizan durante ciertas épocas del año como las vacaciones, afianzando la relación de confianza y conocimiento mutuo que les permite a sus hijas acudir a estos parientes en caso de necesidad en el transcurso del IT.

En este sentido, el apoyo de parientes que no viven en Molinos es fundamental para iniciar y sostener tratamientos que no requieren internación pero se extienden por semanas e incluso meses, como en los IT de Ana y Florencia y sus hijas. En estos casos contar no solo con un alojamiento que se ajuste a las necesidades de las cuidadoras –conocimiento previo y confianza con esos parientes, cercanía geográfica al centro de salud, disponibilidad de medios de transporte- sino también con apoyo material y emocional por parte de los parientes que residen fuera de Molinos son aspectos fundamentales para iniciar y sostener el tratamiento.

En cuanto a los actores de la misma generación de las cuidadoras, participan en distintas etapas del IT sus parejas, hermanos y hermanas, amigos y amigas y en algunas ocasiones primos y cuñadas. Los padres de NyN, cuando están presentes, en algunas ocasiones acompañan en la derivación hacia la ciudad de Salta con ocasión del parto. Esto sucede con mayor frecuencia cuando se trata del primer hijo de la pareja, ya que si se debe cuidar a hijos/as mayores y ocuparse de tareas domésticas en ausencia de las cuidadoras, son los hombres quienes asumen esta responsabilidad, ayudados por otras mujeres de la familia, como sus madres y hermanas. Cuando no están en pareja con la cuidadora, participan sobre todo aportando dinero para la compra de elementos para sus hijos/as y para solventar el gasto del traslado y alojamiento fuera de Molinos en caso de internaciones o tratamientos médicos. Como se muestra en las secciones anteriores, quienes aportan este tipo de recursos en el caso de las mujeres cuyos hijos/as no han sido reconocidos por sus padres y son “madres solteras”, son las abuelas de NyN y otros parientes que les brindan alojamiento y apoyo material cuando deben trasladarse hacia Cachi o la ciudad de Salta.

Hermanas y amigas de las cuidadoras, en la mayoría de los casos residentes en Molinos, proveen apoyo emocional e informacional en forma de consejos sobre el cuidado de la salud de NyN, acerca de la detección de síntomas de problemas de salud, así como parámetros y estrategias para evaluar la efectividad de ciertos tratamientos prescritos por profesionales y, si es necesario, modificarlos. Aquí la experiencia de estas mujeres en el manejo del cuidado infantil es valorada por cuidadoras primerizas, quienes las consideran fuente de consulta debido al vínculo de cercanía -tanto emocional como geográfica- y confianza que tienen con ellas. Para las cuidadoras que iniciaron una carrera terciaria o universitaria en la ciudad de Salta, los vínculos de amistad que establecen en estos ámbitos pueden ser fuente de apoyo emocional cuando transitan internaciones de sus hijos/as fuera de Molinos. Sin embargo, en la mayor parte de los casos, son los vínculos de parentesco de la misma generación, sobre todo hermanos y en menor medida primos, quienes viven o emigraron a la ciudad quienes proveen compañía y apoyo emocional, ya que las visitan y/o alojan cuando ellas o sus hijos/as están internados o deben realizar tratamientos en la ciudad de Salta.

| | | VÍNCULO DEL ACTOR CON LA CUIDADORA | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------|--|---|--|--|---|--|--|------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | Madre/mami | Suegra | Pareja | Hermana | Cuñada | Hermano | Tío/a | Primo/a | Amiga/o | |
| | | RESIDEN EN MOLINOS | | | | | RESIDEN FUERA DE MOLINOS | | | RESIDEN DENTRO Y FUERA DE MOLINOS | |
| RECURSOS | EN MOLINOS | Consejos durante el embarazo | Consejos durante el embarazo | | | | | | | | |
| | | Cuidado durante el puerperio | Cuidado durante el puerperio | | | | | | | | |
| | | Aporte de dinero | | Aporte de dinero | | | | | | | |
| | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención en Molinos | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención en Molinos | | | | | | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención en Molinos |
| | | Ayuda en la organización doméstica ¹ | Ayuda en la organización doméstica ¹ | Ayuda en la organización doméstica ¹ | | Ayuda en la organización doméstica ¹ | | | | | |
| | | Recomendaciones sobre cuidado de los hijos ² | Recomendaciones sobre cuidado de los hijos ² | | Recomendaciones sobre cuidado de los hijos ² | | | | | | Recomendaciones sobre cuidado de los hijos ² |
| | | Recomendaciones sobre selección de profesionales médicos | | | Recomendaciones sobre selección de profesionales médicos | | | | | | |
| | | Recomendaciones sobre selección de médicos campesinos | Recomendaciones sobre selección de médicos campesinos | | | | | | | | |
| | FUERA DE MOLINOS | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos | | Aporte de dinero | Aporte de dinero | | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos |
| | | | | | | | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos | Acompañamiento y apoyo emocional durante instancias de atención fuera de Molinos | | | |
| | | | | | | | Alojamiento fuera de Molinos | Alojamiento fuera de Molinos | Alojamiento fuera de Molinos | | |
| | | | | | | | Transporte desde y hacia Molinos | Transporte desde y hacia Molinos | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

¹cuando la cuidadora debe trasladarse por parto, consultas o tratamientos fuera de Molinos

²se trata de recomendaciones y consejos sobre todo durante el itinerario terapéutico, por ejemplo respecto a frente a qué síntomas infantiles consultar en el hospital, modos de implementar acciones de tratamiento en la unidad doméstica, entre otras.

CUADRO 4.1. Actores que intervienen en los IT y recursos aportados por cada uno con mayor frecuencia, de acuerdo a los relatos de las cuidadoras. Se diferencia entre actores que residen dentro y fuera de Molinos y si el recurso aportado se utiliza dentro o fuera de Molinos. Fuente: elaboración propia.

3. Las alternativas terapéuticas para el diagnóstico y tratamiento

En esta sección me propongo describir las alternativas terapéuticas que se implementan con el objetivo de diagnosticar y tratar los problemas de salud⁷⁵. En el corpus que analizo, las alternativas terapéuticas a las que se recurre son: el hospital y puestos sanitarios de Molinos, los hospitales de Seclantás y Cachi y el HPMI en la ciudad de Salta; los médicos campesinos y prácticas del cuidado de la salud que se desarrollan en el marco de la UD.

La selección de una o más alternativas terapéuticas a lo largo del IT depende de factores como el tipo de problema de salud y su gravedad en distintos momentos del IT, la evaluación de la efectividad de cada alternativa para diagnosticar y tratar y la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad -desde la perspectiva de las cuidadoras- de cada alternativa terapéutica. Si bien las definiciones de los conceptos de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad son diversas y refieren en su mayoría exclusivamente a los recursos que provee el sistema biomédico y a la manera en que la población utiliza estos servicios (Giffoni Marsiglia y Carneiro Junior, 2009), todos ellos permiten abordar la multiplicidad de factores que intervienen en la toma de decisiones en el marco de los IT (Sy, 2008).

Giffoni Marsiglia (2012) sostiene que, como paso previo a la consideración del acceso a los servicios de salud en determinada población, debe discutirse su disponibilidad, es decir, la localización y distribución geográfica de esos servicios o alternativas terapéuticas en vinculación con las necesidades de esa comunidad. En este marco la accesibilidad y disponibilidad son componentes del acceso, y abarcan un conjunto de aspectos que van desde el tipo y estado de los edificios donde se emplazan los servicios de salud, la cantidad y formación de sus recursos humanos, los horarios de atención, la recepción de los pacientes, si cuentan con protocolos y formas de actuar que consideren a todos los usuarios hasta el vínculo entre los profesionales y usuarios, entre otros. En este conjunto también se consideran factores relativos a la aceptabilidad, como la legitimación del centro de salud o efector en la población, el grado de satisfacción del usuario y si considera instancias de participación comunitaria en su organización.

⁷⁵ Ver sección 1.3 del capítulo II.

3.1. Biomedicina: instituciones y acciones para la atención de la salud de las madres y sus hijos e hijas

3.1.1. Articulaciones entre el hospital de Molinos y hospitales regionales de mayor complejidad

En todos los IT el control de los embarazos y los partos tuvieron lugar en el ámbito hospitalario. Las cuidadoras realizaron todos sus controles prenatales en el hospital de Molinos, excepto para las ecografías, para lo cual fueron derivadas hacia el hospital de Cachi o el HPMI, ya que no hay un profesional especialista en este tipo de estudios en el pueblo. Entre un mes y una semana antes del parto la mayoría de las mujeres fueron derivadas al HPMI, sin importar si el embarazo era o no considerado “de riesgo” por el personal de salud. Aquí la perspectiva sanitaria privilegia la necesidad de prevenir complicaciones maternas y asegurar una atención adecuada del recién nacido, ya que el hospital de Molinos no cuenta con equipamiento especializado para la atención obstétrica y neonatológica. De esta manera se busca evitar el traslado en un momento crítico como es el nacimiento, considerando la distancia y el estado de los caminos entre el pueblo y la capital provincial y que además el hospital no cuenta con ambulancias de alta complejidad.

En los relatos de las mujeres acerca de sus experiencias de derivaciones previas al parto, se hacen propios los argumentos del personal sanitario local al plantear que en el HPMI “hay de todo” para atender partos y posibles complicaciones. Si bien esto es un reaseguro para ellas, la decisión médica de una derivación temprana, semanas antes de la fecha de parto, supone para las mujeres contar con arreglos domésticos extraordinarios para estos momentos. El traslado a la ciudad de Salta implica suspender sus actividades, dejar a sus hijos/as al cuidado de su pareja y/o de otras mujeres y transitar el último periodo del embarazo hasta el parto por lo general en soledad.

Sin embargo, este criterio de derivación para realizar la totalidad de los partos en el HPMI muestra cierta flexibilidad, al contemplar las preferencias de las mujeres para elegir otros centros de salud. Los criterios de acuerdo a los cuales las cuidadoras toman esta decisión se relacionan con la valoración de la atención que les garantiza determinada institución o bien porque arreglos familiares o domésticos les facilitan el traslado y alojamiento fuera de Molinos. Por ejemplo, Andrea tuvo a su última hija en el hospital de Cafayate, ya que tenía parientes viviendo allí que la trasladaron desde Molinos y la alojaron los días anteriores y

posteriores al parto. En pocos casos y al tratarse de embarazos “no riesgosos”, las mujeres refirieron que los médicos del hospital de Molinos les dieron la opción de que su parto sucediera allí, como en el caso de Micaela. Sin embargo ella eligió que la trasladaran al HPMI: “(...) no quise quedarme en Molinos porque si se me complicaba algo (en el parto) iba a ser peor” (Micaela, 2019).

Por otro lado, la derivación hacia la ciudad de Salta no siempre puede preverse con suficiente anticipación. Si bien no es frecuente, el nacimiento puede suceder en la ambulancia durante el viaje, como sucedió en uno de los últimos partos de Ana. O bien en el hospital de Molinos cuando, a causa del trabajo de parto avanzado, el traslado puede traer mayores complicaciones. Este fue el caso de María, ya que rompió bolsa en Molinos antes de la fecha programada para el nacimiento y su trabajo de parto se prolongó por horas. En esa situación no podían llevarla a Salta porque "no querían (los médicos) arriesgar que nazca (su hijo) en el medio del campo". Relata que en ese momento "la doctora me dijo que lo único que tenía que hacer era fuerza (...) me decía 'tiene que nacer, no te podemos sacar (trasladar) ni a (al hospital de) Salta, ni a Cachi, nada' (...) Por eso ahora ya a las mamás no importa si son primerizas, si son el cuarto, el quinto, todas a Salta. Un mes antes. Ya no puede nacer un bebé más aquí en Molinos" (María, 2016).

En algunas ocasiones, la derivación desde Molinos se decide en cuestión de horas porque se presenta una urgencia. Cuando esto sucede, las mujeres que viven en las fincas deben apelar a distintas estrategias para dar aviso a sus familias del traslado hacia la ciudad, como anuncios por radios locales, o bien pedirles a los sacerdotes cuando van a dar misa o los choferes de la ambulancia cuando van hasta los puestos sanitarios de las fincas que comuniquen la novedad⁷⁶. El aviso mediante anuncio de radio también es utilizado por el personal del hospital de Molinos para transmitir novedades con respecto a los días de atención en el puesto sanitario de la finca, o recordatorios personalizados para concurrir a turnos de consulta en el pueblo o la ciudad de Salta.

Debido a que el hospital de Molinos solo atiende patologías de baja complejidad, no solo los partos se derivan al HPMI. En la atención de problemas de salud las derivaciones se realizan con motivo de la consulta y tratamiento con especialistas, la realización de estudios diagnósticos y de seguimiento de problemas de salud e internación. En estos casos la ambulancia del hospital de Molinos realiza los traslados, pero cuando se trata de turnos

⁷⁶ En varias zonas de distintas fincas no hay servicio de telefonía móvil ni conexión a internet.

médicos programados para consultas o controles, son las cuidadoras quienes deben gestionar el transporte hacia la capital provincial. Es decir, ellas pagan el viaje ida y vuelta, la mayor parte de las veces en remis o en ómnibus, o aprovechan el traslado que un pariente o conocido les ofrece. En una de las ocasiones que Andrea debía ir desde la finca al HPMI para los controles de su hija, explica que “he buscado un remis y me he ido, porque (la ambulancia del hospital de Molinos) sale de emergencia nomas (...) por turnos ya tenemos que ir particular (con medio de transporte propio)” (Andrea, 2019). La posibilidad de efectivamente contar con transporte en ese momento determina que la consulta o el control puedan o no realizarse. En muchos casos se aprovechan viajes a la ciudad destinados a hacer visitas, compras o trámites para también realizar consultas en el HPMI.

La manera en la que se gestionan y realizan las derivaciones también se vincula con la organización y recursos del personal del hospital de Molinos para la atención. Más allá de los criterios médicos de evaluación de cada paciente, la derivación a un centro de mayor complejidad se debe a que es necesario incorporar en el tratamiento recursos materiales y profesionales que no están disponibles localmente. Por ejemplo, enfermedades crónicas o discapacidades deben ser tratadas por un equipo interdisciplinario de profesionales que puedan diagnosticar y realizar un seguimiento de cada caso. Si bien el hospital de Molinos deriva, frecuentemente el seguimiento de estos casos es dificultoso ya que al no haber una historia clínica integrada, los registros médicos de cada paciente están fragmentados en distintos centros de salud. Esto hace que haya discontinuidades en el seguimiento, interrupciones en los tratamientos e indicaciones para los pacientes que provienen de distintos profesionales que se superponen o resultan poco claras.

Sin embargo, en algunas oportunidades hay comunicación directa entre los profesionales de Molinos y de otros centros de salud que siguen un mismo caso porque tienen una relación personal, basada en el parentesco, la amistad o el conocimiento previo. Estos intercambios, que se dan por fuera del ámbito profesional, son una estrategia para lograr concordancia en los diagnósticos de un mismo paciente y continuidad en su tratamiento, al margen del centro de salud en el que se inicien. Esta misma estrategia de comunicación informal entre profesionales se utiliza para conseguir recursos para los pacientes que no están disponibles localmente. Por ejemplo, la derivación para que Martina, hija de Florencia, realice un tratamiento de soporte nutricional en el hospital de Cachi, fue posible por la relación personal entre la nutricionista de este centro de salud y una de las médicas del hospital de Molinos. Esto permitió un seguimiento conjunto del cuadro de la niña mediante comunicaciones

directas entre ambas profesionales, además de la posibilidad de conseguir recursos para el tratamiento que no estaban disponibles localmente. La nutricionista indicó, como parte del tratamiento, una leche de recuperación calórica que se compró en la ciudad de Salta con fondos que aportó la municipalidad de Molinos, pedido gestionado por la médica del hospital del pueblo. Esto hizo que la leche pudiera conseguirse rápidamente y estuviera disponible para la niña, incluso porque la nutricionista, aprovechando un viaje que había hecho a la ciudad, se ofreció a retirarla de la farmacia y llevarla hasta Molinos. Este tipo de situaciones también se ha reportado en otros contextos, donde la resolución de ciertos aspectos del trabajo diario del personal de salud se basa en movilizar ciertos actores y recursos mediante acuerdos interpersonales, privilegiándolos por sobre los mecanismos institucionales establecidos para ese fin (Lewins et al, 2022). Por su parte Stival (2018), en su análisis de los procesos de atención de la salud en un barrio qom de la ciudad de Rosario, hace referencia al funcionamiento de redes informales entre médicos de distintos centros de salud y distintos servicios que favorecen y facilitan los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Algunos aspectos de la organización del equipo de salud al interior del hospital de Molinos impactan en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento en el marco de los IT. Si bien en el plantel no hay médicos especialistas por ser un hospital de primer nivel, los médicos clínicos o generalistas están formalmente a cargo de distintas áreas. Durante cierto periodo de trabajo de campo, por ejemplo, el profesional médico a cargo del programa APS que coordinaba las acciones de los AS también se ocupaba de la atención de NyN. Sin embargo, estos modos de organización interna no siempre redundan en un seguimiento más eficaz de los casos, sobre todo de los más complejos. Las sucesivas consultas que se realizan en el hospital de Molinos en el marco del desarrollo de algunos IT, como el de Florencia y su hija Martina, muestran que en la atención de un mismo paciente pueden contraponerse e incluso entrar en conflicto los criterios de distintos profesionales que participan en la atención del caso, lo que no permite la construcción de una estrategia de atención unificada. El desarrollo de algunas instancias de atención muestra no sólo que hay poca articulación hacia el interior del equipo local, sino también con los equipos médicos de otros centros de salud y educativos de la región, lo que obstaculiza un abordaje interdisciplinario de problemas de salud infantiles como discapacidades o aquellos que se extienden en el tiempo, los cuales suponen numerosas instancias de consulta para el diagnóstico y tratamiento.

3.1.2. “Le tengo confianza”: criterios de las cuidadoras para la selección de profesionales locales durante la atención de sus hijos e hijas

La organización del equipo de salud en Molinos se conjuga con los criterios de selección de profesionales que las cuidadoras ponen en juego a la hora de elegir con quién consultar cuando sus hijos/as tienen un problema de salud o deben llevarlos al hospital para realizar controles de crecimiento. Uno de estos criterios es si el profesional revisa exhaustivamente al niño durante la consulta, incluyendo si solicita estudios complementarios para decidir el diagnóstico y tratamiento. En este sentido, las cuidadoras manifiestan preocupación cuando en la consulta se desestiman los síntomas que ellas detectan en sus hijos/as. En sus palabras, plantean que algunos profesionales no diagnostican o no brindan tratamiento si el niño o niña no demuestra estar “lo suficientemente enfermo”. Como describe Ana, durante las consultas médicas de su hija “si ella no está así como decaída, enferma, como quien diría tendría que estar molesta, o así con los ojitos tristes, entonces (para el médico) no está enferma, por más que tenga fiebre” (Ana, 2013).

Otro criterio de selección radica en si el profesional realiza seguimiento del caso luego de indicado el tratamiento. Las cuidadoras valoran positivamente que se pauten nuevas consultas para monitorear la evolución del cuadro pero además que la consulta médica sea un espacio para plantear dudas o problemas, que incluso pueden ir más allá del problema de salud específico. En el caso de Ana, por ejemplo, la preferencia por una de las médicas del hospital de Molinos se basa en que las consultas que realiza con ella tienen estas características, lo que describe como una relación de “confianza” con la profesional: “(con la médica) cualquier cosa charlamos, hablamos. Por ahí le cuento (durante la consulta) problemas que veo que no puedo solucionar y le digo doctora, como puedo hacer para...ella es como más que doctora y es amiga, nos llevamos bien” (Ana, 2018).

Un último criterio de preferencia tiene que ver con la evaluación y valoración de las instancias previas de atención con ese profesional. Aquí intervienen no solo experiencias previas de atención de las cuidadoras sino también de otras mujeres emparentadas con ella: madres, hermanas, y con menor frecuencia, cuñadas y primas. En este sentido, diagnósticos incorrectos, tratamientos que no funcionaron e incluso valoraciones negativas que el profesional realiza durante la consulta acerca de las competencias y responsabilidad de las madres para cuidar, son factores que reorientan la búsqueda hacia otros médicos y/o centros de salud. Esto puede verse en el IT de Ana y su hija, cuando luego de una experiencia de

atención que ella evalúa como negativa en el hospital de Molinos, comienza a llevar a su hija al hospital de Seclantás para atenderse con un médico recomendado por sus hermanas:

“no me quedé conforme (con la atención del médico en el hospital de Molinos) no le había hecho estudios (a su hija) ni nada (...) si la gordita (su hija) estaba con fiebre le tendría que por lo menos hacer unos análisis para ver de qué era (...) por eso es que yo no la llevo mucho (al hospital de Molinos) prefiero que alguien más la vea, así tenga que pagar (el traslado) hasta Seclantás, para que la vea el doctor G. Yo prefiero que él me dé un buen tratamiento”
(Ana, 2013)

La consideración de estos factores implica una planificación y selección de los momentos para acudir a consulta en función de que sea el o la profesional de preferencia quien esté disponible para atender, incluso aunque haya más pacientes que esperan ser atendidos, lo que implica tiempos de espera mayores. En casos como el de Ana, las cuidadoras pueden decidir trasladarse y consultar en otro centro de salud si sus experiencias de atención con profesionales fuera de Molinos no han sido positivas, especialmente para realizar seguimiento o bien consultar por síntomas que no fueron tratados con éxito en el hospital local.

En el caso de las mujeres que viven en las fincas, la preferencia por la atención de un profesional médico en particular, si no se trata de una urgencia, determina muchas veces si deciden atenderse en el puesto sanitario de la finca o se trasladan hasta el hospital de Molinos. Esto implica saber de antemano qué profesional llegará al puesto para atender en los días establecidos y además evaluar si cuentan con el tiempo para trasladarse, si hay transporte y quienes pueden reemplazarlas en el cuidado de los hijos/as u otras actividades laborales o dentro de la UD. Al respecto Florencia menciona que cuando no se trataba de consultas urgentes, “de acá (de finca 2) iba a controlar (a su hija) allá (al hospital de Molinos) (...) porque a veces no venía la doctora A, venía el doctor P y más tenía confianza con la doctora A” (Florencia, 2017).

Si en cambio se evalúa que los síntomas son graves como para requerir una consulta urgente, se recurre al puesto sanitario si es día de atención médica y hay allí un profesional disponible o viajan a Molinos, por medios propios o con la ambulancia si está disponible para ir a buscarlas a la finca. En el caso de las cuidadoras de la finca 1, muchas veces también deciden

consultar en el hospital de Seclantás⁷⁷, ya que prefieren atenderse con los médicos de ese centro de salud.

Otro de los factores que pueden intervenir para decidir realizar una consulta en el hospital de Molinos es la posibilidad de atenderse con un médico especialista, ya que periódicamente parte del personal médico del HPMI atiende en Molinos. La disponibilidad periódica de especialistas en el hospital local es percibida como una oportunidad para consultar por problemas de salud no urgentes pero que requieren una evaluación especializada por parte de pediatras u oftalmólogos, por ejemplo. También les permite a las cuidadoras acceder a una segunda opinión médica para confirmar o descartar diagnósticos y tratamientos que recibieron en el hospital local pero que evalúan como inadecuados, imprecisos o ineficaces.

En relación a los criterios de selección y preferencia de profesionales de salud por parte de los pacientes, Sy (2008) sostiene que por sí sola la accesibilidad física del centro de salud no es determinante para que las personas efectivamente realicen una consulta. La evaluación de la accesibilidad social, basada en que los pacientes reciban información por parte de los profesionales acerca del diagnóstico y se consensue el tratamiento a seguir, es un factor que impacta en la concurrencia al centro de salud e influye en la adhesión a los tratamientos.

Por su parte Sacchi et al (2007), al indagar sobre los bajos niveles de utilización de los servicios de salud en la capital salteña por parte de familias migrantes del interior de la provincia, concluyen que la relación entre usuarios y profesionales es usualmente “distante y conflictiva”. De acuerdo a las mujeres entrevistadas en este estudio, los médicos durante la consulta no dan lugar al intercambio, ni generan un espacio para responder sus dudas. Esto impacta negativamente en la construcción del vínculo “de confianza” que ellas perciben como necesario para resolver problemas de salud propios y de sus hijos/as en ese ámbito. La falta de conexión porque los médicos “no miran a los ojos” durante la consulta y la percepción por parte de las pacientes de ser cuestionadas por los profesionales a propósito de acciones o decisiones que no necesariamente están vinculadas al problema de salud, son otros de los factores que desalientan la asistencia a los centros de salud. En este mismo sentido Kai (1996) encontró que los padres consideraban frecuentemente que la información que los médicos brindaban durante la consulta por problemas de salud de sus hijos/as era insuficiente. Sus conclusiones muestran que la incorporación por parte de los profesionales de la experiencia previa de los padres en el manejo de la enfermedad infantil y sus necesidades en

⁷⁷ Desde la finca 1, la distancia al hospital de Molinos es la misma que al hospital de Seclantás.

el intercambio en la consulta constituían factores centrales en la valoración positiva del accionar médico. Al respecto, plantea que las actitudes parentales frente a los profesionales tienen que ver con el hecho de que las decisiones vinculadas al manejo de un problema de salud en NyN constituyen una “cuestión moral” y los padres son juzgados por los resultados que se derivan de ello (Bonnet, 1996, 2010; Scheper Hughes, 1997).

3.1.3. La atención en centros de salud fuera de Molinos: criterios de las cuidadoras para consultar en el HPMI

La evaluación que hacen las cuidadoras acerca de la evolución de los síntomas o el problema de salud y su gravedad, en combinación con los criterios de selección de profesionales médicos son aspectos que se consideran al momento de decidir si atenderse en el hospital de Molinos o recurrir a un centro de salud de mayor complejidad. En este último caso, si se determina que la gravedad amerita una consulta urgente, las cuidadoras viajan a la ciudad para atenderse en el HPMI sin un turno programado o una derivación desde Molinos. En este punto, por lo general se llega a esta decisión luego de al menos una primera consulta en el hospital local. Si luego de esta consulta inicial no se registra una mejoría de los síntomas o si incluso se agravan, se considera que el problema de salud no fue diagnosticado correctamente, por lo cual se puede optar por concurrir nuevamente al hospital de Molinos, si es posible con un profesional distinto al de la primera consulta, o bien trasladarse a otro centro de salud. Esto sucede en el IT de María y su hijo, cuando después de consultar en el hospital de Molinos varias veces a lo largo de una semana por los vómitos recurrentes del niño, ella decide ir al HPMI:

“la doctora (del hospital de Molinos) me decía que había algo que a ella no le convencía (sobre los síntomas que presentaba su hijo) y eran sus ojitos amarillentos que eso a mí me llama también la atención y por eso yo me voy a Salta. Porque yo no lo veía bien y bilirrubina (valores anormales de bilirrubina) no tenía, le habían hecho análisis, todo y digo ¿pero por qué tiene los ojos amarillentos entonces? ya había ido varias veces (a que lo atendieran en Molinos) y nada, y le inyectaban y pasaba un día y medio y volvía otra vez (al hospital de Molinos a consultar porque seguía vomitando)” (María, 2018)

En el caso de optar por un profesional en un centro de salud de la zona, como los hospitales de Molinos y Seclantás, se privilegia un profesional determinado. Es decir, en los hospitales locales, que tienen una planta profesional pequeña, adquieren relevancia características

personales de los médicos que no sólo tienen que ver con su formación técnica y desempeño profesional, sino también con el hecho de que sean “conocidos” o locales -de la zona- y recomendados por parientes, amigos o vecinos. En cambio, cuando se elige consultar en un centro de salud de mayor complejidad como el HPMI se privilegian otros aspectos, como la posibilidad de consultar a médicos especialistas y acceder a estudios diagnósticos de mayor complejidad e internaciones en el caso de ser necesario. Otro aspecto que difiere con respecto a la atención en los hospitales de Molinos y Seclantás es que, excepto durante tratamientos prolongados, no hay seguimiento por un mismo profesional o grupo de profesionales.

También en referencia a las instancias de atención que transcurren en el HPMI, las cuidadoras mencionan aspectos de su relación con otros actores que no son profesionales médicos. Por ejemplo, los enfermeros de la institución durante las internaciones tienen un rol importante al regular horarios de visita, actuar como nexos de comunicación entre ellas y los médicos y brindar información sobre el estado de NyN. Durante las internaciones prolongadas, las cuidadoras destacan que los médicos y sobre todo enfermeros tienen un conocimiento profundo del paciente y brindan una atención casi personalizada a NyN, lo cual consideran un aspecto importante para evaluar la calidad del cuidado que reciben sus hijos/as y además es un reaseguro para los momentos donde no pueden estar presentes en el hospital. En este sentido, establecen relaciones con el personal de salud que no se circunscriben solo a la atención, sino que también implican acompañamiento y empatía. Por ejemplo, en el caso de Verónica durante la internación de su segunda hija que se prolonga por tres años, relata que, pasados los primeros meses, “el médico nos dice (a ella y su pareja) no hace falta que se queden todo el día, aquí la enfermera está continuamente, día y noche (...) Milagros tiene todo, la enfermera le baña, le peina (...) para su cumpleaños, para día del niño, para día de reyes (tenía) llena su cuna de juguetes” (Verónica, 2019).

Actores como los guardias de seguridad del HPMI y el chofer de la ambulancia de Molinos muchas veces cumplen un rol clave ante el desconocimiento de la dinámica de atención al momento de las derivaciones desde Molinos. Son fuente de información sobre la ubicación de los diferentes servicios y orientan a las cuidadoras sobre los pasos a seguir, como por ejemplo dónde y cómo realizar trámites administrativos. En el caso de los guardias de seguridad además se comunican con los distintos servicios en el transcurso de las internaciones o de la realización de estudios para darles información a las madres sobre el estado de sus hijos/as.

3.1.4. Los agentes sanitarios en Molinos: prevención y control de la salud de embarazadas y niños y niñas pequeños

Otro aspecto de la atención biomédica para la población MI en Molinos son las acciones de prevención y control sobre las embarazadas y NyN hasta los seis años que llevan adelante los AS. Las visitas domiciliarias que realizan se programan en función de la clasificación de riesgo de cada integrante de las familias del sector⁷⁸, en particular la de NyN. Por ejemplo, NyN con bajo peso o desnutrición reciben visitas quincenales o incluso semanales, a diferencia de aquellos con peso normal que son controlados con frecuencia mensual. En estas ocasiones se entregan además cajas de leche en polvo, cuya cantidad también depende del grado de riesgo nutricional detectado.

Este esquema de visitas se desarrolla con variaciones que introducen los AS, dependiendo de las características geográficas y demográficas de cada sector, como la distancia entre las viviendas, las particularidades del terreno a transitar según la época del año, la composición de cada UD en relación a la edad de sus integrantes y la clasificación del riesgo de cada uno de ellos, entre otros factores. Por ejemplo, en el caso de Martina durante el periodo que la agente sanitaria de la finca la clasifica como de “bajo peso”, la controla dos veces por mes. Debido a que la UD se encuentra alejada del puesto sanitario, a más de dos horas de caminata, la agente la visita una de esas veces y la otra le pide a Florencia que lleve a la niña hasta el puesto sanitario de la finca, donde le realiza el segundo control mensual y le entrega las cajas de leche que le corresponden. Este tipo de estrategias, acordadas entre los AS y las familias, les permite cumplir, con el tiempo y los recursos disponibles, el cronograma establecido de controles infantiles para cada periodo en cada sector.

Los AS recopilan datos censales y del estado de salud de los integrantes de la UD en cada una de las visitas domiciliarias, en función de los requerimientos de información censal que contienen las planillas del programa APS que los nuclea. El objetivo de su trabajo consiste en brindar “pautas de alarma”, comunicar sobre patologías prevalentes según la época del año, y brindar información sobre anticoncepción, entre otras, por lo que programáticamente tienen asignado un rol centrado exclusivamente en la prevención. Sin embargo, además de cumplir esta función registran aspectos vinculados al estado de salud y crecimiento de NyN que se encuentran por fuera de los criterios con los cuales deben informar al hospital de Molinos.

⁷⁸ Ver sección 2.2 del capítulo I.

Parte de estos registros no formales también recopilan diversas cuestiones vinculadas al cuidado de NyN, aspectos de la relación con las madres y otros miembros del grupo familiar, hábitos de aseo, preparación de comida y organización doméstica, entre otros. Esta información contextual les brinda un amplio conocimiento de cada una de las familias e interviene en su propia evaluación del estado de salud de cada individuo (Palermo, 2014). Sin embargo, al no ser datos requeridos por el programa APS, esta información no se comparte con médicos o enfermeros ni funciona como un insumo para los diagnósticos y tratamientos que analizo en el marco de los IT (Teves et al., 2018; Remorini et al, 2020).

La relación que se establece entre los AS y las cuidadoras, quienes en la mayoría de los casos son las que están presentes al momento de la visita domiciliaria, van más allá de su ámbito específico de actuación profesional. En algunas ocasiones las madres consultan a los agentes por fuera de la visita domiciliaria acerca de síntomas que presentan NyN o sobre la evolución de un problema de salud, e incluso sobre aspectos de su crecimiento y desarrollo que les generan dudas o preocupaciones. Un aspecto relevante de este tipo de vínculo es que muchas veces se construyen a partir de la relación que tiene el AS con otras mujeres de la familia, en particular madres y hermanas de las cuidadoras. Debido a las características de la conformación de las UD en Molinos, mujeres de al menos dos generaciones viven juntas con sus hijos/as, por lo que un mismo AS realiza el seguimiento de NyN menores de seis años que componen esa UD. Cuando esta relación se mantiene en el tiempo, puede generar un vínculo de confianza entre los agentes y las cuidadoras, basado en el conocimiento mutuo. Esto se debe a que en su mayor parte tanto los AS como los enfermeros son oriundos de la zona, conocen a las cuidadoras y sus familias y comparten espacios y actividades cotidianas por fuera de los espacios destinados al control de la salud.

En estos casos las cuidadoras valoran no solo el conocimiento técnico de los agentes sino también su disponibilidad para responder dudas o inquietudes acerca de la salud de NyN. Sobre todo, aquellas relativas a si consultar de manera inmediata en el hospital o esperar ante un problema de salud, lo que los vuelve un recurso altamente valorado por las mujeres a la hora de tomar decisiones durante el IT. Este es el caso de la relación que Ana y Micaela, quienes son hermanas, mantienen con uno de los AS, además enfermero de la zona. Si bien actualmente Ana vive en el pueblo y Micaela en la finca 1, ambas se comunican por teléfono con este agente para consultarlo sobre cuestiones de salud de sus hijos e hijas. Esta relación se mantiene desde que ambas vivían con su madre en el pueblo, en el sector a cargo de este agente, y una vez que ellas se mudaron, siguieron en contacto con él. Ambas manifiestan que

le tienen “confianza” como profesional pero además destacan que “es buena persona”. En el caso de Ana, las recomendaciones y evaluaciones que este AS hace de la evolución del estado de salud de su hija contrastan con la evaluación de otros profesionales del hospital de Molinos que clasifican a la niña como “desnutrida”. En este sentido Ana destaca que el AS toma en cuenta aspectos de la trayectoria de la niña, principalmente su prematurez, para evaluar su crecimiento y desarrollo, los cuales no son considerados, según ella, por los médicos del hospital local que la atienden: “Acá (en el hospital de Molinos) la doctora siempre me criticaba, me recalca que (su hija) estaba desnutrida que estaba bajo peso, que estaba baja talla, me decía que no la hacía comer, me hacía sentir mal” (Ana, 2018). Esto pone de manifiesto que los criterios de elección y preferencia por determinados profesionales que ponen en juego las cuidadoras, contemplan también si, durante las instancias de atención, los profesionales validan su rol como cuidadoras aptas.

Con respecto al rol de los AS en Molinos la caracterización de sus interacciones con las familias -particularmente con las madres- fue uno de los objetivos de un proyecto de investigación del que participé durante la última etapa de mi carrera de grado⁷⁹. Como parte de este proyecto pude observar y registrar instancias de planificación de las tareas de los AS durante reuniones de trabajo del equipo local de APS, así como visitas domiciliarias y las acciones e intercambios que tenían lugar en estas instancias. Asimismo, las entrevistas con agentes y madres me permitieron, por un lado, identificar en el discurso de los AS sus representaciones acerca de las pautas y prácticas de cuidado de la salud de las mujeres y sus hijos/as pequeños. Por el otro, qué factores operaban en el acceso y uso de los servicios de salud biomédicos por parte de las madres en Molinos (Palermo, 2014).

En estos discursos de madres y AS una categoría recurrente era la *confianza* como atributo de las relaciones que se construían entre ellos a lo largo del tiempo, como en el caso de Ana. La posición particular de los AS, al ser al mismo tiempo oriundos de las comunidades donde trabajan y parte del personal de salud, ha sido analizada para otras zonas del NOA y Argentina (Drovetta, 2010; Lorenzetti, 2016; Estrella, 2017) y otros países de la región (Cohn et al, 2009; Pereira Novo, 2009). Estos trabajos definen el rol de los AS como de “bisagra” entre la población usuaria y el sistema de salud, enfocando su tarea en la captación de los sectores de la población que se consideran “en riesgo” desde la perspectiva biomédica y políticas públicas de salud: mujeres embarazadas y NyN pequeños. En zonas con población

⁷⁹ Ver sección 2 de la Introducción.

indígena también se ha indagado en su papel de “traductores culturales”, mediando entre la población y el primer nivel de atención. Sin embargo, la mediación constante entre la esfera pública, ligada a los servicios de salud, y la esfera privada de la vida de las familias deriva en que frecuentemente su posición en la comunidad sea ambigua, e incluso conflictiva en algunas ocasiones. La penetración de los agentes en la esfera privada se materializa, en el contexto de las visitas domiciliarias, mediante el control no sólo de aspectos de la salud de embarazadas y NyN pequeños, sino también de otras dimensiones de la vida de las familias y su organización a nivel doméstico, lo que determina el “poder de capilaridad” (Cohn et al. 2009) de los programas de salud. El rol de “mediadores” en la implementación de estos programas les permite, a veces, crear vínculos de amistad y confianza con las mujeres. Cuando esto sucede, los posiciona no solo como actores a los que se recurre para consultar y tomar decisiones sobre el bienestar y la salud infantil, sino que además las cuidadoras pueden apelar a ellos en busca de respaldo para las decisiones que toman en el transcurso del IT.

En este sentido, las visitas domiciliarias y el contacto periódico con las familias, sostenido a lo largo del tiempo como en el caso de Ana y su hija, constituyen para los agentes instancias de observación y evaluación de decisiones y acciones de las cuidadoras, vinculadas al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud infantiles a nivel doméstico, las cuales no son accesibles al resto del equipo de salud. Esta posición, en conjunción con el vínculo de confianza y conocimiento mutuo que mantienen con algunas familias, da como resultado que, cuando las madres reciben cuestionamientos por parte de médicos y enfermeros en relación a su desempeño en tanto responsables del cuidado de la salud de sus hijos/as, puedan recurrir a los AS como estrategia para reafirmar y legitimar ciertas decisiones.

3.1.5. La determinación y evaluación del riesgo: la perspectiva del personal sanitario

La dinámica de atención de las madres y sus hijos/as en el hospital de Molinos está marcada por la evaluación del riesgo de los pacientes, en particular de las embarazadas y NyN menores de seis años. Con respecto a estos últimos, las políticas sanitarias destinadas a la población MI definen como “niño sano” a aquel con valores normales de peso y talla para su edad, por lo que una parte sustancial del trabajo del personal sanitario local consiste en la identificación de NyN con bajo peso y su clasificación en función del nivel de déficit que se detecta. Para NyN clasificados como con “bajo peso” o “desnutrición” se prescriben una serie de acciones específicas, como visitas domiciliarias de los AS con una frecuencia mayor que

para aquellos con peso adecuado para su edad, además de refuerzos nutricionales en forma de entrega de mayor cantidad de leche en polvo que para el resto de la población infantil.

La determinación del riesgo en NyN desde la perspectiva biomédica y su consecuente clasificación conjuga factores individuales, principalmente el peso, con otros contextuales o ambientales, como la capacidad de “alarma” de las cuidadoras para detectar síntomas de un problema de salud en NyN y consultar de manera temprana en el hospital, y la incorporación y seguimiento de pautas de crianza y cuidado de la salud infantil promovidas por el personal sanitario local (Remorini y Palermo, 2015). Desde la perspectiva del personal de salud local, la “educación” que brindan los médicos durante la consulta pero sobre todo los AS durante las visitas domiciliarias, influye en la “preparación” de las madres para el cuidado. Así, acciones y discursos del personal de salud tienden a desestimar el aporte de otros saberes que circulan en la UD y la comunidad para el cuidado de la salud de las mujeres y sus hijos/as, producto de las relaciones intergeneracionales y el recurso a expertos locales (Remorini y Palermo, 2012).

En el marco de los IT, los criterios biomédicos para la construcción del riesgo se aplican desde la detección y el monitoreo del embarazo y algunos de ellos se vuelven críticos cuando NyN presentan un problema de salud. En el caso de la detección de una condición de salud crónica o persistente en un niño, el personal sanitario local considera que ciertas condiciones contextuales impactan negativamente en su adecuada atención médica. Por ejemplo, que la UD a la que pertenece el/la niño o niña con un problema de salud se encuentre en las fincas, lejos del hospital, aumenta el riesgo en el que se encuentra. Es decir, se considera que las personas –pero sobre todo NyN- deben estar cerca de un centro de salud en periodos críticos de sus trayectorias, como un problema de salud en tratamiento, para asegurar el seguimiento médico y poder atender con rapidez posibles complicaciones.

Un ejemplo que ilustra este punto es lo que sucede en los tres primeros años de vida de Martina, hija de Florencia. En este periodo de su IT se suceden frecuentes consultas en el puesto sanitario de finca 2 y en el hospital de Molinos debido a síntomas que presenta la niña, tanto de tipo respiratorio como digestivo. La explicación materna y del personal de salud sostiene que el diagnóstico de trastorno genético no hereditario y de desnutrición de Martina se combinan provocando que sea propensa a enfermarse frecuentemente. El personal de salud de Molinos, sobre todo los médicos, concuerdan en que la distancia entre la vivienda de

Florencia y el hospital del pueblo⁸⁰ aumenta el riesgo en el que ya se encuentra la niña, debido a que dificulta que pueda ser atendida rápidamente. Al respecto, una de las profesionales que la atiende con mayor frecuencia en Molinos menciona que: “(Martina y Florencia) tendrían que estar acá (vivir en el pueblo) para que (la niña) tenga un seguimiento con nosotros (en el hospital), no cada (vez) que se enferme tener que traerla. Tendría que estar acá, tener un control (médico) mensual, quincenal, (que vivan en la finca) es toda una desventaja” (2017).

Otro de los factores contextuales que aumenta el riesgo, desde la perspectiva sanitaria, para NyN con problemas de salud, son determinadas condiciones y recursos de la UD a la que pertenecen. En el caso de Sofía, hija de Ana, el personal de salud local considera que los síntomas respiratorios que presenta la niña se ven agravados por el hecho de que la vivienda no cuenta con revoque en las paredes. Esto hace que haya mayor cantidad de polvo, lo que desata episodios frecuentes de broncoespasmos. Al respecto, Ana describe de esta manera la explicación del médico que atiende a su hija: “(...) él me dice ‘para que ella (su hija) esté bien vos vas a tener que vivir en una casa donde tenga piso de azulejos, paredes de azulejos para que vos todo el tiempo estés limpiando, sacando el polvillo (...) es imposible de que vos tengas una casa así y que tengas todo eso para que ella esté bien, entonces lo que hay que hacer es tratarla y siempre controlarla’” (Ana, 2013).

Estos ejemplos muestran que la estrategia sanitaria de atención de los problemas de salud infantiles engloba dentro de los “factores de riesgo” aspectos materiales y de la organización doméstica al considerarlos potencialmente peligrosos para estos NyN. Asimismo, son aspectos que no pueden ser modificados por las cuidadoras, a diferencia de los “factores de riesgo” individuales, como las conductas maternas “inadecuadas” –desde el punto de vista del personal de salud- de cuidado infantil. En este sentido, actúan exclusivamente como argumentos que, en el discurso y acciones sanitarias, justifican la necesidad de un incremento en la frecuencia de control y monitoreo de NyN, sobre todo aquellos con problemas de salud.

Al respecto, Mary Douglas (1990, citada en Lupton, 1993), propuso el pasaje desde un concepto de riesgo neutral, desarrollado en el campo de la matemática y la estadística, hacia una idea de riesgo equiparable a la noción de daño potencial. La autora plantea que actualmente en las sociedades occidentales el concepto de riesgo significa “peligro” y como

⁸⁰ El trayecto entre la vivienda localizada en la finca 2 y el hospital de Molinos se recorre en un lapso de entre dos y tres horas, dependiendo del medio de transporte y el estado de los caminos.

tal ha sido incorporado en políticas y acciones de salud pública conformando un “discurso de riesgo”. Que un individuo, grupo o comunidad esté “en riesgo” desde esta perspectiva implica que está en peligro de enfermarse o sufrir un problema de salud, lo que epidemiológicamente se considera como “poseer factores de riesgo”.

La formulación de políticas de salud pública toma esta perspectiva, en la cual ciertas conductas y acciones individuales son “riesgosas”, en el sentido que ponen a los individuos en peligro de desarrollar un problema de salud, y enfatiza en el hecho de que las decisiones individuales deben orientarse a evitarlas o modificarlas. En este sentido se pone el acento en la responsabilidad individual y en la capacidad para incorporar la información que agentes de salud difunden acerca de conductas “riesgosas”, actuando con el objetivo de preservar la salud a nivel individual y así reducir indicadores de morbilidad y mortalidad a nivel poblacional (Lupton, 1993). Kaufert y O’Neill (1993), por su parte, sostienen que esta conceptualización del riesgo justifica la ampliación o intensificación de intervenciones sanitarias a nivel individual y poblacional a fin de “disminuir riesgos”. Se constituye, así, en una herramienta cargada de valoraciones, utilizada para atribuir responsabilidades acerca del estado de salud o enfermedad y definir cuáles son los individuos o grupos vulnerables en cada contexto.

En la determinación del riesgo en NyN con problemas de salud el personal sanitario también incorpora sus propias valoraciones y opiniones acerca de la aptitud materna para el cuidado. Aquí el foco se pone en las cuidadoras porque, desde la perspectiva de las políticas públicas y las acciones sanitarias orientadas al sector MI, se consideran responsables principales del cuidado de los hijos/as, en particular de la recuperación de la salud en el caso de que NyN se enfermen o estén en peligro de enfermarse.

La capacidad materna para el cuidado, en particular de NyN “en riesgo”, es inferida por el personal de salud local a partir del tratamiento de esos NyN y del monitoreo de su crecimiento. Esta perspectiva supone que ciertos aspectos de la relación madre-hijo guardan un vínculo causal con la salud y la enfermedad infantil. Durante las visitas domiciliarias o en los momentos de internación, derivación y consulta se observa la actitud y predisposición de la madre: si demuestra estar lo “suficientemente” preocupada por el estado de salud de su hijo o hija y si prioriza su cuidado por sobre otras responsabilidades o actividades, en particular durante momentos críticos del problema de salud. En este sentido, las madres no solo deben mostrar una actitud de vigilancia ante la aparición de posibles síntomas y actuar acudiendo inmediatamente al centro de salud, sino también evitar que sus hijos e hijas enfermen. Por

ejemplo, durante las internaciones de Martina en soporte nutricional, el personal de salud evalúa que Florencia, su madre, no muestra interés suficiente en la recuperación de su hija, ya que elige mirar televisión o salir a caminar en lugar de pasar todo su tiempo en la sala de internación. Al mismo tiempo, como parte del tratamiento Florencia recibe instrucciones por parte de médicos y enfermeros sobre las maneras correctas de alimentar a la niña: en qué posición debe darle de comer, qué alimentos, cómo prepararlos y la frecuencia diaria de comidas. En este sentido, una serie de aspectos conductuales y actitudinales de la relación madre-hija, algunos de los cuales exceden el tratamiento en sí mismo, se consideran centrales para que la niña se recupere.

El monitoreo de la díada madre-hijo por parte del personal sanitario en estos espacios de tratamiento, se extiende al pretender regular aspectos de la vida cotidiana de las mujeres que incluyen modos de organización dentro de la UD, la dedicación materna a tareas que van más allá del cuidado de los hijos/as, entre otros. En este sentido la categoría “materno-infantil” implica 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 y participan del cuidado y la crianza. En este marco, suele asumirse que el cuidado de NyN es una responsabilidad y tarea “natural” de las mujeres-madres, lo cual no se encuentra en correspondencia con datos etnográficos resultantes de investigaciones sostenidas en estas comunidades (Remorini y Palermo, 2015; Remorini et al., 2019; Jacob et al., 2021, entre otras), como fue desarrollado en la última sección del capítulo I.

Lupton (2008) plantea que la “educación” para las madres y la transmisión de pautas de cuidado que se realiza desde el ámbito de la salud pública se extiende inclusive a momentos anteriores al nacimiento, prescribiendo conductas específicas de cuidado que las mujeres deben adoptar para asegurar no solo un correcto desarrollo fetal sino también para evitar consecuencias indeseadas en las trayectorias de desarrollo y crecimiento infantil que pudieran tener su origen durante la gestación. Luego del nacimiento, se espera que las mujeres en tanto “buenas madres” tomen la responsabilidad de mantener y asegurar la salud de sus hijos/as, mediante una adecuada aplicación y seguimiento de pautas de crianza y cuidado, además de la observación de pautas de alarma que movilizan la consulta temprana al centro de salud frente a determinados síntomas. De la misma manera, los problemas de salud, así como los aspectos que se salen de lo esperable o “normal” en relación al crecimiento y desarrollo infantil se atribuyen al fallo materno para proteger, estimular y velar por el bienestar y la

salud de los hijos/as. Desde esta perspectiva las expresiones incapacidad parental (*parental incompetence*) y cuidados maternos insuficientes (*insufficient mothering*) (Finerman, 1995a) refieren a la insuficiente cantidad y calidad del cuidado materno. En este sentido, Lupton (2008, 2011) plantea que aquellas madres que en determinadas circunstancias no logran movilizar información y/o recursos materiales para la atención de la salud de sus hijos/as podrían ser catalogadas como “madres negligentes” cuando sus hijos/as son clasificados como NyN “en riesgo” por el personal de salud (Bonnet, 1996). Así, la responsabilidad materna se construye no sólo en referencia al riesgo en sí mismo que conllevan las decisiones de las cuidadoras, sino también por el valor de aquello que se pone en riesgo: el crecimiento y la salud infantil (Murphy, 2000).

En el contexto de Molinos también se consideran como factores de riesgo para la salud infantil la maternidad “temprana” en las mujeres, que se asume siempre como no planificada ni deseada, en conjunto con la cantidad de hijos/as. Es por ello que las acciones sanitarias en el marco de APS se orientan a que las mujeres tengan una cantidad “adecuada” de hijos/as, ya que tener demasiados iría en desmedro de la calidad de cuidado que se le puede brindar a cada uno de ellos. Este tipo de prescripciones se encuentra en concordancia con estudios que, desde un enfoque biomédico de la salud perinatal, sostienen una relación causal entre intervalos intergenésicos cortos y un aumento de la morbimortalidad materna e infantil (Ticona y Huanco, 2005; Domínguez y Vigil-De Gracia, 2005; Carrera et al., 2020). En esta misma línea se plantea que la maternidad sin una pareja estable impacta negativamente en la calidad del cuidado y en el bienestar infantil (García Cruz et al., 2019), por lo que ser “madre soltera” también es un factor que se considera desventajoso desde la perspectiva del personal de salud local.

Este enfoque no siempre coincide con el deseo de las mujeres, sus propios proyectos, ideas y experiencias acerca de la maternidad. En definitiva, el discurso institucional local sobre la responsabilidad materna plantea que existe una manera adecuada de ser madre y en particular de mantener y recuperar la salud de los hijos/as. En este sentido, la aptitud de las madres para el cuidado, desde el discurso biomédico y escolar, es un factor determinante para alcanzar un resultado exitoso en la resolución de los IT de NyN. Esta responsabilidad se materializa, desde estos discursos, en las decisiones que las mujeres toman a lo largo del IT y se las evalúa por sus resultados, es decir, en función de si se perciben mejoras no solo en la salud sino también en otros aspectos como el desempeño escolar de sus hijos/as. La “buena madre” es aquella que evita poner en riesgo a sus hijos/as mediante sus acciones y decisiones

vinculadas a la crianza y el cuidado, y actúa de manera correcta frente a los problemas de salud infantiles: mostrando interés y preocupación, consultando al personal de salud al evaluar correctamente la gravedad de los síntomas y siguiendo sus prescripciones para tratar a NyN durante el desarrollo del problema de salud.

Al respecto Murphy (2000) plantea que, si bien las prescripciones y pautas de cuidado “adecuado” de la salud infantil son consideradas e incorporadas por las madres, esta incorporación no es total ni acrítica. En este sentido no sólo se cuestionan en el discurso y acciones maternas ciertos aspectos de estas prescripciones del personal sanitario, sino que además las cuidadoras las desestiman como indicadores únicos y parámetros exclusivos de su aptitud y capacidad para cuidar. Así, las madres “(...) resisten activamente que sus conductas sean definidas como irresponsables o imprudentes” (2000: 298, traducción propia).

3.1.6. El riesgo infantil desde la perspectiva de las cuidadoras

En el desarrollo del IT, la evaluación acerca del riesgo que realizan las cuidadoras no coincide en todos sus aspectos con la perspectiva del personal de salud. En el marco de la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, las madres privilegian la evaluación de la gravedad y evolución de los síntomas, la consideración del profesional que estará a cargo de la consulta y por tanto el centro de salud al cual acudir, el costo del traslado, la organización doméstica requerida y el tiempo necesario para trasladarse hacia el centro de salud, entre otros elementos. Por ejemplo, las perspectivas de las cuidadoras y del personal de salud muestran contradicciones acerca del momento adecuado para consultar por un problema de salud infantil. La promoción de "pautas de alarma" por parte de médicos y AS para evaluar el estado de salud y concurrir tempranamente al hospital no siempre coincide con los criterios por los cuales las madres determinan la gravedad de los síntomas y por tanto la urgencia para consultar. En este sentido, los estudios que abordan las nociones de salud y enfermedad de individuos no expertos en el marco de los IT infantiles, como madres y otros actores que se encargan del cuidado de NyN, muestran que estas decisiones se basan en un conjunto heterogéneo de conocimientos y saberes acerca del carácter, la etiología y la evolución de los procesos de salud-enfermedad-cuidado (Osorio Carranza, 2001).

Con respecto a la consideración del peso en NyN, aspecto central del control de crecimiento en la estrategia sanitaria local⁸¹, las cuidadoras consideran que la pérdida de peso puede

⁸¹ Ver al respecto lo planteado sobre este tema en el capítulo I.

sucedan en la etapa del crecimiento que va desde la incorporación de alimentos sólidos hasta los dos o tres años y en vinculación a la evolución de ciertos problemas de salud, luego de los cuales NyN recuperan peso nuevamente. El tránsito por estas etapas y estados es esperable, por lo que no siempre son necesarios cambios en la alimentación o consultas médicas únicamente por este motivo (Remorini y Palermo, 2015). Sin embargo, la excesiva focalización en el peso y la talla como indicadores exclusivos de salud, ponen a veces a las madres en una situación de alarma o alerta injustificada. Ellas monitorean los procesos de salud-enfermedad de sus hijos/as en base a observaciones diarias y lo que consideran como un conocimiento único sobre ellos/as, basado en la experiencia y el contacto diario, aunque este tipo de conocimiento sea desestimado en el marco de la consulta médica o durante la evaluación del estado de salud de NyN por parte de profesionales biomédicos. Así, la detección de un posible problema de salud infantil se basa en la observación cotidiana de cambios en la conducta, en los patrones de alimentación, llanto y sueño, entre otros aspectos físicos, conductuales y emocionales que hacen a la interacción de NyN con su medio físico y social (Lauritzen 2008; Lupton, 2013). Al respecto, los discursos de las mujeres en Molinos muestran un interjuego entre prescripciones y pautas de cuidado de origen biomédico con otros saberes y acciones provenientes tanto del ámbito de la medicina tradicional como de la participación de otros actores –particularmente del ámbito de la UD- en la crianza y el cuidado (Palermo, 2014; Remorini y Palermo, 2015; Jacob et al., 2021).

Lupton (2011) plantea que las conductas maternas de cuidado están bajo constante escrutinio y se construyen en torno a ellas valoraciones morales en su comparación con discursos de diferentes fuentes, tanto expertos como no expertos, sobre el cuidado y la crianza. Esto se sustenta en la noción de que NyN deben ser cuidados y protegidos ya que son especialmente vulnerables –sobre todo cuando son pequeños o están enfermos- y se debe asegurar su óptimo crecimiento y desarrollo. Por ejemplo para el área andina, distintos autores han descrito ciertos peligros de los que deben ser protegidos NyN recién nacidos o de pocos meses de edad, denominados *guaguas* o *wawas*. Las *guaguas* son “tiernitas” y “frágiles” ya que sus huesos pueden desacomodarse con facilidad, además de ser afectados por el sol, el frío y el aire, por lo que podrían sufrir tanto *susto* como *falseado* o *mal aire* con mayor facilidad que adultos y NyN mayores. Ello explica ciertas prácticas maternas de cuidado como el *fajado*⁸²,

⁸² Consiste en envolver el cuerpo con tela de algodón desde los hombros hasta los pies. A medida que crece el bebé progresivamente se van liberando partes del cuerpo del fajado, primero los brazos y luego el torso (Remorini, 2013).

envolver a los bebés en mantas, cubrir la cabeza con gorros o el traslado *a cocochó*⁸³ que aseguran la contención y abrigo del cuerpo infantil. Ello asegura que el cuerpo “no se abra”, que los bebés “crezcan derechos” y no se “desacomoden sus huesos” y además evita desbalances frío/calor que puedan provocarles algún problema de salud en ese momento de su trayectoria o a medida que crecen (La Riva Gonzalez, 2000; Platt, 2001; de Sureiman y Montibert, 2007; Remorini, 2013).

3.2. Los médicos campesinos

En el transcurso de los IT las consultas a los médicos campesinos se realizan cuando se detectan síntomas compatibles con dolencias del campo de la medicina tradicional de la región, como *susto*, *nervios* y *falseado* entre otras⁸⁴. Tanto mujeres como NyN pueden sufrirlas, aunque existen diferencias en relación a las instancias de los IT en que son diagnosticadas y tratadas.

En relación a la detección de síntomas de problemas de salud en las mujeres, pero sobre todo en NyN, la participación de *mamis*, madres, abuelas y suegras de las cuidadoras es central. Son ellas quienes, junto con las cuidadoras, contribuyen a la construcción de un diagnóstico tentativo, que posteriormente es confirmado durante la consulta con el médico campesino. Esto sucede sobre todo en UD de composición intergeneracional o cuando las madres son primerizas y no poseen experiencia propia en la detección de síntomas y diagnóstico de problemas de salud. Por ejemplo, es la suegra de Micaela quien considera que los síntomas de Ema, su nieta, son compatibles con *susto* y recomienda la consulta a una médica campesina de la zona.

Los criterios a partir de los cuales se decide a qué médico campesino acudir también incluyen la participación de estas mujeres de una o dos generaciones anteriores a las cuidadoras, ya que, si tienen vínculos de parentesco, amistad o vecindad con un terapeuta, éstos se privilegian al momento de consultar. El vínculo con un determinado médico campesino, sumado a la comprobación de su efectividad para diagnosticar y tratar, resulta en que frecuentemente distintas generaciones de una misma UD o de distintas UD emparentadas recurran siempre a él. Los terapeutas retribuyen mostrando mayor disponibilidad para las

⁸³ “Consiste en llevar a los niños sobre la espalda dentro de un *rebozo* (textil confeccionado para tal fin) o *poncho* (prenda de vestir tejida)” (Remorini, 2013: 422).

⁸⁴ Ver sección 2.2 del capítulo I.

consultas de estas UD, y en algunas ocasiones reducen el precio del tratamiento o aceptan recibir regalos en reemplazo de la tarifa que cobran habitualmente. Uno de los ejemplos es la selección de la médica campesina para tratar a la hija de Micaela:

“a nosotros (la médica campesina) siempre nos rebajó (el precio de la consulta) porque conoce a la familia digamos, a la abuela de F (la pareja de Micaela), ella siempre dice ‘por ser ustedes, porque me llevo bien con su abuela, les cobro esto’ (...) para ir a verla (a la médica campesina) nosotros siempre preguntamos a sus nietos porque son amigos de F, y él ya les pregunta si está o no (en su casa, donde atiende)” (Micaela, 2019)

Otro aspecto que interviene en el proceso de selección es la disponibilidad de los médicos campesinos. Debido a que por lo general se especializan en el tratamiento de algunas dolencias, no en todos los puntos del Departamento hay médicos campesinos que puedan tratarlas todas, por lo que a veces se debe recurrir a terapeutas de localidades cercanas. Por ejemplo, en finca 2 no hay médicos campesinos que traten el *susto*, por lo que un terapeuta de un paraje cercano viaja regularmente y atiende todas las consultas. Este médico campesino tiene vínculos de parentesco con varias de las UD de la finca, por lo que uno de los factores que determinan que pueda atender allí es que alguno de sus parientes pueda alojarlo. Otra opción en estos casos es que se traslade la persona que consulta, por lo general la madre del o la niño/a, hasta el lugar de residencia del terapeuta. En estos casos algunos médicos campesinos pueden diagnosticar “a distancia” mediante fotos, por lo que no siempre es indispensable hacer ese viaje con un/a niño/a si presenta síntomas. En estas ocasiones se aprovecha un viaje por otros motivos, como la visita a parientes, para realizar la consulta en ese momento.

Otro de los factores para la selección de un terapeuta es su efectividad, lo cual se comprueba mediante experiencias anteriores de las propias cuidadoras o recomendación de otras personas –parientes, vecinos o conocidos- que ya hayan sido curados. En este sentido, la expresión “tener fe” en un médico campesino condensa la confianza que deposita en él o ella la persona que consulta y la valoración positiva de sus habilidades para curar. Esto determina que, siempre que se encuentre disponible, se recurra a ese experto. La denominación de “tío” para los terapeutas es expresiva de este tipo de relaciones, que implican un alto grado de cercanía pero no necesariamente un vínculo de parentesco. Estas relaciones, como mencionaba anteriormente, se extienden más allá de la cuidadora, e incluyen otros actores de la UD, en particular a sus *mamis*, madres y suegras y se basan no solo en la familiaridad conseguida mediante repetidas consultas en el tiempo al médico campesino, sino también

sobre aspectos que exceden lo terapéutico como el intercambio de productos entre las partes, la posibilidad de alojarse al viajar, entre otros.

Un último aspecto que consideran las cuidadoras al consultar a un médico campesino es el costo del tratamiento que, dependiendo del problema de salud, puede incluir más de una consulta además de los gastos para la compra de los elementos para el tratamiento. Si bien muchos médicos campesinos cobran “la voluntad”, es decir, no establecen un valor fijo para la consulta, se considera que hay un precio mínimo a pagar dependiendo de la dolencia y su gravedad. A ello se suman los gastos del traslado que dependerán de la distancia a la que viva el terapeuta, por lo cual si es costoso viajar y el tratamiento consta de más de una consulta, es probable que no se complete.

En el marco de la consulta los médicos campesinos confirman el diagnóstico realizado por las madres o abuelas, aunque algunas veces éste se complejiza al incluir en el diagnóstico más de una dolencia, por ejemplo *susto* y *nervios* como en el caso del hijo de María y la hija de Micaela. Otras veces aportan precisiones acerca del origen del *susto* al determinar, como en los casos de la hija de Andrea y el hijo de María, que se trata de *susto desde el vientre*. Las modificaciones que los médicos campesinos introducen en relación a los diagnósticos tentativos de las cuidadoras y sus *mamis* o suegras impactan en las decisiones que se toman durante el IT, especialmente en aquellas vinculadas al tipo de tratamiento a seguir, la urgencia con la que se debe curar a NyN y la posible evolución de la dolencia si no es tratada adecuadamente. Por ejemplo, el *susto* infantil debe ser diagnosticado de manera temprana y curado, completando la totalidad del tratamiento indicado por el médico campesino. De lo contrario, existe el riesgo –desde la perspectiva tanto de los médicos campesinos como de las cuidadoras- que ese niño o niña permanezca *asustado/a* a lo largo de toda su vida. Esto puede tener diversas consecuencias sobre el crecimiento y desarrollo infantil pero también al llegar a la adultez, como se plantea en el relato de María acerca de su hijo.

La caracterización de distintos subconjuntos en el corpus de IT en la sección inicial de este capítulo, muestra que problemas de salud que afectan directa o indirectamente a NyN en los IT del primer subconjunto corresponden al ámbito de la medicina tradicional local. Por este motivo son diagnosticadas y tratadas por médicos campesinos, lo cual los convierte en un recurso fundamental para su resolución. En dos de estos IT –el de María y su hijo y el de Andrea y su hija- el *susto* afecta a las mujeres durante la etapa perinatal. Aquí la determinación de que una embarazada *se asustó*, sucede post-hoc a la detección y diagnóstico del *susto desde el vientre* en sus hijos/as. Esto se debe a que las mujeres *asustadas* durante el

embarazo, si bien transmiten el *susto* a sus hijos/as, por lo general no presentan síntomas en ese momento ni posteriormente. Debido a que los síntomas del *susto* y del *susto desde el vientre* son similares, la determinación de cuál es la dolencia que sufren NyN la realiza el médico campesino y posteriormente la confirma la madre, al vincular ese origen postulado por el terapeuta con un suceso que las afectó durante el embarazo, creando una relación causal en el relato entre eventos de su propia trayectoria y la etiología de los problemas de salud de sus hijos/as.

Una estructura similar puede rastrearse en otro de los IT de este primer subconjunto, el de Micaela y su hija, donde la médica campesina diagnostica a la niña como *nerviosa*. En este caso, los *nervios* son “traspasados” de madre a hija durante el parto y se diagnostican en la niña pocos meses después de su nacimiento, a raíz de un episodio por el cual la terapeuta también le diagnostica *susto*. A diferencia de los casos de María y Andrea, quienes se *asustan* o muestran síntomas compatibles con el *susto* durante el embarazo, los *nervios* ya habían sido detectados durante la adolescencia de Micaela, si bien no menciona haberse tratado en ese momento. Sin embargo, al igual que en el *susto*, no curarse en la niñez acarrea una serie de peligros al crecer, relacionados en particular con las dificultades que una persona *nerviosa* tiene para vincularse, pero sobre todo para afrontar situaciones estresantes o desafiantes emocionalmente. Los individuos como Micaela afectados por *nervios* presentan síntomas diversos como ataques de llanto, gritos, carácter irritable y dificultades para controlar sus emociones y reacciones en determinadas situaciones. Si NyN no son curados de *nervios*, puede suceder que durante la adolescencia y la adultez los síntomas se manifiesten de esta manera, lo cual funciona como un argumento en el relato de Micaela para sostener la necesidad de curar a su hija mientras es pequeña y no dejar que “crezca nerviosa” como le sucedió a ella.

En el cuarto de los IT de este subconjunto, el de Ana y su hija, un médico campesino interviene diagnosticando y tratando *falseado* en la madre. En su caso, una caída y golpe en la espalda cuando era niña le causa a Ana dolores durante la adolescencia, momento donde el médico campesino diagnostica que la caída en la niñez provocó que se *falseara* y le indica un tratamiento que no la cura pero le permite manejar sus dolores de espalda recurrentes. Sin embargo, sigue estando *falseada*, y esta condición, sumada a una serie de esfuerzos físicos que hace durante el embarazo, provoca, desde su perspectiva, el nacimiento de su hija a los seis meses de gestación. De esta manera, en su relato, estar *falseada* al momento del

embarazo es causa de que su hija nazca prematuramente, lo que provoca una serie de problemas de salud en la niña a lo largo de sus primeros años de vida.

3.3. La atención de la salud en la unidad doméstica

Como parte del desarrollo de los IT, en el marco de la UD tienen lugar instancias de detección e identificación de síntomas y diagnósticos tentativos de problemas de salud en NyN, ya que éstos se confirman en la consulta a expertos. En relación a la identificación de síntomas, participan tanto las cuidadoras como las abuelas de NyN, como ya fue referido para el *susto*. En el caso de esta dolencia, si tienen conocimiento y experiencia, madres y/o abuelas pueden iniciar el tratamiento, *llamando* al espíritu para que regrese al cuerpo, lo que no resulta excluyente de que luego se consulte un médico campesino y éste prescriba un tratamiento complementario a ese primer *llamado*. Una parte del tratamiento indicado por los terapeutas por lo general se realiza en la UD, donde las madres realizan ciertas acciones como frotar alcohol con ruda y ajo sobre el cuerpo del niño, pasarle azufre, rezar, darle de tomar agua bendita, hacer señal de la cruz con carbón bendito, sahumar, entre otras posibles dependiendo de lo indicado por el médico campesino (Remorini y Palermo, 2016).

En los casos de diagnósticos y tratamientos indicados por los médicos del hospital, las cuidadoras siguen las prescripciones de los profesionales en la UD, pero al mismo tiempo pueden introducir prácticas y recursos que, desde su perspectiva, resultan complementarias al tratamiento indicado, o bien lo reemplazan cuando éste no puede cumplirse total o parcialmente o cuando se evalúa que no está siendo efectivo. Por ejemplo, en el caso de Florencia y Ana ambas realizan, en algún punto del IT de sus hijas, ejercicios de estimulación temprana a partir de las indicaciones de un profesional. En el primer caso, el tratamiento se inicia en la Escuela de Educación Especial de Cachi pero no puede continuarse, debido a las dificultades para conseguir alojamiento y traslado, ya que implicaba instalarse en esta localidad tres días a la semana. En el segundo, el médico que realiza controles a la niña por su condición de prematura en el HPMI prescribe un tratamiento de estimulación temprana que no se inicia en ninguna institución especializada, debido a que Ana no podía trasladarse a la ciudad de Salta en ese momento con la frecuencia que demandaba ese tipo de tratamiento. Ya que en ambos casos el inicio y continuidad del tratamiento implica el traslado frecuente fuera del lugar de residencia por meses e incluso años, las decisiones que se toman están en función de contar durante ese periodo con los recursos y apoyo necesario para viajar y alojarse allí

donde se encuentran los centros especializados en estimulación temprana. Cuando esto no es posible, se emprenden acciones en la UD que se orientan a suplir de alguna manera el tratamiento que no se puede realizar. En el caso de Ana, decide realizar con su hija ejercicios de estimulación en su casa, basada en el conocimiento y entrenamiento adquirido por haber estudiado una carrera terciaria vinculada al desarrollo infantil. En cambio Florencia inicia el tratamiento en Cachi y lo sostiene, con discontinuidades, durante dos años. Hacia el final de este periodo debe aumentar la frecuencia con la cual su hija acude a la Escuela de Educación Especial, lo que resulta en la imposibilidad de continuarlo, ya que aumentar la cantidad de días semanales en los que debe alojarse en la casa de un pariente en Cachi no resulta posible para ella. En este punto decide repetir en su casa ejercicios que su hija hacía en la institución de Cachi como una manera de sostener el tratamiento con los recursos disponibles y en estas nuevas condiciones.

Otras instancias donde las cuidadoras implementan prácticas y recursos no indicados por expertos, basadas en conocimientos que circulan dentro de la UD y experiencia propia y de otros actores como describí en la sección 2, son aquellas donde se diagnostica bajo peso en NyN. Se trata de estrategias y recursos seleccionados debido a que han probado ser eficaces anteriormente, como la leche en polvo que María introduce en la dieta de su hijo por recomendación de una amiga quien la había probado con su propia hija, al evaluar que las pautas de alimentación indicadas por los profesionales no lograban que el niño aumentara de peso. Esto sucede aunque, en su discurso, las cuidadoras reconocen que no se trate de estrategias que reemplazan la consulta al centro de salud o con un médico campesino, según el tipo de problema de salud.

Otras veces se trata del manejo de síntomas en NyN que ya son reconocidos por las madres y que, desde su experiencia, pueden potencialmente volverse más graves, derivando en un problema de salud que requiera internación o tratamiento más prolongado. En estos casos se actúa de manera preventiva con el objetivo de que no aparezcan nuevos síntomas, o bien que no se agraven, tratándolos con los recursos disponibles en la UD a la espera de ver cómo evolucionan. Esto se sucede en el caso de Florencia cuando su hija está resfriada: “(¿Y le estás dando algo para los moquitos a Martina?) nada, porque no se le puede dar cualquier remedio porque ella es (tiene) baja defensa (...) No tengo paracetamol ahora, que es el que tengo que darle, si no le daba ese” (Florencia, 2018).

En la descripción de este tipo de acciones, las cuidadoras utilizan frecuentemente términos y criterios biomédicos para justificar las decisiones que toman. Esto muestra de qué manera la

experiencia en relación al monitoreo biomédico del embarazo y parto, y luego del crecimiento de NyN, se pone en juego y se combina o entra en conflicto con otros criterios de diferentes fuentes al momento de decidir cómo manejar un problema de salud infantil. En este sentido coexisten discursos provenientes no solo de los profesionales de la salud sino también de otras mujeres emparentadas, de distintas generaciones, que prescriben modos adecuados de actuar frente a la enfermedad infantil. En el desarrollo de los IT las cuidadoras recurren a ellos para argumentar acerca de sus decisiones sobre la selección de alternativas terapéuticas, la validez de los diagnósticos que reciben y la efectividad de los tratamientos. Forman un universo heterogéneo del cual las mujeres seleccionan saberes o consejos según sus propios criterios, pero también de acuerdo al apoyo percibido, a la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de diferentes alternativas terapéuticas, a la gravedad del problema de salud y evolución de los síntomas, aspectos que serán retomados en el siguiente capítulo.

Capítulo V

Detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

La resolución y proyección de los itinerarios terapéuticos

En este capítulo describo de qué maneras se articulan en los IT las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud. Estas instancias componen secuencias que se desarrollan de manera no lineal, sino en función del tipo y gravedad de los síntomas y de una serie de factores vinculados a la accesibilidad y eficacia de las alternativas terapéuticas, en conjunto con la disponibilidad de actores y recursos que permiten materializar estrategias con el objetivo de resolver los problemas de salud.

En la primera sección describo cómo se desarrollan las instancias de detección de los problemas de salud infantiles y su diagnóstico, marcando el inicio de los IT. En ellas intervienen tanto actores pertenecientes a la UD como otros del ámbito escolar. La segunda sección muestra la búsqueda y desarrollo de los tratamientos y las maneras en que las cuidadoras los seleccionan, evalúan su eficacia y articulan a lo largo del IT, en función de la gravedad, características y evolución en el tiempo de los síntomas.

Finalmente, los resultados que se detallan en la última sección muestran que en la mayoría de los IT no se alcanza una cura, sino que se despliegan una serie de estrategias que permiten manejar los síntomas. Particularmente, en algunos de estos IT el *susto* y *nervios* en NyN son considerados en los relatos maternos como problemas de salud con un alto nivel de riesgo, ya que si no son tratados y curados pueden tener consecuencias en el crecimiento y desarrollo, proyectando el IT más allá de la infancia.

1. Detección y diagnóstico de los problemas de salud

En esta primera sección me enfoco en la descripción de las etapas de detección y diagnóstico de los problemas de salud que marcan el comienzo de los IT. A los fines analíticos la detección y el diagnóstico constituyen dos momentos diferentes aunque estén estrechamente vinculados, ya que no siempre suceden como instancias claramente diferenciadas.

La detección puede definirse como la instancia en la cual surgen anomalías observables (Canguilhem, 1971) tanto físicas, como cambios en la conducta y/o estado emocional que resultan disruptivas, en el sentido de que no es esperable que sucedan. Osorio Carranza plantea que la detección de estados o “(...) ciertos síntomas⁸⁵ anormales que pueden incluso definirse como patológicos” representan un “punto de inflexión” en el proceso de salud-enfermedad-atención ya que marca el pasaje entre un estado de salud o bienestar y la posibilidad de sufrir un problema de salud, y “constituye (...) el primer hecho empíricamente registrado en el curso de la trayectoria de atención” (2001: 109-110). La autora remarca que en esta instancia es central la participación de distintos actores del ámbito doméstico, quienes en función de sus propios saberes y experiencia previa reconocen estas alteraciones y les adjudican -o no- estatus de problema de salud. Es decir, puede tratarse de un estado disruptivo del individuo pero pasajero, o bien del inicio de un problema de salud que deberá ser atribuido a una categoría diagnóstica y para el cual deberá buscarse tratamiento (Daley, 2004). Este proceso se encuentra estrechamente relacionado con saberes y creencias acerca de aquello que es normal y/o esperable en la trayectoria de los individuos en el marco de distintos procesos vitales, como el embarazo en las mujeres y el crecimiento y desarrollo en NyN.

El análisis de los IT revela que la observación del crecimiento y desarrollo de NyN da lugar a hipótesis, preguntas y consultas de las cuidadoras a actores de su entorno. Frecuentemente en el discurso se apela a comparaciones entre NyN cuando surge la preocupación por ciertas anomalías que se detectan en el proceso de crecimiento y desarrollo infantil. Es decir, cuando se observa que la trayectoria de NyN sigue una secuencia o ritmo diferente del considerado “normal” se atribuye esta situación a un potencial problema de salud que puede corresponder a categorías nosológicas biomédicas o de la medicina tradicional. Este proceso de detección y

⁸⁵ En relación a indicadores diagnósticos, la autora diferencia entre **síntomas** como parte de la percepción subjetiva de los individuos -o de las cuidadoras en el caso de NyN- acerca de su estado de salud; y **signos** en tanto indicadores utilizados por un experto para diagnosticar.

elaboración de un diagnóstico presuntivo está generalmente en manos de las cuidadoras, sus madres, *mamis* o suegras en el ámbito de la UD.

La detección de estas anomalías en el crecimiento y desarrollo no necesariamente conduce al diagnóstico de un problema de salud, sino que es necesario en primer lugar observar su evolución en el tiempo para registrar los cambios que suceden en los individuos y posteriormente definir un curso de acción (Osorio Carranza, 2001; Pasarin, 2011). Si se agravan o persisten en el tiempo, se realiza una consulta a un experto, ya que se considera probable que se trate de síntomas de un problema de salud. En este punto de los IT, la decisión de cuándo y a quién consultar, cómo se desarrollará más adelante, depende de factores como el tipo de síntoma, su evolución en el tiempo y la gravedad percibida. Ello implica una evaluación de alternativas terapéuticas, actores y recursos accesibles y disponibles para decidir si acudir a un médico campesino o un profesional biomédico, además de dónde y cuándo hacerlo.

Del corpus de los ocho IT analizados, solo en los cuatro del primer subconjunto⁸⁶ se genera desde el relato materno una vinculación causal entre los problemas de salud de NyN y el hecho de que sus madres padecieran *susto*, *nervios* o *falseado*. En el caso de Ana, que está *falseada* y Micaela, que sufre de *nervios*, estas dolencias fueron detectadas en su niñez y adolescencia y durante sus embarazos y partos se manifestaron con distintos síntomas provocando de manera directa o indirecta, desde su perspectiva, los problemas de salud de sus hijas. Mientras que en el caso de Ana el *falseado* provoca el parto y nacimiento prematuro de la niña, en el de Micaela es la causa de que su hija nazca *nerviosa*. En los casos de María y Andrea, ambas sufren *susto* durante el embarazo y María también *nervios*, por lo que sus hijos nacen *asustados desde el vientre*, y en el caso del hijo de María, además *nervioso*. En el relato de estas cuatro mujeres los síntomas físicos y emocionales de *susto*, *nervios* y *falseado* que presentan durante el periodo perinatal explican que sus hijos/as sufran estas dolencias así como su etiología. En la construcción de esta hipótesis resulta central el hecho de que ellas no hayan recibido tratamiento, como en el caso de María, o que el tratamiento que recibieron, en los casos de Andrea, Ana y Micaela, nunca se haya completado y por lo tanto nunca se hayan curado.

En cuanto al segundo subconjunto que reúne los cuatro IT restantes -los de Florencia, Adriana, Carolina, Verónica y sus hijos/as- se trata únicamente de problemas de salud que

⁸⁶ Ver sección 1 del capítulo IV.

afectan a NyN y no a sus madres. Estos problemas de salud son diagnosticados y tratados tanto en el ámbito de la medicina tradicional como de la biomedicina. Teniendo en cuenta entonces que la totalidad de los IT que componen el corpus se centran en problemas de salud de NyN, en este capítulo me enfoco en el desarrollo de las instancias de detección, diagnóstico y búsqueda de alternativas terapéuticas con el objetivo de lograr la resolución de los problemas de salud infantiles.

1.1. Detección y diagnóstico inicial en la unidad doméstica

En seis de los ocho IT la detección, y en algunas ocasiones el diagnóstico de los problemas de salud en NyN tienen lugar en la UD. Aquí participan no solo las cuidadoras sino también otros actores que intervienen en el cuidado y en distintas instancias de los IT como describí en el capítulo IV. En los dos restantes, anomalías en el desempeño y/o comportamiento infantil son detectados en la escuela debido a que NyN presentan dificultades en el cumplimiento de pautas y objetivos tanto de aprendizaje como de conducta y socialización en este ámbito. En estas instancias, además de las cuidadoras y actores del ámbito doméstico, intervienen docentes de las instituciones educativas. La detección de dificultades en el desempeño y comportamiento en la escuela responde al hecho de que allí se ponen en juego un conjunto de reglas y expectativas sobre NyN que son diferentes a aquellas del ámbito doméstico, mostrando que los parámetros para evaluar lo que es esperable y “normal” en las trayectorias infantiles varía entre espacios y contextos. En este sentido, las normas que dictaminan qué es el crecimiento y desarrollo normal en NyN están culturalmente moldeadas e impactan tanto en qué alteraciones (o síntomas) son “problemáticos” como en el momento en el que esto sucede (Weisz et al, 1991; Remorini y Rowensztein, 2022).

En el marco de la UD, la persistencia en el tiempo de anomalías tanto físicas como conductuales y/o emocionales en NyN se considera un indicador de que podría tratarse de síntomas de un problema de salud. El curso de acción a seguir dependerá del tipo de síntomas y su gravedad, en relación a las posibles consecuencias que revisten para la salud y bienestar del niño o niña. En la evaluación de la gravedad por parte de las cuidadoras se conjugan, por un lado, el tipo de síntoma que se presenta y su evolución en el tiempo. Por el otro, características propias de NyN, principalmente su edad y si sufren de problemas de salud previos. Un aspecto central en la determinación de la gravedad es la consideración de elementos, acciones o entornos potencialmente riesgosos para NyN, ya que podrían afectar su

crecimiento y desarrollo. En este sentido, la construcción cultural de la percepción acerca de la vulnerabilidad infantil se sustenta en la noción de que NyN deben ser cuidados y protegidos ya que son especialmente vulnerables –sobre todo cuando son pequeños o están enfermos- asegurando de esta manera su óptimo crecimiento y desarrollo (Murphy, 2007; Lupton, 2011). Las *guaguas*⁸⁷ -NyN recién nacidos- se considera que son frágiles y por lo tanto son más susceptibles a ciertos peligros que NyN mayores⁸⁸. Así, determinados síntomas o problemas de salud que no son en principio alarmantes en otras etapas del crecimiento infantil, como un estado gripal acompañado de fiebre, ameritan una respuesta inmediata por parte de las cuidadoras cuando las sufre una *guagua*.

Lo mismo sucede cuando se detectan en NyN con una condición previa que afecta de alguna manera su salud o un problema de salud ya diagnosticado, como en el caso de las hijas de Florencia y Ana. Al respecto Remorini (2009) resalta que en la sociedad mbyá ciertas condiciones o eventos en la trayectoria vital, colocan a algunos/as NyN en condiciones de vulnerabilidad. Específicamente, sufrir repetidos problemas de salud considerados leves puede generar que ese niño/a sea más susceptible a sufrir un problema de salud grave. En relación a ello, Ana retoma en su discurso las palabras del médico que atendía a su hija para explicar por qué la condición de prematura de su hija influía en que la niña presentara frecuentemente síntomas respiratorios relacionados a “resfríos”, que además debían ser tratados siempre en el hospital:

“(…) el doctor me dijo que ella (su hija) al haber estado con oxígeno (por su nacimiento prematuro) y al haber tenido (trastorno que afecta la función pulmonar) eso va a hacer de que cuando cambie el tiempo, haga calor, haga frío, ella se va a resfriar, o tome mucho frío y ella ya se va a resfriar (...) por el hecho de que ha nacido tan chiquitita y con peso tan bajo que no tenía las vitaminas necesarias (...) entonces (el doctor me dijo) ‘vos vas a vivir prácticamente en el hospital por este tema’ (...)” (Ana, 2013).

En este sentido, la gravedad está determinada por la duración o persistencia en el tiempo de los síntomas, su combinación con otros síntomas potenciales y la consideración de la edad, el estado de salud previo, las particularidades de la trayectoria de crecimiento y desarrollo de cada NyN, entre otros aspectos (de Sureiman, 2003; Rubín de Celis et al, 2003). Tanto la

⁸⁷ *Wawa* o *guagua* es un término de origen quechua utilizado en toda el área andina. En Molinos se utiliza, sobre todo en las fincas, para referirse a los NyN cuando son recién nacidos o están transitando la primera infancia (de Sureiman, 2003; Remorini et al, 2010).

⁸⁸ Ver sección 3.1.6 del capítulo IV.

cuidadora como otras mujeres de su misma generación o de generaciones mayores con experiencia en el cuidado infantil observan y acompañan el crecimiento y desarrollo de NyN de su misma UD o UD emparentadas, lo cual les permite reconocer síntomas de problemas de salud. En base a su conocimiento y experiencia previa realizan una asignación inicial de esos síntomas a una categoría que se puede corresponder con un problema de salud, tanto del campo de la medicina tradicional como de la biomedicina. En función de esta primera tipificación o diagnóstico tentativo, que implica la recopilación de información retrospectiva acerca de eventos, hechos o estados que podrían explicar su etiología y evolución (Osorio Carranza, 2001), se decide qué recursos y acciones son necesarias para tratarlos.

En el caso de aquellos síntomas que no son considerados graves se puede optar por esperar para observar y monitorear de qué manera evolucionan en el tiempo, como ha sido documentado en diversos estudios. Al respecto Ceron (2010), quien analiza “camino del enfermo” a partir de episodios de enfermedad en una comunidad guatemalteca desde la perspectiva de análisis de redes sociales, muestra que la acción de esperar con el objetivo de monitorear la evolución de los síntomas iniciales es una estrategia utilizada al inicio del 54% de los IT descritos en su investigación. El autor identifica las alternativas terapéuticas que los individuos articulan en la búsqueda de atención y encuentra que a medida que se recorre la secuencia de tratamientos implementados, la estrategia de espera es menos utilizada pero se sigue considerando como una alternativa posible y disponible dependiendo de una serie de factores como la gravedad de los síntomas, la efectividad de los tratamientos anteriores, la disponibilidad de otras alternativas, entre otros. Por su parte Osorio Carranza (2001) sostiene que “no hacer nada” o “dejar pasar la enfermedad” son opciones que las madres consideran para tratar los problemas de salud infantiles. De esta manera, al inicio de la “carrera curativa”, la espera es una estrategia que puede implementarse si se trata de síntomas leves o si se considera que en esa instancia el tratamiento puede tener efectos nocivos o iatrogénicos en la salud infantil.

Otra alternativa para el tratamiento de síntomas que no presentan gravedad y que son reconocidos por la cuidadora u otros actores del ámbito doméstico consiste en tratarlos allí con los recursos disponibles. Por ejemplo, ante un resfrío o fiebre en NyN se pueden administrar remedios antitérmicos, infusiones y/o baños. Sobre todo, pero no exclusivamente, en UD más alejadas del hospital o de puestos sanitarios, este tipo de acciones se implementan a la espera de ver cómo evolucionan los síntomas y decidir el próximo paso a seguir.

1.1.1. Los diagnósticos de médicos campesinos y de la biomedicina

En el caso de que los síntomas no se puedan tratar con los recursos disponibles en la UD, persistan y/o se agraven, o bien cuando desde su detección se percibe que son graves o generan extrema preocupación e incertidumbre en las cuidadoras, se consulta con el personal de salud o con un médico campesino. La decisión de recurrir a uno u otro depende del tipo de síntomas y de un primer diagnóstico tentativo que se realiza en el ámbito de la UD. Por ejemplo, las cuidadoras más experimentadas o sus *mamis*, abuelas, o suegras pueden atribuir con un alto grado de certeza determinados síntomas en NyN a *susto*, *nervios* o *falseado*. Si tienen la experiencia y conocimiento necesarios pueden incluso iniciar un tratamiento, pero en todos los casos recomiendan la consulta a un médico campesino, quien por lo general confirma o amplía ese diagnóstico. Sin embargo, debido a que este tipo de problemas de salud pueden presentar como síntomas iniciales vómitos, diarrea o inapetencia en algunas ocasiones se recurre al centro de salud para tratarlos. Si posteriormente al tratamiento indicado por el personal de salud los síntomas persisten, el diagnóstico tentativo se reorienta hacia el *susto* o *falseado* y se consulta al médico campesino. En casos donde los síntomas pueden corresponder a diferentes categorías diagnósticas es el experto quien confirma de qué tipo de problema de salud se trata (Osorio Carranza, 2001 y 2017; de Sureiman, 2003).

Cuando los síntomas son graves y/o la UD se encuentra cerca de un centro de salud se recurre en primer lugar al hospital de Molinos, al puesto sanitario de la finca o en el caso de las UD de la finca 1, también pueden optar por acudir al hospital de Seclantás, que se encuentra a la misma distancia que el de Molinos. Si bien esta consulta inicial puede resultar en la obtención de un diagnóstico y tratamiento, cuando no se logra diagnosticar los profesionales del centro de salud local derivan a un centro de mayor complejidad: en la mayor parte de los casos al HPMI en la ciudad de Salta y en menor medida al hospital de Cachi.

Cuando se trata de problemas de salud infantiles que pueden presentar complicaciones, las derivaciones desde Molinos al HPMI tienen carácter “preventivo”, en función de la determinación del “riesgo” de ese niño que el equipo de salud de Molinos realizó previamente. Por ejemplo, en el caso de la hija de Florencia, las numerosas derivaciones que el personal de salud local decide para la atención de la niña en el HPMI no se basan únicamente en la evaluación de la gravedad de sus síntomas al momento de la consulta, sino que también intervienen en la decisión médica otros factores como su enfermedad congénita y el diagnóstico de desnutrición. Aquí prima el criterio médico que utiliza la derivación como

herramienta para evitar –desde la perspectiva del personal sanitario local- que eventualmente se agrave el cuadro y que no sea posible tratarlo con los recursos disponibles en Molinos.

El análisis de los IT muestra que, sobre todo en los casos donde se trata de NyN considerados “en riesgo” por el personal sanitario local, en la decisión de derivar al HPMI intervienen otros aspectos que no responden estrictamente a la evaluación médica del estado de salud del paciente y su posible evolución⁸⁹. Por un lado, las condiciones estructurales y materiales del sistema sanitario en Molinos, marcado, sobre todo para las UD de las fincas más distantes al pueblo, por la lejanía al hospital o incluso al puesto sanitario de cada finca. A ello se suma el estado de los caminos, que dependiendo la época del año pueden no ser transitables, la disponibilidad de ambulancias en el hospital de Molinos y, en el caso del puesto sanitario de la finca 2, la ausencia de personal paramédico con atención permanente. Por otro lado, en la decisión del personal de salud interviene su valoración acerca de la aptitud y responsabilidad de las madres para cuidar y actuar frente a emergencias o complicaciones en la salud infantil - comúnmente referidas como “ausencia de pautas de alarma”-, en particular, en aquellos casos de NyN que se consideran “de alto riesgo”. Por último interviene la valoración por parte de médicos y AS sobre determinados aspectos de las relaciones familiares y organización doméstica, e incluso aspectos materiales de las viviendas, que son considerados como no favorables e incluso perjudiciales para la recuperación de NyN con problemas de salud. Todos estos factores median en la decisión médica de derivar a un centro de mayor complejidad, más allá de los síntomas y estado general de salud que se presentan al momento de la consulta.

Si la consulta en el centro de salud local –ya sea en Molinos y Seclantás- no provee un diagnóstico, o si los síntomas persisten o se agravan, una opción es realizar una consulta en un centro de salud fuera de Molinos sin derivación o turno médico. Por ejemplo, en el IT de Ana y su hija, luego de varias consultas en el hospital de Molinos sin obtener un tratamiento que revirtiera los síntomas respiratorios de la niña, Ana consulta con uno de los médicos que atiende en el hospital de Seclantás. Este profesional había sido recomendado por su madre y hermanas, debido no solo a la eficacia que había mostrado en la atención con otros parientes, sino también porque al ser oriundo de Molinos era “conocido” de la familia. Sumado a ello, Ana podía afrontar el gasto para ir frecuentemente por consultas y seguimiento a Seclantás, en un ómnibus que une ambas localidades dos veces a la semana. Estas decisiones en el

⁸⁹ Aspectos de este tema fueron abordados en la sección 3.1.1 del capítulo IV.

marco de los IT suponen para las cuidadoras disponer de recursos para el traslado, además de la evaluación previa de a qué centro de salud acudir e incluso del profesional con quien consultar.

Si las cuidadoras y sus hijos se encuentran fuera de Molinos al momento de la aparición y desarrollo de los síntomas, la primera consulta en un centro de salud luego de su detección también puede suceder en un centro de salud fuera de Molinos a través de la guardia médica⁹⁰. La mayoría de las veces esta consulta inicial se realiza en el HPMI de la ciudad de Salta. En los casos de María y de Ana esto sucedió cuando estaban estudiando en la ciudad y por lo tanto vivían allí temporalmente. En el caso de María, además de realizar algunos controles de su embarazo, acudió allí cuando su hijo se enfermó en dos ocasiones diferentes. Por su parte Ana recurrió a este centro de salud cuando comenzó su trabajo de parto de manera prematura y posteriormente también consultó por distintos síntomas de su hija, aprovechando que debía llevarla desde Molinos para realizar controles periódicos con especialistas luego de haber estado internada por su condición de prematuridad.

En las ocasiones que las cuidadoras evalúan que, sin ser una urgencia, el problema de salud requiere la atención de un especialista también se acude al HPMI después de una primera evaluación de los síntomas en el ámbito doméstico. En estos casos por lo general se solicita un turno médico por intermedio del hospital de Molinos, por lo que se realiza una evaluación médica inicial en el hospital local, aunque no necesariamente se indica un tratamiento en esta instancia. El pedido de turno médico es registrado en la historia clínica con un diagnóstico presuntivo⁹¹ por el profesional que lo solicita, momento en el cual también indica el tipo de especialista y servicio al que se debe acudir y la urgencia con la que se debe acceder a la consulta en la ciudad. Este sistema de referencia para la atención en un centro de mayor complejidad también se utiliza desde Molinos hacia el hospital de Cachi. Otro recurso disponible en el último periodo de esta investigación es la atención quincenal o mensual de médicos especialistas de la planta del HPMI en el hospital de Molinos, lo que las cuidadoras destacan como una ventaja, ya que se evitan traslados para consultas o tratamientos hacia la ciudad de Salta.

⁹⁰ En centros de salud como el HPMI la guardia médica garantiza la atención de pacientes críticos las 24hs del día. “*Ir por la guardia*” al hospital, como lo refieren las cuidadoras, es una estrategia para poder ser atendidas en el día sin contar con un turno médico o derivación desde otro centro de salud, incluso cuando la consulta no cumple con el criterio de gravedad que, desde la perspectiva sanitaria, implica la atención en la guardia médica.

⁹¹ Todas las solicitudes de turnos médicos y derivaciones desde el hospital de Molinos hacia otros centros de salud incluyen un “diagnóstico presuntivo” realizado por el profesional solicitante.

La disponibilidad y accesibilidad de recursos para concretar una consulta médica es otro factor que interviene en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. En los IT que se desarrollan en UD del pueblo, la cercanía al hospital es un factor determinante para la realización de consultas médicas casi inmediatamente después de la aparición de los primeros síntomas. Esto marca una diferencia con lo que sucede en las fincas, donde se debe esperar al día de atención médica en los puestos sanitarios o a que haya disponibilidad de transporte para trasladarse al pueblo. Esto se combina a su vez con la evaluación que las cuidadoras realizan del tipo de síntomas y su evolución: si son potencialmente graves se decide una consulta inmediata, para lo cual, tanto desde las fincas como desde el pueblo, se articulan los medios para consultar en el hospital lo más rápido posible.

Un ejemplo que ilustra este tipo de decisiones es el de Florencia, cuando lleva a su hija Martina a una consulta al puesto sanitario de finca 2 el día de atención médica semanal. En ese momento no la atiende la médica que usualmente seguía el caso de la niña, sino otro profesional que diagnostica un estado gripal. Frente a la severidad de los síntomas, que se habían iniciado varios días antes, y debido a que en ocasiones anteriores frente a cuadros similares la médica del hospital de Molinos que la atendía regularmente había decidido internar a la niña, Florencia se queda en el puesto sanitario, incluso después de que terminara el horario de atención. En esa ocasión nos encontrábamos con Laura Teves y Carolina Remorini en el puesto sanitario, como parte de nuestro periodo de trabajo de campo en la finca ese año. Participamos de esta situación asistiendo a Florencia en lo que necesitara para atender a Martina, que en ese momento tenía fiebre alta. Cuando Martina y Adriana, su madre, lo decidieron, le pidieron a Carolina Remorini que se comunicara por teléfono con una de las médicas del hospital de Molinos para informarle lo que estaba pasando. Desde el hospital de Molinos se comunicaron a su vez con la ambulancia, que se encontraba en una finca cercana, para que volviera hacia la finca 2. Luego de casi una hora, Florencia fue trasladada con su hija al hospital de Molinos y la niña permaneció internada allí por más de una semana. Aquí la decisión de permanecer en el puesto sanitario y no volver a su casa, que se encuentra a una distancia de dos horas de caminata del puesto, se basa en la evaluación de Florencia y Adriana de la gravedad de los síntomas de Martina y en la manera en que se habían desarrollado las frecuentes consultas anteriores por síntomas similares. En esta ocasión Florencia ya contemplaba la posibilidad de que el tratamiento incluyera la internación por algunos días, por lo que había llegado al puesto sanitario con un bolso con ropa y objetos personales. Además intervino en su decisión el conocimiento que tenía sobre

el esquema de atención del personal sanitario, ya que por ser un día de atención médica en los puestos sanitarios de las fincas, la ambulancia pudo llegar rápidamente a finca 2 debido a que estaba en un puesto sanitario cercano. Al respecto, la madre de Florencia, Adriana, que estuvo ese día durante varias horas en el puesto sanitario acompañando a su hija plantea que: “ (...) (Florencia se quedó esperando en el puesto sanitario) porque (si vuelve a su casa) le va a costar después salir de arriba (de su casa) y volver a bajar (al puesto sanitario) (...) La doctora también le ha dicho que cuando (Martina) tenga un poquito de diarrea o tenga fiebre, tiene que llamar al hospital" (Adriana, 2017).

1.1.2. La obtención de diagnóstico y búsqueda de tratamiento a partir de la detección en la unidad doméstica

Mientras que la detección de anomalías de distinto tipo en NyN y su posible vinculación con síntomas de un problema de salud sucede principalmente en el ámbito doméstico, la búsqueda de diagnóstico y tratamiento comienza acudiendo a un médico campesino local –en Molinos o Seclantás⁹²- o al centro de salud más cercano al lugar de residencia. Cuando allí no se logra diagnosticar, o en las ocasiones en las que el diagnóstico y tratamiento prescrito por expertos locales no resultan eficaces, la búsqueda se reorienta hacia centros de salud fuera de Molinos, de mayor nivel de complejidad. Esta decisión de las cuidadoras tiene como objetivo obtener un nuevo tratamiento que resulte eficaz, lo que muchas veces también supone un nuevo diagnóstico. Asimismo implica considerar un conjunto de variables como la no remisión de los síntomas, la oportunidad de aprovechar traslados de parientes o conocidos a la ciudad de Salta y la posibilidad de consultas con especialistas y tratamientos de alta complejidad en caso de ser necesario. Si bien la complejidad técnica en centros de salud como el HPMI se vincula en el discurso de las cuidadoras con mayores chances de obtener evaluaciones médicas más exhaustivas y por lo tanto diagnósticos más certeros, en otros casos la decisión de reorientar la búsqueda fuera de Molinos privilegia aspectos que no se encuentran ligados a la capacidad técnica del centro de salud y la especialización profesional. Por ejemplo la recomendación de la madre y hermanas de Ana de acudir al centro de salud de Seclantás se basa en la valoración del conocimiento previo -en función de lazos de vecindad- de uno de los profesionales que atiende allí, en conjunción con su efectividad para diagnosticar y tratar comprobada en consultas anteriores.

⁹² En el caso de las UD de la finca 1, ya que Molinos y Seclantás se encuentran a la misma distancia desde allí.

Cabe destacar que en aquellos casos donde no se obtiene un diagnóstico y/o un tratamiento efectivo en el hospital de Molinos no hay necesariamente por parte de las cuidadoras una valoración negativa de la atención local, sino la percepción de ciertas limitaciones en la capacidad técnica del centro de salud para atender y solucionar algunos problemas de salud. Si bien el hospital local es un recurso altamente valorado por la población, sobre todo comparando con los recursos biomédicos disponibles en la zona en décadas anteriores, que no haya especialistas a tiempo completo o que ciertos estudios diagnósticos y tratamientos no estén disponibles implica que muchas veces la búsqueda debe reorientarse para disponer de estos recursos en centros de salud de mayor complejidad.

1.2. La detección en la escuela

En dos de los IT interviene la escuela primaria en la detección de anomalías o “problemas” de conducta o aprendizaje en NyN que podrían ser síntomas de un problema de salud, según la percepción de los docentes.

El monitoreo institucional del desarrollo de nuevas habilidades en NyN es central en esta instancia de los IT. Aquí las metas o hitos del aprendizaje y su correlato con la edad y el nivel de maduración infantil definido como “normal” funcionan como indicadores de una posible condición patológica, cuando NyN no las alcanzan o no lo hacen en el tiempo esperado⁹³. El cuerpo docente evalúa estas dificultades, plantea hipótesis acerca de los síntomas y articula o propone recursos para lograr un diagnóstico. En este sentido la intervención de la escuela primaria en esta instancia de los IT abre nuevos cursos de acción, incorporando actores y recursos institucionales. Al respecto autores que han trabajado en la detección de problemas de salud relativos al desarrollo infantil, como Daley (2004) quien analiza los procesos de detección y diagnóstico de autismo en NyN, plantean que los síntomas de estas condiciones pueden no ser observados o caracterizados como tales hasta que NyN no se encuentran en nuevos ámbitos de interacción como la escuela o no se exponen a eventos o rutinas novedosas (Remorini y Rowensztein, 2022). Esto establece una diferencia con los IT de NyN menores y aún no escolarizados/as, donde los actores y recursos que intervienen en el diagnóstico se limitan generalmente a la UD, a aquellos con relaciones de vecindad y/o parentesco con la cuidadora y al personal sanitario.

⁹³ Los hitos del proceso enseñanza-aprendizaje son definidos de manera general por referencia a una muestra de NyN que no es representativa de la diversidad de realidades escolares a nivel nacional (Filidoro, 2012).

En todos los casos las cuidadoras construyen y comparten parámetros de normalidad respecto del proceso de crecimiento y desarrollo de NyN que pueden diferir -en mayor o menor medida- de aquellos a partir de los cuales las instituciones de salud y educación evalúan las trayectorias infantiles. Esto sucede más allá de que, en su discurso, las cuidadoras se apropien de terminología que refiere a indicadores de crecimiento y desarrollo “normales” desde la perspectiva del personal del hospital y escuelas locales. Sin embargo la evaluación de las madres sobre el crecimiento y desarrollo de sus hijos/as también incorpora otros aspectos de valor cultural como la consideración de las competencias y disposiciones de NyN para desempeñarse en tareas del ámbito de la UD. Esto no implica que se ignoren las características “problemáticas” detectadas en NyN por personal sanitario y educativo, ya que no solo son fuente de preocupación para las cuidadoras sino que además pueden reorientar el IT en función de la búsqueda de nuevas alternativas terapéuticas y recursos para abordarlas.

1.2.1. “Es inquietito”: la detección y diagnóstico en el itinerario terapéutico de Lucas

El primero de los IT en los cuales interviene la escuela en la detección de dificultades vinculadas a aspectos conductuales y de desempeño escolar es el de María y su hijo Lucas. Gran parte del relato de María sobre su hijo refiere las dificultades que presenta el niño durante su trayecto en el jardín de infantes y los primeros grados de la escuela primaria.

Al cumplir cuatro años, ella decide mudarse a la ciudad de Salta junto a su madre para poder terminar su carrera universitaria. Se instalan en un barrio de las afueras donde ya vivían otros parientes y allí inscribe a su hijo en la misma escuela donde concurrían otros NyN de la familia. Sin embargo, a poco de comenzar el ciclo lectivo Lucas se negaba a ir al jardín de infantes: “(...) digo yo le voy a anotar aquí (en el jardín de infantes en la ciudad) así yo puedo terminar (su carrera) (pero) no se adaptó, no se quería poner ni la chaqueta del jardincito (se quedaba) tirado en la cama, no quería comer, ni la leche quería tomar” (María, 2017).

Atribuyendo esta conducta a que su hijo no se adaptaba a la ciudad y a su nuevo entorno se mudan nuevamente a Molinos, lo cual la obliga a viajar frecuentemente y por períodos más o menos prolongados a la ciudad para estudiar, quedando su hijo al cuidado de su madre. En este momento, si bien Lucas seguía teniendo dificultades para adaptarse en el jardín de infantes de Molinos, esto no representaba una preocupación para ella. María lo atribuye a que su hijo sufría la separación que implicaban sus frecuentes viajes a la ciudad, además de que lo

consideraba un comportamiento esperable para un niño de su edad que estaba adaptándose a la escolarización. Sin embargo cuando comenzó la escuela primaria, se hizo evidente que estos problemas no se habían resuelto e incluso se habían agravado. La necesidad de seguimiento, supervisión y las dificultades para manejarse con autonomía en la escuela suponían una dedicación cada vez mayor de María al acompañamiento de su hijo. La ayuda diaria con las tareas y las reuniones frecuentes con docentes y directivos eran responsabilidades que no podían ser asumidas por la abuela del niño, por lo que María debió posponer la finalización de sus estudios universitarios. De acuerdo a su relato, esto además constituyó un obstáculo para que pudiera trabajar a tiempo completo en el pueblo. Al entrevistarla cuando su hijo estaba en segundo grado describe estas dificultades:

“(…) le cuesta estar quieto (en la escuela), sentado ahí (en la clase) presta atención un ratito y ya se cansa, no quiere escribir, no quiere leer, no quiere aprender nada de lengua (…) lo que es lengua, las oraciones, que él te lea…y eso es lo que (las maestras) más le piden, que sepa leer y escribir (…) además yo también tengo que hacer mis cosas, trabajar, no puedo estar las 24 horas encima de él” (María, 2017).

En este IT la detección en el ámbito escolar de dificultades de desempeño y adaptación no deriva en el diagnóstico de un problema de desarrollo que responda a una categoría biomédica. Los diagnósticos de *susto desde el vientre* y *nervios* que recibe el niño por cinco médicos campesinos diferentes se incorporan en el relato de María para explicar las causas de estos problemas en la escuela. El primer médico campesino de Molinos, alrededor del momento en que Lucas comienza el jardín de infantes, le diagnostica *susto* y lo cura. Como los síntomas no remiten y el niño continúa *asustado*, María consulta en un lapso de casi cuatro años a otros cuatro médicos campesinos en Molinos, en parajes cercanos, en una localidad a 60 km del pueblo y en la ciudad de Salta⁹⁴. Todos ellos diagnostican *susto* y una médica campesina además *nervios*. Sin embargo, los tratamientos se completan solo parcialmente por distintas razones:

“(…) le tengo que terminar de hacer curar (a su hijo, de *susto*), le hice curar una o dos veces, en realidad dicen que se curan con tres veces y entonces yo no lo hice la tercera, nunca, con ninguno (de los médicos campesinos que consultó). Y no le curé como me pidieron porque él (su hijo) no quería tomar algunos remedios (tenía que tomar) algunos yuyitos, bendito, todo

⁹⁴ Ver **línea de tiempo B** en **anexo 8**.

bendecido o tierra de la virgen que se encuentra así, que traen de lugares donde aparecen las virgencitas, una cosa así. O sahumarle y él no se dejaba (...)" (María, 2017)

En el caso de la terapeuta que diagnostica *susto desde el vientre y nervios* el tratamiento nunca se inicia por el elevado costo de las consultas y los elementos que se necesitaban para el tratamiento, además de que implicaba que María y Lucas se trasladaran en tres ocasiones diferentes hasta la casa de la médica campesina, a 60 km de Molinos. Con cada nuevo tratamiento iniciado María nota mejorías parciales en Lucas, pero reconoce que "aún le falta" para curarse.

Estar asustado y ser *nervioso* explica, desde la perspectiva de la cuidadora, médicos campesinos y otros actores del ámbito doméstico y comunitario, que el desempeño escolar de Lucas no sea el esperado para su edad. En este sentido resulta significativo que el inicio de las consultas a médicos campesinos y el primer diagnóstico de *susto* coincidan temporalmente con el comienzo del jardín de infantes y las primeras manifestaciones de sus dificultades en ese ámbito. La secuencia recurrente de nuevos diagnósticos de *susto* por diferentes médicos campesinos y el inicio de tratamientos que no se completan se mantiene hasta el final del relevamiento de este IT. En la narrativa esto además sustenta la posibilidad de que Lucas crezca *asustado* por no curarse, e incluso mantenga esta condición siendo adulto.

Mientras que el diagnóstico de *susto desde el vientre y nervios* funciona en el relato materno como explicación de las dificultades de desempeño escolar de Lucas, docentes y directivos plantean, desde el comienzo de la escuela primaria, la necesidad de una evaluación psicológica. Es por ello que, de manera paralela a las consultas y tratamientos con médicos campesinos, cuando su hijo comienza primer grado María solicita en el hospital de Molinos que se gestione un turno con la psicóloga del hospital de Cachi. El pedido de turno lo realiza un médico del hospital de Molinos quien lo registra con el diagnóstico presuntivo de "hiperactividad", pero la psicóloga que lo evalúa no ratifica este diagnóstico presuntivo ni brinda ningún otro de acuerdo al relato de María:

"(La psicóloga del hospital de Cachi) me dijo: 'para mí tu hijo no tiene nada de loco ni de hiperactivo. Sí es un poco inquieto, curioso, distinto a los demás, porque hay chicos que son callados, tranquilos y hay otros que son como él, que quieren explorar, conocer, llamar la atención' (...) así me explicaba ella" (María, 2018)

El desarrollo de este caso muestra perspectivas contrapuestas –de la cuidadora por un lado y de los/as docentes por el otro- acerca del origen y las estrategias para dar respuesta a las dificultades de Lucas en la escuela. Desde la perspectiva de los/as docentes, los problemas de comportamiento y las dificultades en la adaptación del niño son consecuencia directa de formas de relación y de pautas y prácticas de crianza que tienen lugar en el ámbito doméstico, atribuyendo de esta manera responsabilidad central a la madre en el desempeño escolar. La escuela aparece entonces como una institución que recibe a un niño “con problemas”, que se originan fuera de ésta y parece no tener ninguna injerencia en su emergencia o desarrollo. En el relato de María las diferencias entre la postura que adoptan los/as docentes frente a las dificultades de su hijo y su propia perspectiva dan lugar a situaciones conflictivas:

"yo me comprometo a poner todo lo que a mí me corresponda (para que Lucas mejore en la escuela) pero yo les pido a (los/as docentes) que me ayuden, porque si no al final yo hago todo aquí (en la casa) y allá en la escuela (no hacen) nada (...) y están más para prejuizar: que si el chico no se queda quieto es porque tenés un problema en la casa; si el chico va y viene, y corre mucho es porque le falta la atención de la mamá, porque la mamá anda en la calle" (María, 2018).

Al mismo tiempo que la escuela sostiene esta perspectiva que postula la responsabilidad materna en el cuidado y la educación como factor central para una trayectoria escolar exitosa, María plantea que la institución no tiene recursos adecuados o suficientes para integrar alumnos que se salen de la norma o lo esperable como Lucas: "todo es culpa de los padres, y no es pues así tampoco, porque hay algunos chiquitos que les va a costar. Mi hijo fue uno de esos, que le costó" (María, 2018). Asimismo, el conflicto se expresa en las diferencias en relación a las expectativas de resolución del problema de Lucas y los recursos que se ponen en juego. Por un lado, María se apoya fundamentalmente en los diagnósticos de *susto desde el vientre y nervios* para explicar y buscar tratamiento, además de que en distintos puntos del IT consultó a una psicóloga sin conseguir un diagnóstico e intentó conseguir apoyo de una psicopedagoga⁹⁵. Por el otro, a partir de 2017 la escuela integra a Lucas en un programa de apoyo para el aprendizaje junto con otros alumnos en los que también se detectan distintos tipos de dificultades. Se trata de adaptaciones de contenidos curriculares individualizados para cada alumno/a, denominados Proyectos Pedagógicos de Integración (PPI) realizadas en

⁹⁵ La escuela de Molinos no cuenta con equipo interdisciplinario para la intervención en este tipo de casos, conocido informalmente como “gabinete psicopedagógico”. En esta oportunidad María consultó con una de las docentes locales que también es psicopedagoga, pero sin lograr implementar ninguna estrategia para el acompañamiento de su hijo.

el marco de un convenio con la Escuela de Educación Especial de Cachi. Cada PPI es personalizado, orientado a alumnos/as que no necesariamente son diagnosticados con un problema de salud o de aprendizaje, pero que sí presentan dificultades de conducta o desempeño. Al no contar con maestros especiales en su planta docente, se encarga de implementar el PPI el/la docente del grado cada alumno. A estos estudiantes se les asigna además un “compañero tutor” de su mismo grado.

La estrategia de integración de estos alumnos/as mediante los PPI surgió a partir del contacto personal de una de las autoridades de la escuela de Molinos con la directora de la Escuela de Educación Especial de Cachi. La creación e implementación de este programa fue una manera de dar respuesta a la necesidad, expresada por los/as docentes de la escuela de Molinos, de contar con herramientas para acompañar las trayectorias de un conjunto de alumnos/as de distintas edades que presentaban dificultades de desempeño y/o aprendizaje⁹⁶. El objetivo de este tipo de propuestas es que el equipo educativo local pueda reconocer y manejar diferentes procesos de aprendizaje en función de las particularidades de NyN. Sin embargo, tal como se desprende del desarrollo del IT de Lucas, su puesta en práctica pone de manifiesto, por un lado, una serie de conflictos con las familias en relación a que no se trata de una estrategia consensuada entre la escuela y el ámbito doméstico para manejar estas dificultades. Al contrario, las decisiones, recursos y acciones para el manejo de este tipo de problemas infantiles que se implementan en uno y otro ámbito resultan incluso contrapuestas. Por el otro, los/as docentes reconocen limitaciones debido a que esta herramienta, aunque se lo proponga como meta, por sí sola no resuelve la integración de alumnos/as con comportamientos y ritmos de aprendizaje que no se adaptan a los tiempos y los contenidos curriculares pautados para cada grado.

⁹⁶ En 2018 había 14 NyN incluidos en el programa PPI en diferentes grados de la escuela primaria de Molinos, entre los cuales se encontraba Lucas. Únicamente dos de ellos contaban con certificado de discapacidad, los demás solo con un informe de la maestra especial de la Escuela de Educación Especial de Cachi. De los 14, 2 estaban en primer grado, 2 en segundo, 2 en tercero, 3 en cuarto, 1 en quinto, 1 en sexto, 3 en séptimo (Comunicación personal con el director de la escuela primaria de Molinos en 2018).

1.2.2. “No pueden estudiar ni hablar bien”: la detección y diagnóstico en el itinerario terapéutico de Agustina y Valentina

El segundo IT donde la escuela interviene en la detección de dificultades de desempeño escolar es el de las hijas gemelas de Adriana: Agustina y Valentina. A diferencia de la escuela de Molinos, la de la finca 2 es una escuela albergue con menor matrícula, por lo que algunos de sus grados están integrados y tiene solo una sala de jardín de infantes. Además NyN de las UD de la finca que se encuentran más alejadas de la escuela tienen la posibilidad de permanecer albergados de lunes a viernes, como en el caso de las hijas de Adriana. Las niñas comenzaron el jardín de infantes a los seis años de edad y en este punto, según su madre, ya mostraban algunas dificultades para comunicarse, sobre todo para expresarse con claridad. Sin embargo, de acuerdo al relato de Adriana, es cuando permanecen en la escuela que las docentes notan ciertos comportamientos en ellas que les llaman la atención. Esto lleva a que, unos meses después de comenzado ese primer ciclo lectivo, la directora sea quien solicita un turno médico en el hospital de Molinos para consultar por las niñas⁹⁷. Adriana lo relata de la siguiente manera:

“(…) ella (la directora) ha dicho que las nenas se mueven mucho en la cama (…) les ha sacado un turno (médico) porque dice que si llega a pasar un accidente en la escuela ellas pueden golpear en la mesita de luz, en alguna cosa (…) tenía miedo la maestra (…) Y después la doctora (del hospital de Molinos) las ha derivado a Salta y yo las he llevado y me han dicho que les iban a hacer estudios de todo. Yo le dije (al médico del HPMI) que para mí es caro el pasaje para (ir desde finca 2 hacia la ciudad de Salta) tantas veces, y me ha dicho (que les iban a hacer los estudios) más importantes nomás, solo tres” (Adriana, 2017 y 2018).

Los diagnósticos que las niñas reciben en el HPMI implican un compromiso cognitivo que afecta tanto su desarrollo del lenguaje como sus trayectorias de aprendizaje⁹⁸. Debido a ello, hacia el final del relevamiento de este IT, ambas permanecían cursando el primer grado habiendo cumplido nueve años. En la escuela de la finca 2, al no contar con maestros especiales ni gabinete psicopedagógico, que las niñas repitieran de grado se presentaba como la única alternativa posible para garantizar la permanencia en la escuela, sin mediar ninguna estrategia para adecuar la enseñanza o secuenciar los contenidos atendiendo a las dificultades

⁹⁷ Al tratarse de una escuela albergue, donde los alumnos permanecen la mayor parte de la semana, es frecuente que los docentes soliciten turnos médicos para los alumnos alojados, previa consulta y consentimiento de los padres.

⁹⁸ Los diagnósticos que figuran en las historias clínicas de ambas niñas no se mencionan para resguardar el anonimato.

que presentaban. Si bien las consultas y controles con especialistas en el HPMI se mantuvieron hasta el final del relevamiento del IT, las niñas no habían seguido ninguno de los tratamientos indicados por los especialistas de ese centro de salud: apoyo escolar, tratamiento psicopedagógico y fonoaudiológico, entre otros. Debido a que estos tratamientos implicaban trasladarse periódicamente con las niñas a la ciudad de Salta, Adriana no pudo realizarlos, ya que no podía afrontar los gastos del viaje ni mantener los arreglos domésticos necesarios para realizar tratamientos a largo plazo.

Más allá de que en el relato de Adriana se resaltan las dificultades que tienen sus hijas para aprender e incluso para hablar y expresarse con claridad, se desenvuelven sin problemas en el ámbito doméstico. Es decir que, aunque se reconocen dificultades con consecuencias directas sobre la trayectoria escolar de las niñas, ellas muestran competencias para otras tareas, acordes a las expectativas de su entorno doméstico:

“(¿Y qué hacen en la casa? ¿Te ayudan en algo?) De todo hacen. Voy a buscar leña y ellas van conmigo a traer leña. Cabras que están cerca, las mandó a traer, traen. Sacan la leche, hacen queso. Hacen la masa (para tortillas), el otro día a una la he ayudado, y ha hecho la masa (...) Van a juntar agua y ya traen y pelan las habas. Y también juegan (...) van jugar al río y vuelven (...) ellas son pícaras son, como se puede decir que no son...no tienen (lo diagnosticado en el HPMI). Son pícaras, cualquier cosa te dicen, y hacen” (Adriana, 2017)

Esto muestra la manera en que difieren las expectativas con respecto al desempeño infantil de acuerdo al contexto. Si bien el diagnóstico de las hijas de Adriana implica dificultades de aprendizaje, éstas se manifiestan exclusivamente en la escuela. El relato de Adriana muestra que las habilidades de las niñas no se ponen en cuestión en el ámbito doméstico, porque allí son capaces de cumplir -al menos en este punto de su trayectoria vital- con lo que se espera de ellas.

Sin embargo, la preocupación de Adriana por Agustina y Valentina -en particular porque las niñas al cumplir nueve años aún “no pueden hablar bien”- la lleva a consultar un médico campesino de un paraje cercano a la finca 2. En esta consulta, hacia el final del relevamiento del IT de las niñas, el médico campesino a través de una fotografía -ya que Adriana va a consultarlo sin sus hijas- diagnostica que ambas están *asustadas*. Luego del tratamiento⁹⁹ Adriana cuenta que las niñas comienzan a expresarse con mayor claridad. Sin embargo, el

⁹⁹ El tratamiento consistió en la administración a las niñas de un preparado vegetal elaborado por el médico campesino junto con agua bendita, además de que Adriana debió rezar y prender una vela en su casa durante tres días consecutivos.

médico campesino sostiene que Agustina y Valentina seguirán teniendo dificultades de aprendizaje aunque puedan mejorar el habla y sus habilidades para comunicarse. En este punto se proyectaba una segunda consulta en mayo de 2018, cuando el médico campesino viajara a la finca 2 para que pudiera evaluar y continuar el tratamiento de las niñas en persona:

“(el médico campesino me dijo) que ellas no van a aprender...ellas van a desarrollarse después de los 14 años, eso me dijo (¿y cómo sabe eso?) no sé...pero yo sí creo, le tengo fe (...) porque las nenas no hablaban, las he llevado al médico (en el hospital) y me han dicho que no van a hablar, después no hablaban y no hablaban y yo les he hecho curar ahí (con el médico campesino) y después han hablado. (El médico campesino) me dijo que son asustadas y que les tengo que hacer llamar, ahora me ha dicho que en mayo iba a venir para acá (a finca 2) y las tengo que llevar (porque) él no las conoce a ellas, me dice que las quiere ver”

(Adriana, 2018)

Lo que sostiene Adriana en su relato, en base al diagnóstico del médico campesino, su propia evaluación del desempeño de sus hijas en el ámbito doméstico y las mejoras que muestran luego de la consulta inicial y tratamiento con el terapeuta, es que es el *susto* la condición que afecta su desarrollo. Si bien es posible lograr mejoras en ciertos aspectos como el habla, las niñas se van a “desarrollar tarde” y “no van a aprender”.

1.2.3. La búsqueda de diagnósticos y tratamiento a partir de la detección en la escuela

Los resultados desarrollados en esta sección muestran que en los IT de Lucas, el hijo de María y de Agustina y Valentina, las hijas de Adriana, la escuela tiene un papel central en la detección de los síntomas y, en el caso de las niñas, además en su diagnóstico en el ámbito biomédico. En ambos el inicio de la escolarización pone en juego un conjunto de competencias y habilidades en relación a las cuales comienzan a evaluarse las trayectorias infantiles. La detección de aquello que se “sale de la norma” se produce a partir de la valoración por parte de los/as docentes del desempeño en el ámbito escolar. En este sentido, la escolarización puede considerarse un hito en las trayectorias vitales infantiles en la medida que implica el aprendizaje de nuevas prácticas, habilidades y disposiciones (Levinson y Holland, 1996).

La detección de dificultades de conducta y aprendizaje en ambos IT marca el comienzo de la búsqueda de diagnóstico, como parte de la cual se realizan consultas al hospital de Molinos

que son derivadas, en un caso, al hospital de Cachi para una evaluación psicológica y en el otro al HPMI para la intervención de especialistas y la realización de estudios diagnósticos. Mientras que en el primero de ellos la consulta psicológica no detecta ninguna patología o problema de salud, en el segundo se obtiene un diagnóstico biomédico que, para médicos y docentes, explicaría las dificultades de aprendizaje de las niñas. Sin embargo, los tratamientos indicados por los especialistas que las diagnostican en el HPMI implicaban viajar a la ciudad de Salta, por lo que Adriana evaluó, desde el momento que obtuvo el diagnóstico, que no podría realizarlos.

Las respuestas que las escuelas de Molinos y de la finca 2 ofrecen en ambos casos se vinculan directamente con los recursos efectivamente disponibles en cada institución y contexto escolar y no necesariamente con su adecuación a un diagnóstico biomédico de un problema de desarrollo, o a las expectativas de la familia y la comunidad. En el caso de la escuela de la finca 2, Agustina y Valentina permanecen en la sala de jardín de infantes y en el primer grado más de un año en cada caso, debido a sus dificultades para alcanzar los objetivos de aprendizaje e incorporar los contenidos curriculares. En la escuela de Molinos, en cambio, la detección de dificultades de adaptación y aprendizaje en un grupo de alumnos – sin contar muchos de ellos con un diagnóstico biomédico, como en el caso de Lucas- lleva a implementar un programa que tiene como objetivo integrarlos mediante la adaptación curricular de contenidos. Esto implicó generar una estrategia de enseñanza diferencial que -al menos desde sus objetivos y expectativas- permitiera acompañar, aún con limitaciones, a alumnos como Lucas, los cuales no muestran, en el momento esperado, ciertas habilidades de aprendizaje y características de adaptación al entorno escolar. Más allá de las diferencias en estas estrategias, al no contar ninguna de las escuelas con un equipo interdisciplinario ni docentes con formación en educación especial, su objetivo central se circunscribe a que NyN permanezcan escolarizados. En este sentido las estrategias educativas institucionales resultan insuficientes ya que, por un lado, muestran limitaciones para asegurar que NyN tengan una trayectoria educativa exitosa. Por el otro, en el caso de Lucas la estrategia implementada por la escuela no logró reducir el conflicto en torno al origen y manejo de las dificultades de su desempeño: mientras que los/as docentes continúan sosteniendo que se deben modificar pautas de crianza y conducta “en la casa”, María percibe que en la escuela “no se hace lo suficiente” para contener y ayudar a su hijo.

Un rasgo distintivo en la estrategia que implementa la escuela de Molinos es que, debido a la iniciativa y vínculos personales de un miembro del cuerpo directivo, fue posible integrar

recursos que no estaban disponibles localmente para dar respuesta a aquello que se percibía como un problema a nivel institucional: el manejo de trayectorias de aprendizaje diversas¹⁰⁰. El diseño e implementación de los PPI, posibilitado por la asesoría y monitoreo del personal de la Escuela de Educación Especial de Cachi, muestra que ciertos recursos se vuelven efectivamente disponibles y son accesibles a partir de que ciertos actores que forman parte de instituciones locales -en este caso del equipo directivo escolar- apelan a vínculos interpersonales para conseguirlos. En este sentido, al igual que sucede en el ámbito del hospital de Molinos durante instancias de otros IT, son las redes personales de determinados actores las que permiten acceder a recursos y alternativas frente a la inexistencia o ineficacia de mecanismos formales de contacto entre instituciones. A un nivel más general, lo que sucede en el IT de Lucas es expresivo de la manera en que individuos con cargos jerárquicos que forman parte de instituciones locales¹⁰¹ ponen en juego relaciones con parientes o conocidos a nivel regional para alcanzar objetivos institucionales, como iniciar un programa de enseñanza en conjunto con otra institución educativa de la región.

Con respecto al diagnóstico de *susto* que reciben Lucas, Agustina y Valentina, su condición de *asustados* es la que explica total o parcialmente sus dificultades de adaptación y aprendizaje desde la perspectiva de las cuidadoras y otros actores del ámbito doméstico y comunitario. Otro aspecto que explica por qué los relatos maternos en ambos IT se centran en el diagnóstico de *susto* para explicar qué les pasa, reside en que las consultas, diagnósticos y tratamientos biomédicos no explican ni brindan la posibilidad de abordar, manejar o resolver concretamente las dificultades escolares. Mientras que en IT de Lucas la consulta en el hospital de Cachi no detecta un problema de salud, sí se logra un diagnóstico para las hijas de Adriana en el HPMI, pero sin poder tratarlo debido a que Adriana no cuenta con los recursos ni condiciones para realizar los tratamientos requeridos en la ciudad de Salta.

Al diagnóstico de *susto* le suceden en los IT instancias de diferente tipo. El IT de Lucas se continúa en una sucesión de consultas a médicos campesinos, quienes coinciden en el diagnóstico y prescriben tratamientos similares que se inician y no se completan, generando solo mejorías parciales de acuerdo a María. En el IT de Agustina y Valentina el diagnóstico y

¹⁰⁰ A partir de la comunicación personal de un miembro del equipo directivo de la escuela de Molinos con la directora de la Escuela de Educación Especial de Cachi se pudo concretar el traslado de parte del equipo de la institución de Cachi a Molinos, para capacitar y asesorar al equipo docente local en el armado e implementación de los PPI. Asimismo, el equipo de la institución de Cachi se encargó durante el periodo inicial de la evaluación del funcionamiento de los PPI en Molinos.

¹⁰¹ Ver sección 3.1.1 del capítulo IV.

tratamiento de *susto* resuelve uno de los síntomas de su condición que resulta más disruptivo en el ámbito doméstico: sus problemas para expresarse y ser comprendidas por otros, pero no soluciona las dificultades en el aprendizaje. Esto muestra que se implementan estrategias diferentes en la escuela y el ámbito doméstico para abordar y tratar de solucionar las dificultades infantiles las cuales no forman parte, en ninguna de las instancias de los IT, de un abordaje conjunto entre las instituciones y la UD.

2. Tratamientos para el manejo de los síntomas y resolución del problema de salud

Las acciones de tratamiento que se desarrollan posteriormente a la evaluación de síntomas y obtención de un diagnóstico responden a la premisa de articulación y combinación de diferentes estrategias con el objetivo de actuar para manejar los síntomas y/o curar el problema de salud. En este sentido, el concepto de “modelos de atención” hace referencia al conjunto de acciones que “(...) buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado (...)” (Menéndez, 2003: 186). Este concepto alude a las prácticas que realizan los sujetos y conjuntos sociales articulando diversas formas de atención, disponibles y accesibles en cada contexto para tratar cada problema de salud. De acuerdo al autor el análisis de los IT¹⁰², que parte de identificar las acciones y decisiones relativas a la búsqueda de diagnóstico y tratamiento luego de la detección de síntomas de un problema de salud, permite relevar la totalidad de las formas de atención de una enfermedad o padecimiento que los grupos reconocen y utilizan, así como las estrategias para su uso combinado y/o sucesivo. La articulación de distintas formas de atención, cada una con una racionalidad distintiva, conforma el núcleo, según Menéndez, de la autoatención, la cual condensa las actividades y representaciones de los sujetos y grupos acerca de la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura de los problemas de salud. A un nivel más general la autoatención refiere a todas las acciones “(...) que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico (...)” (2003: 199).

Si bien los resultados muestran que, en general, los tratamientos que se realizan en el transcurso del IT son producto de un diagnóstico realizado por un profesional biomédico o un

¹⁰² El autor utiliza los términos “carrera del enfermo” y “carrera del paciente” (Menéndez, 2003), que considero, a los fines de este análisis, equivalentes a IT.

médico campesino, en el marco de la UD se llevan adelante acciones orientadas tanto a prevenir los problemas de salud como a tratar síntomas. Al respecto Osorio Carranza en su análisis acerca de saberes maternos frente a la enfermedad infantil, plantea que las acciones terapéuticas que implementan las madres, si bien tienen como objetivo último lograr la curación, se orientan en primer lugar a aliviar los síntomas y evitar su evolución y agravamiento. La autora distingue entre tratamientos para modificar síntomas particulares, aquellos para tratar el conjunto de síntomas con el que se presenta el problema de salud y por último tratamientos de tipo preventivo que buscan evitar que éste “se complique”, es decir, se agrave. Más allá de esta distinción analítica, la terapéutica en todos los casos consiste en una combinación de distintos tipos de tratamiento para lograr “(...) la eficacia curativa en el menor tiempo y costos posibles (...)” contemplando “(...) la posibilidad de reformular o confirmar el diagnóstico y aplicar terapéuticas de manera secuencial, simultánea o alternativa, para uno o varios padecimientos a la vez” (2001: 197). Asimismo, mediante la comprobación de su eficacia, las acciones terapéuticas constituyen un método diagnóstico a posteriori, ya que confirman o dan pie a la reformulación del diagnóstico inicial.

2.1. Desarrollo de los tratamientos y su vinculación con la detección y diagnóstico

Las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento no siempre conforman secuencias lineales de acciones en los IT. Esto se debe a que la detección y evaluación de los síntomas da lugar a diversos cursos de acción posibles en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento, dependiendo del tipo de síntomas, su gravedad percibida, su evolución en el tiempo y la disponibilidad de recursos y actores en cada momento y contexto. Por ejemplo, cuando se presentan síntomas inespecíficos en NyN como vómitos y diarreas, pueden realizarse simultáneamente o sucesivamente consultas tanto al sistema biomédico como a médicos campesinos, ya que podría tratarse de un problema de salud digestivo, respiratorio o de *susto* o *falseado*, o más de uno de ellos a la vez. Estas consultas pueden generar simultáneamente más de un diagnóstico para los síntomas, lo que no siempre resulta problemático desde la perspectiva de las cuidadoras, sobre todo cuando se trata de una entidad biomédica y una de la medicina tradicional que pueden tratarse al mismo tiempo o en forma sucesiva. Este tipo de secuencias genera que en los IT exista complementariedad y/o combinación no sólo de tratamientos, sino también de diagnósticos.

Por otro lado, la evaluación acerca de si el tratamiento prescrito es efectivo sucede frecuentemente en su transcurso, sin necesariamente esperar a su finalización. Si el tratamiento no genera remisión o mejora en los síntomas, esto conduce no solo a reevaluarlo sino que también puede derivar en la búsqueda y obtención de nuevos diagnósticos. En este sentido, tanto diagnóstico como tratamiento son entidades dinámicas que se revisan y reevalúan de manera constante en el transcurso del IT como parte de las decisiones de las cuidadoras. Esto sucede en función de factores vinculados a la evolución de los síntomas en el tiempo, la experiencia previa de las madres y otros actores que participan en el cuidado de la salud infantil y la participación de actores y recursos de diferente origen y localización, a los que las cuidadoras apelan de acuerdo a circunstancias y posibilidades cambiantes.

Finalmente, la prescripción de un tratamiento no necesariamente resulta en la resolución del problema de salud. Esto sucede sobre todo cuando los tratamientos deben realizarse en un centro de salud o educativo especializado fuera de Molinos y las cuidadoras no cuentan con los recursos –tanto materiales como aquellos que les permitan generar los arreglos domésticos necesarios- para iniciarlos y/o sostenerlos, a mediano o largo plazo. Además, cuando el tratamiento es ambulatorio, se debe contar con recursos para trasladarse y alojarse periódicamente fuera del lugar de residencia. Al respecto, en los IT de las UD de las fincas, cuanto mayor es la distancia al pueblo, donde se concentran los medios de transporte y es el punto desde donde el traslado a la ciudad de Salta o a la ciudad de Cachi es más corto, hay mayor dificultad para iniciar y sostener los tratamientos ambulatorios. Éstos se realizan en el HPMI, en el hospital de Cachi o en la Escuela de Educación Especial de Cachi y conllevan altos costos materiales y de organización que deben afrontar las cuidadoras. Por ejemplo en la decisión de Adriana de no realizar los tratamientos para sus hijas en el HPMI no solo se puso en juego la evaluación del costo y tiempo de viajar a la ciudad de Salta regularmente con sus dos hijas, sino también la imposibilidad de generar y mantener un arreglo doméstico que la reemplazara en las tareas cotidianas y el cuidado del resto de sus hijos. Si bien en algunas ocasiones estos tratamientos ambulatorios se inician, sólo pueden mantenerse durante el periodo de tiempo en el que estén dadas estas condiciones que lo hacen posible, además de la disponibilidad de transporte, recursos económicos y alojamiento disponible cerca del centro de salud. En el IT de Florencia y su hija, el tratamiento de estimulación temprana que debe seguir la niña en la Escuela de Educación Especial de Cachi solo se puede sostener por un corto periodo de tiempo. Después de concurrir por algunos meses una vez a la semana, debe aumentar la frecuencia semanal de clases. Para cumplir este nuevo esquema deben quedarse

tres días a la semana en Cachi y si bien uno de sus tíos vive allí, ella evalúa, con el tiempo, que no es un lugar donde sea factible alojarse. Esto hace que deba suspender el tratamiento en Cachi y, al menos en el periodo inmediatamente posterior, realiza en su casa los ejercicios que había aprendido observando las clases de su hija. En este sentido, los resultados muestran que el problema de salud infantil plantea para las cuidadoras un dilema de organización y coordinación de recursos y relaciones que posibilitan o impiden que se lleven adelante determinadas acciones de tratamiento.

Los controles de seguimiento en los tratamientos que se realizan fuera de Molinos también pueden ser problemáticos para las cuidadoras si es que deben trasladarse –en la mayoría de los casos al HPMI- para realizarlos. Esto implica gestionar el transporte hacia la ciudad de Salta, ya que la ambulancia del hospital por lo general sólo traslada las derivaciones de casos urgentes, o puede solo llevarlas hasta la ciudad y luego ellas deben conseguir el transporte de vuelta, en remis u ómnibus. Aunque se trate de ir y volver en el día, deben reorganizar las actividades cotidianas y contar con dinero para solventar los gastos implicados en el traslado, considerando el tiempo de viaje y la frecuencia del medio de transporte elegido. En el caso de Andrea estas dificultades la llevaron a tener que reprogramar un turno de control que tenía en el HPMI por el tratamiento de su hija. Debido a que cerca de la fecha del turno confirma que la ambulancia del hospital de Molinos no podía llevarla hasta la ciudad, pospone el control una semana para que coincidiera con un viaje que su tía debía hacer, por otro motivo, a la ciudad. También aprovecha que en la casa de uno de sus hermanos que vive en la ciudad había lugar disponible para quedarse una noche, ya que no puede ir y volver en el día.

El análisis de las instancias de tratamiento en los IT muestra que, cuando se trata de UD de las fincas, no solo la distancia a los centros de salud fuera de Molinos es determinante, sino también la escasez y elevado costo de medios de transporte que conecten Molinos y la ciudad de Salta o Cachi. Si bien desde el pueblo existen alternativas de transporte público hacia la capital, Cachi o Seclantás, en la mayor parte de las fincas se depende de vehículos particulares, favores de terceros o servicios de remis para trasladarse. En el caso de la finca 2 se suma la variabilidad estacional que modifica la transitabilidad de los caminos, lo que hace que sus habitantes queden prácticamente aislados durante el periodo estival. Este es uno de los factores que explica por qué, en instituciones fuera de Molinos como el HPMI y el hospital de Cachi, los tratamientos que requieren internación, a diferencia de los ambulatorios, se inician y completan en todos los IT. En el caso de los primeros también influyen la gravedad y urgencia para tratar el problema de salud, ya que al ser condiciones de relativa gravedad que

requieren accionar inmediato, el tratamiento no puede posponerse a la espera de que haya recursos o condiciones más favorables. En estas situaciones el traslado en la ambulancia del hospital de Molinos y la posibilidad de alojarse que tienen las cuidadoras en la misma institución de salud donde se interna a NyN, favorecen que el tratamiento se realice. Múltiples referencias en el discurso indican que este esquema de internación conjunta resuelve las dificultades que implicarían para la mayoría de las cuidadoras moverse en un entorno desconocido, además de que se les aseguran las comidas diarias y reciben ayuda y orientación administrativa de la institución y en algunas ocasiones apoyo psicológico o de asistentes sociales. El relato de Verónica acerca de las dificultades que ella y su pareja afrontaron durante la internación de casi tres años de su hija menor en el HPMI ilustra algunos de estos aspectos: conseguir alojamiento con distintos parientes, tener que aprender a viajar en ómnibus dentro de la ciudad e incluso que su pareja debiera comenzar a trabajar allí para costear los gastos, fueron recursos de los que debieron disponer y articular para poder permanecer en la ciudad. Sin embargo, este tipo de estrategias no ofrece solución para otras preocupaciones centrales de las cuidadoras relacionadas a su ausencia de la UD durante la internación: quién o quiénes están disponibles para asumir las tareas domésticas, el cuidado de sus otros/as hijos/as y de sus animales, entre otras. Por ejemplo, la estadía de Verónica en la ciudad implicó una reorganización de su entorno doméstico y de las tareas laborales que realizaba en la finca 1, lo que hizo que frecuentemente ella y su pareja debieran volver a la finca en ese periodo de tiempo o se turnaran para quedarse en la ciudad.

2.2. Secuencias de diagnóstico y tratamiento según gravedad de los síntomas

El **cuadro 5.1** muestra, a modo de síntesis¹⁰³ de lo desarrollado hasta aquí, secuencias posibles de instancias de diagnóstico y tratamiento (columnas de instancias 1, 2 y 3) en los IT, a partir de la determinación de la gravedad inicial de los síntomas (filas).

Con respecto a las secuencias de diagnóstico y tratamiento, algunas de ellas podrían consistir en una única instancia¹⁰⁴. Esto significaría que la alternativa terapéutica que se muestra en esa primera instancia resultó eficaz al lograr revertir los síntomas, al menos de manera temporal.

¹⁰³ Este cuadro no agota la totalidad de posibles secuencias de diagnóstico y tratamiento que pueden encontrarse en los IT.

¹⁰⁴ Estas secuencias de una única instancia no se muestran en el cuadro

En las secuencias donde en la instancia 1 no se obtiene un diagnóstico o si el tratamiento indicado resulta ineficaz o no se puede realizar, se realiza una nueva consulta indicada en la instancia 2 y así sucesivamente hasta obtener una estrategia efectiva para el manejo de los síntomas o la resolución del problema de salud. Como se indicó anteriormente, el paso de una instancia a la otra puede no solamente indicar que el tratamiento prescrito no fue eficaz, sino que además implica frecuentemente una revisión del diagnóstico obtenido o que en la instancia inicial no se consiguió diagnosticar los síntomas detectados.

En el cuadro se muestra hasta la instancia 3 ya que en la mayoría de los IT analizados la combinación de alternativas terapéuticas a las que se apela para diagnosticar y tratar no se extiende más allá de estas tres etapas. En aquellos de mayor extensión temporal, como el de María y su hijo y el de Ana y su hija, si bien las instancias de tratamiento son numerosas, se repiten las alternativas terapéuticas indicadas en el cuadro o bien a lo largo del IT se presentan más de un tipo de síntomas que reciben diagnósticos diferentes, para cada uno de los cuales se apela a una o más de las alternativas terapéuticas presentadas en el cuadro

| DETECCIÓN | Opción de secuencia en los itinerarios terapéuticos | DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO | | |
|---|---|---------------------------|------------------|--|
| | | Instancia 1 | Instancia 2 | Instancia 3 |
| Síntomas leves* | 1 | Unidad doméstica | Médico campesino | |
| | 2 | Unidad doméstica | Hospital local** | HPMI |
| | 3 | Hospital local** | Médico campesino | |
| Síntomas de gravedad moderada y/o persistentes en el tiempo | 1 | Hospital local** | HPMI | |
| | 2 | Hospital local** | HPMI | Escuela de Educación Especial de Cachi |
| | 3 | Hospital local** | HPMI | Médico campesino |
| Síntomas graves | 1 | Hospital local** | HPMI | |
| <p>*Para todas las opciones de secuencias, cuando se trata de síntomas leves (fila 1), la acción inicial puede consistir en esperar antes de consultar con un experto o tratar los síntomas en la unidad doméstica.</p> <p>**Cuando se indica "hospital local" puede tratarse tanto del hospital de Molinos como del hospital de Seclantás, a éste último recurren sobre todo unidades domésticas de la finca 1.</p> <p>Cuando se indica en alguna de las instancias una consulta en el hospital local, ésta puede incluir como instancia previa una consulta y derivación desde el puesto sanitario de la finca, si se trata de una unidad doméstica de la finca 1 o 2.</p> | | | | |

CUADRO 5.1 Secuencias de instancias en los IT para el diagnóstico y tratamiento, según gravedad de los síntomas al momento de su detección. Fuente: elaboración propia.

La **primera fila** muestra que cuando los síntomas son leves el diagnóstico y tratamiento tienen lugar en la UD, consultando a un médico campesino o en el hospital local en las primeras dos instancias. Solo en último lugar (instancia 3), si las instancias anteriores no fueron efectivas para diagnosticar y/o tratar, se recurre al HPMI.

Como indican las **opciones (columna de opciones de secuencias en los IT) 1 y 2**, si se dispone de recursos y actores para el tratamiento en la UD, esta instancia sucede con anterioridad a la consulta en el centro de salud o a un médico campesino y de manera posterior a un periodo de observación y monitoreo de los síntomas. En los casos donde luego de recurrir al centro de salud local los síntomas no remiten o se agravan, se realiza una consulta en el HPMI (**opción 2**). La **opción 3** muestra que otra secuencia posible para el manejo de síntomas leves consiste en una primera consulta en el hospital local, y cuando ésta no brinda tratamiento efectivo, se continúa con una consulta al médico campesino como instancia posterior. En estos casos los síntomas no se agravan con el paso del tiempo pero persisten, por lo cual la decisión de las cuidadoras de consultar a un experto de la medicina tradicional implica reevaluar los síntomas y adjudicarlos en este punto a un problema de salud –por lo general *susto* o *falseado*- que no puede ser curado en el hospital.

La **segunda fila** muestra tres opciones de secuencias de diagnóstico y tratamiento para síntomas de gravedad moderada y/o persistentes en el tiempo. En todas ellas se recurre en la primera instancia al hospital local y en la segunda a un centro de salud de mayor complejidad, el HPMI. En los casos donde se obtienen diagnósticos biomédicos relativos al desarrollo infantil, la tercera instancia de la **opción 2** muestra que se deriva para el tratamiento a la Escuela Especial de Cachi. La **opción 3** indica que, luego de al menos dos consultas a centros de salud de distinta complejidad sin obtener un diagnóstico –como por ejemplo en el caso de Lucas, el hijo de María- o habiéndolo obtenido pero sin poder realizar el tratamiento prescrito –como en el caso de las hijas de Adriana-, se consulta con un médico campesino en la última instancia. En estos casos, cuando los síntomas persisten y además revisten cierto grado de gravedad, de acuerdo a cuidadoras y actores del ámbito escolar, los médicos campesinos diagnostican *susto*, *susto desde el vientre* y/o *nervios* y tratan estas dolencias. Si los hay, los diagnósticos biomédicos obtenidos inicialmente no se descartan, pero se privilegia el tratamiento de las dolencias de la medicina tradicional, ya que éstas pueden ser tratadas con recursos locales, disponibles a bajo costo y por tanto accesibles para las UD, sin importar su localización geográfica y los recursos con los que cuente. Además estos tratamientos constituyen una alternativa aceptable para el manejo, al menos parcial y/o

temporal, de ciertos síntomas o problemas de salud que no pueden ser categorizados y/o tratados por la biomedicina en este contexto. Asimismo, como será discutido en el último apartado de este capítulo, los diagnósticos de *susto* y *nervios* resultan centrales en los relatos maternos para la construcción de hipótesis acerca de la etiología, desarrollo, resolución y proyección de los problemas de salud infantiles.

La **tercera fila** indica una única opción de diagnóstico y tratamiento cuando se presentan síntomas graves, que consiste en una primera consulta al hospital local desde donde se deriva al centro de mayor complejidad disponible en la región: el HPMI.

Estos resultados señalan que cuando se detectan síntomas leves, en la mayor parte de los IT la estrategia implementada consiste en esperar para monitorear los síntomas, realizar un diagnóstico tentativo y si es posible y factible, tratar en la UD. En la instancia posterior se consulta, dependiendo del tipo de síntomas, al hospital o médico campesino más cercano geográficamente, seleccionado en función de los criterios de preferencia establecidos por las cuidadoras¹⁰⁵. Sin embargo, en estos casos también se realiza en la instancia 1 una consulta al hospital local si se verifican una o más de las siguientes condiciones:

- si el IT se desarrolla en una UD del pueblo, cercana al hospital;
- si está disponible el profesional de preferencia para atender;
- si la asignación inicial de los síntomas a una categoría diagnóstica no es clara;
- si se trata de cuidadoras poco experimentadas en el reconocimiento y manejo de problemas de salud infantiles.

En todos estos casos la consulta “temprana” al centro de salud es referida como la mejor estrategia por las cuidadoras no solo para poder tratar los síntomas, sino también para asegurar que no se agraven ni extiendan en el tiempo.

Las secuencias para el tratamiento de los síntomas que persisten en el tiempo y tienden a ser de mayor gravedad, muestran que se recurre casi exclusivamente a la biomedicina, en primer lugar consultando en los hospitales más cercanos geográficamente a la UD y en las instancias posteriores al más lejano pero de mayor complejidad, donde por lo general se diagnostica y trata. En estos casos, cuando la consulta es urgente se suspenden los criterios de elección y preferencia de los profesionales locales que se ponen en juego frente a síntomas leves. El análisis de estas secuencias indica que el tratamiento en el HPMI de condiciones agudas que

¹⁰⁵ Ver sección 3 del capítulo IV.

requieren internación es eficaz en la mayor parte de los casos al resolver el problema de salud. Sin embargo, cuando se trata de condiciones vinculadas al desarrollo infantil, si bien son diagnosticadas en todos los casos en el HPMI, los tratamientos que se prescriben allí por lo general no pueden completarse. Esto se debe a que son de tipo ambulatorio, que involucran la asistencia a instituciones que están fuera de Molinos y que dependen en mayor medida –en comparación a aquellos que requieren internación- de la disponibilidad de actores y de recursos materiales y emocionales, tanto dentro como fuera de Molinos, para que las cuidadoras puedan iniciar y sostener tratamientos que se extienden por meses o años.

En las estrategias para el abordaje de ciertas condiciones infantiles, que corresponderían desde el punto de vista biomédico a problemas vinculados al desarrollo, las secuencias de diagnóstico y tratamiento indican que casi en todos los casos se recurre en algún punto del IT a expertos locales de la medicina tradicional¹⁰⁶. Sin embargo, cuando el tratamiento indicado –particularmente para la cura del *susto*- no es efectivo, en instancias posteriores la búsqueda de otros médicos campesinos se extiende hacia afuera del lugar de residencia. Esto mismo se observa en las secuencias donde se realizan consultas sucesivas en el sistema biomédico: cuanto más difíciles de diagnosticar y tratar de manera efectiva son los síntomas, la búsqueda se orienta hacia afuera de la zona de residencia al recurrir al centro de salud de la capital provincial.

De esta manera, el proceso de búsqueda de diagnóstico y tratamiento luego de la detección de potenciales síntomas de un problema de salud infantil es un proceso dinámico que involucra factores relativos a:

- cuáles son los actores y recursos que se encuentran disponibles en cada contexto e instancia del IT;
- las hipótesis que se manejan en el transcurso del IT acerca de la etiología del problema de salud;
- la gravedad y evolución en el tiempo de los síntomas;
- la disponibilidad y eficacia de diferentes alternativas terapéuticas para abordar ese problema de salud.

Estos resultados se encuentran en línea con otros estudios acerca de este tema en diferentes contextos (Osorio Carranza, 2001, 2007; Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera, 2005; Khun y

¹⁰⁶ De acuerdo a una serie de factores que fueron descritos en la sección 3.2 del capítulo IV.

Manderson, 2007; Sy, 2008; Pasarin, 2011; Brage, 2018; de Bourmont et al., 2020; Weingast, 2021; Gómez y Chong, 2022, entre otros).

2.3. Decisiones y elecciones en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento en los itinerarios terapéuticos

El **cuadro 5.2** muestra secuencias seleccionadas de los IT, compuestas por entre dos y tres instancias, que ilustran elecciones de alternativas terapéuticas para la detección, el diagnóstico de síntomas y el tratamiento de problemas de salud. A modo de ejemplo, el

| ITINERARIO TERAPÉUTICO | TRANSICIONES ENTRE ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|---|---|--|
| | UD (detección)→Hospital | UD (detección)→ Médico Campesino | Escuela (detección)→Hospital | UD (detección)→ Hospital→Hospital | Hospital→UD (redefinición de diagnóstico)→Médico Campesino | Hospital o Escuela de Educación Especial→UD (tratamiento) |
| María y Lucas | | Cambios en la conducta y dificultades de desempeño escolar→diagnóstico y tratamiento de <i>susto desde el vientre y nervios</i> | Dificultades de conducta y desempeño escolar→evaluación psicológica en hospital de Cachi | Vómitos→tratamiento no efectivo en hospital de Molinos→diagnóstico y tratamiento en HPMI | | |
| Ana y Sofia | | | | Resfrío y dificultad respiratoria→tratamiento no efectivo en hospital de Molinos→diagnóstico y tratamiento en hospital de Sectantás | Sospecha de displasia de cadera→cuidadora atribuye síntomas a <i>Falseado</i> →diagnóstico y tratamiento de <i>falseado</i> | Imposibilidad de realizar tratamiento de estimulación temprana→cuidadora realiza ejercicios de estimulación con su hija en la UD |
| Andrea y Delfina | Fiebre y convulsión→diagnóstico y tratamiento en el HPMI | Cambios en la conducta→diagnóstico y tratamiento de <i>susto desde el vientre</i> | | | | |
| Micaela y Ema | | Cambios en la conducta→diagnóstico y tratamiento de <i>susto</i> y diagnóstico de <i>nervios</i> | | | | |
| Carolina y Agustín | Manchas en la piel→diagnóstico y tratamiento en el HPMI | Cambios en la conducta→diagnóstico y tratamiento de <i>susto</i> | | | | |
| Verónica, Catalina y Milagros | Fiebre y falta de sostén muscular→diagnóstico y tratamiento en el HPMI | | | | | |
| Adriana, Agustina y Valentina | | | Dificultades de aprendizaje en la escuela→diagnóstico en el HPMI | | Diagnóstico de trastorno de desarrollo→cuidadora atribuye síntomas al <i>susto</i> →diagnóstico y tratamiento de <i>susto</i> | |
| Florencia y Martina | | | | | | Suspensión de tratamiento de estimulación temprana→cuidadora realiza ejercicios de estimulación con su hija en la UD |

CUADRO 5.2 Secuencias de eventos en los IT que ejemplifican transiciones entre alternativas terapéuticas para la detección, diagnóstico y tratamiento. Fuente: elaboración propia.

resaltado en color muestra que en cierto punto del IT de María y su hijo, debido a los vómitos que sufre el niño (síntomas detectados en la UD), María consulta en el hospital de Molinos (alternativa terapéutica 1), pero al persistir los síntomas decide viajar a la ciudad de Salta y realizar una consulta en el HPMI (alternativa terapéutica 2), donde es diagnosticado y tratado.

Las columnas del cuadro señalan distintos tipos de secuencias extraídas de los IT. La **primera, segunda y tercera columnas** muestran secuencias donde se detectan síntomas y, en algunos casos se realiza un diagnóstico tentativo, en la UD o la escuela y luego se recurre a expertos de la biomedicina o de la medicina tradicional. Las secuencias de la **cuarta columna** indican que cuando la consulta y/o tratamiento en el hospital de Molinos no resulta efectiva para diagnosticar o tratar, se toma la decisión de consultar en otro centro de salud fuera de Molinos.

En cuanto a la **quinta columna**, las secuencias muestran que las cuidadoras pueden tanto combinar alternativas terapéuticas (biomedicina y medicina tradicional) para el diagnóstico y/o el tratamiento de ciertos síntomas, como recurrir a una segunda alternativa terapéutica (medicina tradicional) cuando la primera (biomedicina) logra diagnosticar pero prescribe un tratamiento que no resulta aceptable y/o accesible o no bien no logra diagnosticar. En ambos casos, la combinación o sustitución de alternativas terapéuticas implica que existan dos categorías diagnósticas simultáneas -pero no necesariamente excluyentes entre sí- para un mismo conjunto de síntomas, aunque frecuentemente sólo puedan tratarse en el ámbito de la medicina tradicional, según lo diagnosticado y prescrito por un médico campesino. Finalmente, en la **sexta columna** las secuencias indican que cuando los tratamientos prescritos en el sistema biomédico no pueden realizarse o deben suspenderse, las cuidadoras toman la decisión de aplicar lo aprendido en otras instancias de tratamiento o en su trayectoria de formación profesional como una estrategia para darle continuidad al tratamiento con los recursos disponibles en el ámbito doméstico.

El análisis pone de manifiesto que cada alternativa terapéutica se evalúa en función de su accesibilidad y efectividad para manejar los síntomas, lo cual sucede manera simultánea o posterior a la prescripción y/o administración del tratamiento. Si una alternativa no es accesible o bien no resulta efectiva, esto conduce a retomar la búsqueda orientándose hacia otra que se encuentre disponible, lo que por lo general implica un nuevo diagnóstico y tratamiento. No obstante, la relación entre categoría diagnóstica y tratamiento no es unívoca, debido a que si se apela a dos alternativas terapéuticas de manera simultánea, a un mismo conjunto de síntomas le puede corresponder más de un diagnóstico, sin que necesariamente resulten excluyentes entre sí. En determinadas secuencias también pueden encontrarse diagnósticos sucesivos cuando el primero es descartado y en ciertos casos incluso realizarse simultáneamente tratamientos de diferente origen (de la biomedicina y la medicina tradicional, por ejemplo) cuando se considera que la combinación terapéutica podría ser

beneficiosa. Asimismo, el análisis muestra, por un lado, que la reorientación en la búsqueda de alternativas terapéuticas no siempre supone que el tratamiento haya finalizado, ya que, desde la perspectiva de las cuidadoras, para comprobar su efectividad no es necesario que se complete. Por el otro, que se apela a nuevas alternativas terapéuticas si los tratamientos deben suspenderse, aunque hayan sido efectivos para el manejo de los síntomas.

Las decisiones y elecciones de las cuidadoras en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento implican un constante monitoreo de los síntomas y, en función de ello, la construcción y modificación de hipótesis acerca de su origen y correspondencia con posibles diagnósticos. Estas acciones suponen la evaluación de los cambios de los síntomas en el tiempo: *¿se mantienen? ¿desaparecen? ¿se agravan? ¿se combinan con nuevos síntomas y/o con problemas de salud previos?*. En este marco son las cuidadoras, junto con otros actores de la UD que actúan como fuente de consulta y apoyo material y emocional, quienes no solo toman decisiones acerca de a qué alternativa terapéutica apelar en cada instancia, sino que también articulan en este proceso recursos y actores disponibles a nivel local y regional.

Otras investigaciones etnográficas que analizaron estrategias para tratar la enfermedad en Latinoamérica han mostrado resultados similares en este sentido. Por ejemplo el estudio clásico de Cosminsky (1987) sostiene que son las mujeres quienes toman decisiones para la construcción de estrategias orientadas a la solución del problema de salud. En su estudio sobre el manejo de la enfermedad en UD de trabajadores de una plantación de Guatemala encuentra que son las mujeres quienes articulan distintas alternativas terapéuticas para el tratamiento en base a sus decisiones. Éstas suponen la evaluación de una serie de factores, entre ellos: las características y accesibilidad de servicios de salud biomédicos y curadores de la medicina tradicional, la severidad y persistencia de los síntomas de enfermedad y la disponibilidad de dinero, alimentos, tiempo y energía. Todos estos factores dependen a su vez de la organización de cada UD y del apoyo social disponible.

A partir del análisis de episodios de enfermedad Cosminsky encuentra que la distancia geográfica –y por lo tanto el tiempo de traslado, medios de transporte disponibles y costos asociados- de las alternativas terapéuticas con respecto a la UD es un factor determinante en la selección de las opciones iniciales luego de la detección de síntomas. De esta manera cuando el problema de salud inicia tienden a seleccionarse para su tratamiento aquellas alternativas menos costosas y más cercanas, fundamentalmente la administración de medicamentos farmacéuticos y preparados vegetales en la UD. Por el contrario cuando se trata de enfermedades infantiles y si los síntomas son severos, se consideran otros factores,

como la calidad percibida de la atención en el centro de salud o de los curanderos, la distancia al centro de salud cuando se sospecha que el tratamiento requerirá de internación y la disponibilidad de actores para asumir tareas de cuidado cuando la madre se ausente acompañando al niño enfermo. La autora encuentra, además, que las alternativas terapéuticas son utilizadas tanto de manera secuencial –seleccionando una nueva cuando la anterior no resulta efectiva- como simultánea, al obtener diagnósticos de expertos de distintos ámbitos y en algunos casos combinando los tratamientos que se prescriben.

Por su parte Oths (1994) analiza casos de enfermedad en UD de Perú a fines de la década de 1980, durante un momento de profunda crisis económica a nivel nacional. Sus resultados muestran que las decisiones acerca de la selección de tratamiento priorizan el nivel de gravedad de los síntomas frente al costo económico: cuando la gravedad es mayor se recurre a la biomedicina, la alternativa más costosa pero considerada como la de mayor efectividad en estos casos. De esta manera la autora refuta planteos de otros estudios sobre toma de decisión en contextos de pocos recursos económicos (Fabrega 1974; DeWalt, 1977; Ryan, 1981 entre otros), los cuales sostienen que siempre se selecciona un tratamiento en función de su costo monetario, o sea, privilegiando las opciones menos costosas. Oths, al contrario, sostiene que la consideración de la gravedad es central y se ubica por sobre el costo de la alternativa terapéutica en el proceso de toma de decisión. Asimismo su análisis señala que en periodos de escasez económica no hay necesariamente un reemplazo de alternativas terapéuticas costosas en términos monetarios (biomedicina) por otras que no lo son (medicina tradicional) sino que se tratan en primer lugar problemas de salud más graves y por tanto más urgentes.

Estudios más recientes también indican que la experiencia previa de las personas frente a la enfermedad -principalmente de las madres en IT infantiles- y la gravedad percibida de los síntomas son factores centrales en el proceso de toma de decisión (Pasarín, 2011, 2011a). Además, que las decisiones sobre la selección de alternativas terapéuticas al inicio del IT afectarán a las decisiones que se tomen en las instancias posteriores (Ceron, 2010). En cuanto a la accesibilidad y aceptabilidad de los recursos y alternativas terapéuticas Anderson et al (2013) muestran que, para las familias mexicanas migrantes en Estados Unidos, la evaluación del tipo y gravedad de los síntomas se combina con factores vinculados al conocimiento previo y recomendación de ciertos terapeutas. Para las familias que migraron recientemente, la posibilidad de recibir referencias de otros migrantes acerca de un “curandero” al cual acudir, es un factor que determina el nivel de confianza en ese experto para diagnosticar y

tratar. En este sentido diversas investigaciones destacan la necesidad de enfocarse en la trayectoria de los individuos, en sus vínculos familiares y comunitarios, así como en preferencias, expectativas y negociaciones propias de cada contexto para abordar el proceso de toma de decisión en el marco de los IT (Samuelsen, 2004; Siqueira et al, 2016; Gerhardt, 2016; Buzzi y Sy, 2020; Brage, 2020; Fernandez y Moreira, 2021).

3. Instancias finales en los itinerarios terapéuticos: ¿la resolución del problema de salud?

Los resultados desarrollados en las dos primeras secciones de este capítulo mostraron de qué maneras se articulan en los IT las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud infantiles. Lejos de conformar secuencias lineales de eventos que se suceden siempre en el mismo orden, estas tres instancias pueden ocurrir varias veces en el desarrollo de un mismo IT. Además pueden abandonarse, combinarse y/o resultar excluyentes entre sí en función de un conjunto de factores, como la gravedad y tipo de síntomas, la accesibilidad y efectividad de las alternativas terapéuticas, y el apoyo social percibido como disponible por las cuidadoras.

Las decisiones de las cuidadoras implican que a lo largo de cada IT entren en juego nuevos diagnósticos, se suspendan tratamientos ya iniciados o se combinen estrategias para curar de distinto origen, en función de hipótesis acerca de la etiología y tipo de problema de salud. Otras veces implica que se decida esperar para observar si los síntomas se modifican o desaparecen o simplemente para evaluar si el tratamiento prescrito resulta ser efectivo. La descripción de las instancias de detección en los IT de los hijos de María y Adriana muestra además que la escolarización supone la participación de actores del sistema educativo en las instancias de detección y diagnóstico. Frente a ciertas dificultades los/as docentes identifican anomalías en el desempeño de NyN y despliegan estrategias que -desde su perspectiva- deben privilegiarse por sobre otras para abordar el problema detectado. Estas estrategias implementadas a nivel institucional frecuentemente no tienen puntos de contacto -e incluso pueden entrar en conflicto- con acciones, decisiones y explicaciones de las cuidadoras con respecto a la salud y desempeño de sus hijos e hijas.

En esta última sección me enfoco en la descripción de las instancias finales de los IT. Los resultados desarrollados en este capítulo y el anterior muestran que los IT analizados presentan semejanzas en relación a la cantidad de instancias que los componen y al tipo y

número de alternativas terapéuticas que se ponen en juego para lograr la resolución del problema de salud infantil. Asimismo, el análisis indica que para la mayoría de ellos no se alcanza una cura o resolución del problema de salud, sino que en las instancias finales se extiende la búsqueda de una o más estrategias que permitan manejar los síntomas que presentan NyN.

En este sentido, de los ocho IT únicamente en los de Carolina y su hijo y en el de Ana y su hija los tratamientos se completaron y resultaron efectivos de acuerdo a la evaluación de las cuidadoras. En el caso del hijo de Carolina en la última instancia relevada se trató y curó el *susto* en el niño. En cuanto a la hija de Ana, para el final del relevamiento los tratamientos tanto biomédicos para sus síntomas respiratorios como de la medicina tradicional para el *falseado* parecían haber resultado efectivos para tratar condiciones derivadas de su nacimiento prematuro. Por otro lado, el IT de las hijas de Verónica también finaliza pero con el fallecimiento de ambas niñas.

En los cinco restantes las instancias finales muestran o bien que la búsqueda de diagnóstico y/o tratamiento continúa -ya que las alternativas terapéuticas utilizadas en las instancias previas no habían resultado eficaces-, o bien que, incluso cuando los tratamientos permitieron controlar los síntomas, no se habían completado al momento de finalizar el relevamiento. Este último es el caso del IT de Andrea y su hija, donde el tratamiento de la médica campesina había logrado la cura del *susto desde el vientre* pero continuaba el tratamiento biomédico para las convulsiones que presentaba la niña.

En el caso de los IT de Florencia y su hija y de Adriana y sus hijas, de acuerdo a los diagnósticos de la biomedicina las tres niñas sufren de problemas de salud crónicos, sin embargo, los tratamientos que se les prescriben en el HPMI no resultan accesibles para esta UD, interrumpiéndose en el primer caso y sin poder iniciarse en el segundo. A partir de este punto se ponen en juego distintas estrategias para tratar los problemas de salud infantiles. Mientras que Florencia realiza ella misma ejercicios de estimulación temprana con su hija al tener que suspender las clases en la Escuela de Educación Especial de Cachi, Adriana consulta a un médico campesino y obtiene un nuevo diagnóstico para sus hijas -*susto*- cuyo tratamiento logra mejorar uno de los síntomas que, desde su perspectiva, era el más crítico para el desempeño de las niñas: sus dificultades en el habla.

Por último, en los IT de María y su hijo y de Micaela y su hija, si bien se obtienen diagnósticos de la medicina tradicional que explican los síntomas que presentan Lucas y

Ema, los tratamientos para el *susto desde el vientre* y los *nervios* no se completan o aún no se habían iniciado al finalizar el relevamiento. Aquí los problemas de salud infantiles están diagnosticados pero no curados y en los relatos maternos se proyectan sus posibles consecuencias en las trayectorias vitales de ambos, ya que de no ser tratadas pueden provocar condiciones potencialmente graves y de larga duración. Es decir que, para las cuidadoras, el riesgo en estos casos está dado no solo por los síntomas presentes sino también por su potencial impacto más allá del periodo de crecimiento y desarrollo.

3.1. La proyección de los itinerarios terapéuticos infantiles: los peligros de no curar el *susto* y los *nervios*

En aquellos IT donde se diagnostica *susto*, *susto desde el vientre* y *nervios* a NyN, si no existe tratamiento, se obtiene un diagnóstico tardío o los tratamientos no se completan, se plantean un conjunto de potenciales peligros para la salud y el desarrollo infantil. Ello implica que los síntomas no sólo persistirán en el tiempo sino que además podrían agravarse si no son tratados, extendiendo la duración del IT.

En los discursos de María, Micaela y Andrea la descripción de casos de parientes afectados por estas condiciones se utilizan para ilustrar los posibles resultados de que sus propios hijos e hijas no sean curados de *susto* y *nervios*. En el caso de María, relata el caso de uno de sus primos, quien siendo adolescente sufrió un *susto* severo y no fue tratado adecuadamente, lo cual tuvo consecuencias en sus características personales y habilidades siendo adulto. Este ejemplo dentro de su discurso describe las potenciales consecuencias en el desempeño futuro de Lucas si no es finalmente curado del *susto desde el vientre* con el que fue diagnosticado:

“tengo que hacerle curar (a Lucas) porque una señora (médica campesina) me dijo que eso (el *susto*) se les sube a la cabeza y es como que quedan locos, trastornados. Una vez un primo nuestro llegó una noche descalzo con fiebre, temblando y sudando de miedo (...) él tenía 15 años y cuenta que se había ido a jugar con sus amigos pero no eran sus amigos, era el diablo. Él se ha levantado soñando y ha salido para afuera y creyó que eran los amigos (...) después ya estaba mal (¿qué tenía?) como loco estaba (...) Y él ha quedado así...le ha hecho curar (del *susto*) mi tía pero no bien, él ha quedado así, intranquilo, trabaja en un lado, ya deja, que va a otro lado. Y así es, no se estabiliza nunca, es así como intranquilo, no tiene una tranquilidad o estar seguro” (María, 2017).

En el relato de Micaela, tanto ella como su hermano y su tía son *nerviosos*, aunque las manifestaciones de *nervios* muestran en ellos diferentes niveles de gravedad. En su discurso se destaca el caso de su tía, quien tiene crisis de *nervios* graves, que incluso ponen en riesgo su vida. Si bien la hija de Micaela aún no muestra síntomas de *nervios* –al menos de gravedad- el diagnóstico que recibe de la médica campesina la alerta sobre la necesidad de curarla en lo inmediato:

“tengo que curarle a Ema (su hija) porque es nerviosa y con el tiempo le va a hacer mal (¿qué le puede pasar?) mi mamá me contó de su hermana, ella era nerviosa desde chica y una vez estaban discutiendo con su marido y se empezó a tragar la lengua (...) porque se puso nerviosa de más y se empezó a poner colorada, morada, como asfixiándose sola (...) igual que (el hermano de Micaela), era muy nervioso, se enfermó de los nervios (...) mi mamá después le llevó a curar y se compuso (...) y cuando yo estaba en el colegio me hacían la contra, o me tiraban cosas y yo me ponía nerviosa y empezaba a revolver todo (...) me sabían hacer bañar con agua fría y con eso noté que me fui curando después. Mi mamá tenía miedo que a nosotros (a su hermano y a ella) nos pase lo mismo que a mi tía, es lo mismo que yo temo por Ema (su hija), que sigan creciendo sus nervios y que ella algún día tenga que pasar por eso, así que por eso es lo que yo más me preocupo, quiero que se curen sus nervios y no sea nerviosa” (Micaela, 2019).

Finalmente, el ejemplo en el relato de Andrea refiere al *susto* que su hermana sufrió estando embarazada y cómo esto tuvo consecuencias sobre la salud de su sobrino desde el nacimiento. Si bien el niño está *asustado desde el vientre* al igual que su hija, en el caso de su hermana hay ciertos factores que agravaron el *susto* provocando que las consecuencias sean más graves que las que sufre Delfina. Aquí el *caso dentro del caso* funciona también planteando un escenario hipotético al ilustrar los riesgos y potenciales consecuencias del *susto* durante el embarazo en conjunción con no ser tratada y curada a tiempo:

“(estando embarazada su hermana) estaba cuidando (las ovejas), nosotras nos turnábamos, le tocaba a ella y después yo, así. Un día (su hermana) estaba sentada abajo de un churqui (árbol) (...) y ahí estaba la víbora arriba y en el pecho se le ha caído. Ella dice que quedó quietita y no se movió, dice que le quedó como si fuese el cuerpo todo frío. Fue un susto fiero (fuerte) y no la han podido curar bien y por eso (el hijo de su hermana) es mudito, él quedó así nomás ya, han intentado curarlo (del susto) pero no han podido (...) mi abuelito decía que él sí podía curarla (a su hermana, luego de asustarse) pero ella nunca le ha contado que se

había asustado con una víbora (...) yo debe ser que no me he asustado muy fiero (estando embarazada de su hija)” (Andrea, 2019).

Estos tres fragmentos muestran como las cuidadoras elaboran escenarios hipotéticos vinculados a los peligros de no curar ciertos problemas de salud. En el caso de Andrea la descripción del *susto desde el vientre* que afecta a su sobrino -causado por el *susto* “fiero” que sufrió su hermana estando embarazada en circunstancias similares a las que ella misma se *asustó*- indican, en primer lugar, que ella actuó adecuadamente al dejar que su abuelo la curara después de *asustarse*, aunque no haya completado el tratamiento. Luego, que las consecuencias del *susto desde el vientre* en Delfina son de menor gravedad e incluso pueden ser tratadas y curadas, a diferencia de las que sufre su sobrino. De esta manera se pone de manifiesto lo que *podría haber pasado* si el *susto* que tuvo durante el embarazo hubiera sido más grave.

El relato de Micaela reúne casos de *nervios* en su familia que han ido progresando hasta volverse graves, como el de su tía. Las manifestaciones de *nervios* que ella misma y su hermano sufrieron, si bien eran disruptivas, no tenían ese mismo nivel de gravedad porque fueron manejados y tratados oportunamente. Esto funciona en su relato ejemplificando los síntomas que puede llegar a mostrar su hija *nerviosa* si no es tratada en el corto plazo. Además muestra los peligros de esta condición en etapas de la vida –la adolescencia y adultez- donde los conflictos y situaciones estresantes pueden desencadenar crisis de *nervios* potencialmente peligrosas.

El caso que describe María también ilustra el riesgo de no curar en tiempo y forma un caso grave, donde el adolescente se *asusta* por su encuentro “con el diablo”. Aquí se establece una relación con el *susto desde el vientre* de su propio hijo para plantear la posibilidad de que el niño no pueda ser curado y siga creciendo *asustado*. Si bien la descripción de su propio *susto*, que provocó que Lucas nazca *asustado desde el vientre*, no tuvo la misma gravedad que el que sufrió su primo, los múltiples tratamientos iniciados con distintos médicos campesinos que no terminan de curarlo podrían indicar que el niño es *quedado* y su trayectoria estará marcada por esta condición.

Hasta aquí el análisis señala que las cuidadoras apelan a experiencias de personas cercanas, en estos casos parientes, para mostrar que el *susto* y los *nervios* constituyen peligros potenciales en NyN, ya que bajo ciertas condiciones pueden afectar su salud y desempeño incluso en la adultez. La intervención terapéutica oportuna, es decir cuando los síntomas aún

no son graves y en momentos tempranos de la trayectoria de crecimiento y desarrollo infantil, disminuye las posibilidades de que puedan prolongarse más allá de la niñez.

La descripción de este tipo de escenarios indica que los relatos de enfermedad narran experiencias no solo desde la perspectiva presente, sino que también las proyectan hacia el futuro, “(...) organizando deseos y estrategias hacia fines imaginados” (Good 2003: 255). En esta misma línea autores como Garro (2000) y Vindrola-Padros y Johnson (2014) sostienen que al hablar sobre la enfermedad, propia o de otros, los individuos vinculan su experiencia y conocimiento con el pasado, con las preocupaciones del presente y recrean posibilidades y expectativas para el porvenir.

Con respecto a la manera en que se estructuran los relatos de enfermedad Good lo explica utilizando el concepto de trama, la cual define como “(...) el orden significativo en que las experiencias y los acontecimientos se unen para construir la historia” (2003: 264). Las tramas “abiertas” indican no solo que al momento de relatar la enfermedad no fue curada, sino que el narrador se encuentra activamente implicado tanto en crear sentido sobre el presente como en imaginar alternativas que lleven hacia un desenlace favorable: la cura. Así se construye un “mundo subjuntivo”, es decir, se imaginan distintas posibilidades entre las que siempre se incluye la resolución del problema de salud. En este sentido los ejemplos o “casos dentro del caso” descritos en párrafos anteriores ponen de manifiesto que las cuidadoras no solo reafirman los diagnósticos de *susto* y *nervios* de sus hijos e hijas realizados por los médicos campesinos, sino que también justifican su elección por la alternativa terapéutica de la medicina tradicional para curarlos/as, que implementada de forma oportuna impedirá que sufran consecuencias graves e irreversibles.

Por su parte Price (1992) plantea que en los relatos se ponen en juego modelos de causalidad, así como maneras cultural y socialmente aceptadas de manejar la enfermedad. En la narración, las “historias dentro de las historias” –relatos de la enfermedad que los narradores conocen sobre otras personas y recuerdan a la hora de hablar sobre ellos mismos-, son un recurso que sirve a los fines de construir y refinar modelos cognitivos compartidos sobre los problemas de salud, que delimitan a su vez un conjunto de alternativas de tratamiento, nociones de causalidad y roles sociales adecuados a cada contexto. Asimismo son utilizadas por el narrador para ilustrar sus propios sentimientos acerca de aquello que describe, constituyéndose en “proposiciones afectivas”. Estas historias dentro de los relatos de enfermedad también pueden tomar la forma de “contraejemplos”, mostrando a “(...) aquellos individuos que no cumplen sus roles adecuadamente o de la manera esperada (...)” (1992:

319, traducción propia). Uno de los contraejemplos que muestra Price en su análisis de relatos de mujeres ecuatorianas es el de aquellas madres que, frente a la enfermedad de sus hijos/as, no se ocupan de ellos adecuadamente, incumpliendo su responsabilidad materna de acuerdo a las expectativas comunitarias. Es decir que los contraejemplos se presentan como “excepciones a la regla”, en este caso para indicar que el rol materno frente a la enfermedad infantil consiste en asegurar el cuidado del NyN enfermo y la resolución del problema de salud. En el análisis de los IT los ejemplos en los relatos de María, Micaela y Andrea muestran que son las madres quienes tienen un rol central al monitorear la gravedad y duración de los síntomas de *susto* y *nervios* en NyNy al seleccionar y administrar el tratamiento de manera oportuna mediante la consulta al médico campesino. Los casos graves de *susto* y *nervios* en adultos que se muestran en ellos se deben al incumplimiento de estas acciones, lo que deriva en diferentes manifestaciones de los problemas de salud, producto de su persistencia en el tiempo. En este sentido estos fragmentos pueden considerarse relatos de tipo ejemplar (Morgante, 2004) al alertar sobre los peligros de no tratar y curar adecuadamente ciertos problemas de salud en la infancia.

3.2. *Estar asustado* y la condición de *quedado* en las trayectorias de desarrollo infantil

Estos resultados muestran el valor de los diagnósticos de *susto* y *nervios* del ámbito de la medicina tradicional local, en tanto no solo brindan respuestas acerca de *qué es lo que le pasa* a NyN, sino que al mismo tiempo delimitan un conjunto de posibilidades y escenarios relativos al desarrollo del problema de salud. Es decir, el diagnóstico en tanto categoría explicativa integra eventos separados en el tiempo, pertenecientes a las trayectorias de las cuidadoras pero también de parientes y otros actores del ámbito doméstico, para generar hipótesis en el relato materno sobre *por qué* y *cómo* se enfermó el niño o niña, *qué hacer* frente a eso y *como se proyecta* el IT en relación a las potenciales consecuencias o peligros de no curar el *susto* o los *nervios* infantiles.

En este sentido, el diagnóstico de *susto desde el vientre* que recibe el hijo de María explica comportamientos y características del niño, particularmente en su desempeño escolar, que en el transcurso del IT no pudieron ser vinculadas a una categoría diagnóstica de la biomedicina. El estar y permanecer *asustado* constituye, en el ámbito doméstico y comunitario, un factor que explica y justifica una trayectoria infantil que no se ajusta a los parámetros de normalidad definidos en este contexto. Con respecto a los casos de *susto desde el vientre* y *nervios* de las

hijas de Andrea y Micaela, sus relatos ponen de manifiesto que el tratamiento oportuno es la única estrategia posible para garantizar que estas dolencias no afecten el desarrollo de las niñas.

En otros trabajos analizamos la vinculación entre la condición de *estar asustado* en NyN y las consecuencias a mediano y largo plazo en su salud y desarrollo, impactando en su desempeño dentro y fuera del espacio doméstico. El diagnóstico de *susto* en el marco de los IT provee una hipótesis para explicar por qué, desde la perspectiva de las cuidadoras, algunos/as NyN nacen “con problemitas” y de qué manera sus trayectorias de desarrollo difieren de lo que se considera normal (Remorini y Palermo, 2016, 2020; Remorini et al, 2018). Respecto al *susto* y la manera en que se desarrolla, por ejemplo en el marco de IT como los de Lucas y las hijas de Adriana, se ha descrito que las madres diferencian entre un episodio de *susto* infantil pasajero, que es limitado en el tiempo, esperable y puede ser tratado sin consecuencias, y el *estar asustado* como una condición que afecta el crecimiento y desarrollo infantil a mediano o largo plazo (Maestas y Erickson, 1992; Baer y Bustillo, 1993; Weller et al, 2002; Castaldo, 2015, entre otros).

Este tipo de síntomas atribuidos al *susto* infantil son compatibles con lo que las cuidadoras denominan *quedado* en Molinos, condición de NyN *asustados* que no fueron curados prontamente y/o cuyos tratamientos para el *susto* no fueron completados o no resultaron eficaces, generando que el *susto* persista durante un amplio periodo, inclusive hasta la adultez. NyN *quedados* son aquellos cuyo desarrollo y crecimiento no se ajusta a los parámetros de una trayectoria normal o esperable y presentan un amplio espectro de síntomas, que van desde el llanto persistente hasta otros más permanentes y agudos: discapacidades, dificultades en el desarrollo del habla y el lenguaje, dificultades de tipo cognitivo o de desempeño en diferentes ámbitos, dificultades emocionales y conductas contrarias a las expectativas a nivel doméstico y comunitario como “enojarse todo el tiempo”, “ser malo”, “querer ser el centro de atención todo el tiempo” (Crivos et al, 2003; Remorini y Palermo, 2020). Estos resultados muestran similitudes con los de investigaciones en otros países de Latinoamérica como el de Castaldo (2015), quien como parte de su estudio sobre *susto* en madres e hijos en una comunidad mexicana y su relación con desórdenes mentales, plantea que el *susto* que las madres transmiten a sus hijos puede causar que NyN desarrollen una condición denominada localmente “enfermedad de la cabeza” que consiste en “ataques” y “locura”. Así, la conducta y desempeño de un individuo categorizado como “loco” en este

contexto no se encuadra dentro de los códigos comunitarios, lo que lo vuelve fácilmente identificable por el resto del grupo (Smith et al, 2009).

El análisis de la narrativa de las cuidadoras muestra que el diagnóstico de *susto* permite comprender e interpretar una serie de síntomas que, en alguna instancia del IT, pueden corresponder o no a una categoría diagnóstica de la biomedicina. Cuando esto sucede, sin embargo, la obtención de diagnóstico y tratamiento biomédico se muestra insuficiente para manejar los síntomas, dejando la condición o problema de salud irresuelto. Sumado a ello, desde la perspectiva de las cuidadoras y otros actores de la UD, la persistencia de síntomas y/o problemas vinculados a la salud y conducta en NyN puede ser un indicador de un *susto* o *susto desde el vientre* que no fue detectado y adecuadamente tratado, dando lugar a condiciones que afectan el desarrollo infantil como el *quedado*.

Estos resultados se enmarcan en una extensa discusión acerca de las maneras en que se ha pensado y analizado el concepto de normalidad en el estudio del desarrollo humano, no solo desde las ciencias sociales, sino también en el ámbito de la formulación de políticas y acciones sanitarias destinadas a la población MI (Remorini y Rowensztein, 2022).

El concepto de normalidad y la determinación de parámetros que en la práctica clínica permiten distinguir un NyN “típico” o “normal”¹⁰⁷ de uno que no lo es, se basa en la consideración de que el desarrollo humano sigue parámetros universales y tiene una estructura lineal. De esta manera la sucesión de etapas determina la adquisición de hitos de desarrollo¹⁰⁸ en los niños de acuerdo a un *timing* previamente establecido. La evaluación de la presencia o ausencia de estos hitos en el desarrollo los ubica dentro o fuera del rango de normalidad o tipicidad, dejando de lado la consideración de que estos hitos responden a un conjunto de pautas culturales y expectativas sociales y comunitarias (Remorini, 2021).

La no consideración de la variabilidad interindividual e intercultural en el estudio del desarrollo infantil no solo conduce a categorizar ciertos rasgos como “atípicos” o “anormales”, sino que además constituye la base para patologizar conductas, estados o

¹⁰⁷ El concepto de desarrollo normal “(...) da cuenta de aquellos sujetos cuyas habilidades y conductas se ajustan a determinados parámetros, tomando como referencia el rendimiento de sujetos promedio, también considerados típicos (...)”. En el desarrollo “típico” “(...) la adquisición de las pautas ocurre en la secuencia y el ritmo similares a la mayoría de la población de la misma edad” (Remorini y Rowensztein, 2022: 5).

¹⁰⁸ Son un conjunto de pautas motrices, cognitivas, lingüísticas y emocionales que deben ser alcanzadas a cierta edad. Su determinación se basó en el estudio del desarrollo de niños de sectores medios de sociedades euroamericanas, segmento caracterizado como “WEIRD” (*western, educated, industrialized, rich, democratic*), que, si bien se asume mayoritario “(...) en términos demográficos y socioculturales representa más bien una minoría muy específica” (Remorini y Rowensztein, 2022: 11).

procesos en las trayectorias infantiles. En este contexto los diagnósticos biomédicos, muchas veces realizados a partir de observaciones clínicas acotadas y discontinuas, se constituyen como un elemento clasificatorio que determina no solo una serie de acciones de tratamiento sino también ciertas características de sus trayectorias futuras (Bianchi y Faraone, 2018).

Al respecto Goodley (2001) propone pensar la categoría “dificultades de aprendizaje” (*learning difficulties*) no como un indicador de una patología individual, sino como un fenómeno de naturaleza socio-cultural y relacional. De esta manera pone el foco en cómo, en cada contexto, un conjunto de expectativas modela las maneras aceptadas de desenvolverse, así como el desarrollo de las trayectorias vitales de cada individuo. Ello implica ya no pensar y accionar en términos de “déficit”, sino priorizar el análisis de las relaciones entre los individuos y las maneras en que cada uno de ellos participa y se desempeña en ambientes específicos, considerando la diversidad de trayectorias como una característica propia del desarrollo infantil. Desde este enfoque un desajuste en lo esperado, en relación a las expectativas del entorno social y comunitario, no necesariamente responderá a una patología ni podrá encuadrarse dentro de una categoría diagnóstica biomédica, sino que deberá abordarse como un “desafío” del desarrollo situado en una trayectoria particular y un contexto histórico y ecológico determinados (Remorini, 2021; Remorini y Rowensztein, 2022).

Capítulo VI

Consideraciones finales

En este trabajo de tesis se analizaron IT de mujeres y sus hijos/as habitantes del Departamento de Molinos, a partir de la identificación de síntomas y/o problemas de salud durante la etapa perinatal y la infancia.

Esta investigación etnográfica se propuso caracterizar estos IT delimitando instancias de detección de síntomas y de búsqueda de diagnóstico y tratamiento, identificando los actores, recursos y alternativas terapéuticas que se articulan en ellos. Asimismo, se enfocó en reconocer y describir las maneras en que las cuidadoras toman decisiones para la selección de actores, recursos y alternativas terapéuticas en la búsqueda por resolver el problema de salud.

Con respecto a los objetivos de investigación¹⁰⁹, los resultados obtenidos permiten afirmar que la mayoría de ellos pudieron cumplirse. Sin embargo, también muestran que el tercer objetivo general, que proponía generar modelos a partir de la comparación de las secuencias terapéuticas construidas desde los casos de enfermedad, no pudo alcanzarse. Esto se debe a que, si bien pudieron identificarse aspectos en común en los IT, los cuales fueron detallados en los capítulos IV y V y se sintetizan en este capítulo, éstos no se ajustan a un patrón o estructura predeterminada. Por el contrario, la delimitación de instancias y sus transiciones muestran la singularidad del desarrollo de cada IT, tal como será referido en la sección 2.

1. ¿Quiénes y cómo participan en los itinerarios terapéuticos?

Los resultados de esta tesis muestran que las cuidadoras, madres de los niños/as protagonistas de los IT analizados, asumen el rol principal en la toma de decisiones vinculadas al manejo del problema de salud. Ello se encuentra en línea con resultados de otros trabajos sobre PSEA y cuidado para mujeres y NyN en Argentina y América Latina realizados en las últimas dos décadas (Osorio Carranza, 2001; de Suremain, 2003; Rubín de Celis et al, 2003; Pasarin, 2011; Leavy, 2014; Leyton y Valenzuela, 2017; Brage, 2018; Weingast, 2021).

En relación a los actores y los recursos que forman parte de los IT, las cuidadoras apelan a ellos con el objetivo de obtener apoyo para el cuidado de la salud y el tratamiento de

¹⁰⁹ Ver Introducción.

problemas de salud propios y de sus hijos/as. Se trata de actores que poseen, en su mayoría, vínculos de parentesco con las cuidadoras, y en menor medida de amistad, quienes aportan distintos tipos de recursos en función de los siguientes factores:

- a) su lugar de residencia;
- b) su género y generación;
- c) su experiencia en el cuidado de la salud durante la etapa perinatal y el cuidado y crianza de NyN;
- d) la cercanía geográfica con las cuidadoras, que va desde la co-residencia en la misma UD hasta arreglos temporales para el apoyo en momentos clave como el embarazo y puerperio;
- e) el grado de cercanía emocional y confianza con las cuidadoras;
- f) la posibilidad de aportar diversos recursos materiales e instrumentales que permitan concretar instancias de atención de la salud de las cuidadoras y sus hijos/as.

En cuanto a los actores de la misma generación de las cuidadoras, hermanos/as, parejas y amigas pueden acompañar durante las derivaciones y/o consultas a centros de salud de la ciudad de Salta, ya sea para realizar tratamientos ambulatorios o durante el traslado en ocasión de partos o internaciones de NyN. En estos casos, por lo general se trasladan solo las cuidadoras ya que sus parejas -junto con otros parientes femeninos- las reemplazan en el cuidado de sus otros hijos/as y otras tareas domésticas. Cuando no están en pareja con la cuidadora, participan sobre todo aportando dinero para la compra de elementos para sus hijos/as y para solventar el gasto del traslado y alojamiento fuera de Molinos en caso de internaciones o tratamientos médicos. Quienes aportan este tipo de recursos, en el caso de las mujeres cuyos hijos/as no han sido reconocidos por sus padres y son “madres solteras”, son las abuelas de NyN y otros parientes que les brindan alojamiento y apoyo material fuera de Molinos.

Hermanas y amigas de las cuidadoras, en la mayoría de los casos residentes en Molinos, proveen apoyo emocional e informacional en forma de consejos sobre el cuidado de la salud de NyN, acerca de la detección de síntomas de problemas de salud, así como parámetros y estrategias para evaluar la efectividad de ciertos tratamientos y, si es necesario, modificarlos. Estos consejos también se extienden hacia las maneras, disposiciones y/o actitudes adecuadas que se deben adoptar en el cuidado de NyN, sobre todo cuando experimentan un problema de salud o se percibe que están en riesgo de enfermarse. Aquí la experiencia de estas mujeres en

el cuidado infantil es valorada por cuidadoras primerizas, quienes las consideran fuente de consulta debido al vínculo de cercanía -tanto emocional como geográfica- y confianza que tienen con ellas.

Tíos, primos y hermanos de las cuidadoras, además de parientes de sus parejas que viven fuera de Molinos, también participan de los IT. Cuando se las deriva para el parto al HPMI, durante internaciones o consultas en centros de salud de la ciudad de Salta o Cachi, las mujeres deben trasladarse y alojarse allí. En estas ocasiones recurren a actores que viven en estos lugares y pueden alojarlas y en algunos casos también trasladarlas desde Molinos y dentro de la ciudad. También se recurre a quienes puedan alojar cuando deben trasladarse a centros de salud fuera de Molinos para realizar consultas con especialistas o estudios ambulatorios, cuando NyN deben ser internados por períodos de tiempo variables o en el caso de seguir tratamientos en instituciones especializadas varios días a la semana.

Para las cuidadoras, la imposibilidad de contar con alojamiento fuera de Molinos que se ajuste a sus preferencias, requisitos y posibilidades es un factor que incide en la decisión de suspender o posponer tratamientos en centros de salud alejados del lugar de residencia. Esto sucede particularmente en los casos de las UD que se encuentran en las fincas más alejadas del pueblo, lo cual implica que la distancia a los centros de salud sea mayor pero también que haya menor accesibilidad a medios de transporte y que éste sea más costoso. En estos casos se vuelve aún más relevante la posibilidad de apelar a parientes que brinden alojamiento como una de las variables en función de la cual se decide trasladarse o no hacia un centro de salud alejado.

Estos resultados muestran que el apoyo social disponible y al que efectivamente se apela varía en cada instancia del IT, y se conjuga con la evaluación que las cuidadoras realizan de las características personales, localización geográfica y tipo de recursos que cada vínculo puede movilizar. Es decir que la selección del tipo de apoyo social es estratégica y altamente dependiente de condiciones contextuales en el desarrollo de los IT. En las decisiones de las cuidadoras se ponen en juego un conjunto de criterios y valores, como el tipo de vínculo y el grado de cercanía y confianza con cada actor, que se articulan con la percepción de disponibilidad y la accesibilidad de actores y recursos, el tipo de problema de salud, su gravedad y evolución en el tiempo, así como su propia experiencia en el manejo de la enfermedad. En este sentido el tipo de apoyo social que se busca y obtiene se encuentra en relación con la manera en que se desarrollan y articulan las instancias de detección de síntomas, diagnóstico y tratamiento para cada problema de salud.

Algunos análisis sobre el apoyo social vinculado al manejo y resolución de problemas de salud de mujeres y NyN, muestran que las interacciones con la red de apoyo más cercana a las cuidadoras (fundamentalmente sus padres, hermanos y parejas) son más comunes que aquellas con actores de la red de apoyo más amplia como tíos, primos, cuñados y amigos de las madres. Sin embargo, las interacciones con éstos últimos aumentan en frecuencia durante episodios de enfermedad de las madres o sus hijos/as (Williams et al, 2004; Oesch y Dunbar, 2015). Al respecto Kana'iaupuni et al (2005) muestran que los parientes lejanos, de segundo y tercer grado, y aquellos que forman parte de las redes de apoyo más extendidas de las madres, con quienes no necesariamente se tiene contacto frecuente, amplían la diversidad de recursos disponibles frente a crisis de la trayectoria vital que suponen la resolución de problemas.

Al mismo tiempo, de acuerdo a Kana'iaupuni et al (2005), las redes de las madres y sus hijos/as suelen ser de pequeño tamaño, compuestas por entre seis y nueve actores, incluyendo tanto parientes cercanos como lejanos, además de amigos y conocidos. En este sentido, la eficacia del apoyo obtenido no reside tanto en el tamaño de la red sino en la heterogeneidad de los recursos que puede movilizar. Al respecto, los resultados de esta investigación muestran que la cantidad de vínculos a los que apelan las cuidadoras en los IT es pequeña, pero integran redes de composición heterogénea, conformadas por actores de distintas generaciones, con diferentes vínculos con la cuidadora y localizados local y regionalmente. Aquí la posibilidad de acceder a distintos tipos de recursos en forma de apoyo material, emocional e instrumental está dada por las características y atributos de los actores que integran la red y no por la cantidad de vínculos que la componen, como también han mostrado otros estudios (Crivos, 2003; Crivos, Teves y Sy, 2003; Dominguez y Watkins, 2003; Sy, 2008; Pasarin, 2011; Jacob et al, 2011, Clark et al, 2018; Jacob et al, 2021).

Por su parte Coffman y Ray (1999), en un estudio sobre el apoyo social que recibían mujeres durante el embarazo y puerperio, encontraron que la expresión “*estar ahí*” condensaba la percepción de disponibilidad que las mujeres tenían sobre diferentes vínculos, sobre todo en momentos donde requerían asistencia para la resolución de problemas vinculados a su bienestar y el de sus hijos/as. En este sentido las autoras destacan que la percepción de disponibilidad cumplía funciones de apoyo en sí misma, más allá de los recursos que luego pudieran resultar de la apelación a esos vínculos. Además, sostienen que las madres hacían un uso oportunista de este apoyo percibido, dependiendo del tipo de problema o necesidad y las características del vínculo. En este sentido el apoyo social es un proceso de tipo transaccional, en el cual las relaciones son al mismo tiempo el recurso y el resultado de ese

proceso. Asimismo, estas relaciones están en constante cambio, y las expectativas y recursos vinculados a ellas están condicionados por normas sociales y culturales y expectativas y valores individuales y generacionales. De este modo las autoras plantean que “cuando los individuos forman parte de una relación mutua de apoyo, ponen en juego su experiencia pasada (la evaluación cultural, histórica y su conocimiento acerca de una necesidad), su presente (involucrarse, compartir, respetar, conocer, hacer por el otro) y su futuro (anticipar tanto necesidades como resultados) en un mismo proceso” (Coffman y Ray, 1999: 489, traducción propia).

En relación a la participación en los IT de mujeres emparentadas con las cuidadoras, en particular aquellas de la generación anterior, los resultados muestran que madres, *mamis* y suegras de las cuidadoras proveen apoyo emocional, información y aportan recursos materiales, validando las decisiones de las cuidadoras, respaldando la selección de una determinada alternativa terapéutica y posibilitando su concreción. Esto sucede en función de la relación de confianza que tienen con las cuidadoras y debido al reconocimiento de su experiencia en el cuidado de mujeres y NyN en momentos específicos de la trayectoria vital, como durante la etapa perinatal y cuando se presenta un problema de salud. En este sentido la confianza es un factor central en la construcción y mantenimiento de la reciprocidad, incluso anterior al intercambio en sí mismo. Es decir, la percepción de confianza y disponibilidad de las partes cohesionan el vínculo y lo sostiene en el tiempo.

En Molinos, estos vínculos de solidaridad intergeneracional se sostienen más allá del desarrollo de los IT, ya que las actividades de cooperación en el marco de estos vínculos contribuyen al sostén de la UD, incluyendo la crianza y cuidado de NyN y el cuidado de salud de sus integrantes (Remorini et al., 2010; Jacob et al., 2011; Remorini, 2013; Morgante y Remorini, 2018; Remorini et al., 2019; Jacob et al., 2021, entre otros). Al respecto, los trabajos de Salvucci (2015, 2018) sobre la conformación de las UD y las actividades de subsistencia en Valles Calchaquíes resaltan que las prácticas englobadas dentro de la categoría *criar*, en tanto “hacer crecer, alimentar, hacerse cargo” no solo de NyN, sino también de plantas o animales, “producen filiación a nivel local” (Salvucci, 2018: 100).

Estos resultados se muestran en consonancia con otros estudios en Latinoamérica donde los vínculos de parentesco femeninos priman sobre otros para el apoyo y la resolución de problemas vinculados a la crianza y la salud MI (Price, 1992; Bowers y Mayers, 1999; Bender y McCann, 2000; Warner, 2007; Aubel, 2012; Mummert, 2019; Zegers y Reynolds, 2022).

Sin embargo, los discursos y prácticas acerca del cuidado de la salud de mujeres de distintas generaciones no siempre están en concordancia, sobre todo cuando las cuidadoras más jóvenes adquieren experiencia propia para la toma de decisiones vinculadas al manejo de la salud propia y de sus hijos/as, y priorizan nociones y acciones de cuidado provenientes del ámbito de la biomedicina, así como de otros saberes vinculados a sus trayectorias personales y educativas. De esta manera el desarrollo de los IT muestra que las cuidadoras recurren a discursos y criterios de diferente origen para argumentar acerca de sus decisiones sobre la selección de alternativas terapéuticas, la validez de los diagnósticos que reciben y la efectividad de los tratamientos. Las decisiones de las cuidadoras se construyen en función de su propia evaluación de saberes y consejos, pero también de acuerdo al apoyo percibido, a la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de diferentes alternativas terapéuticas, a la gravedad del problema de salud y evolución de los síntomas.

Estos resultados abonan al análisis presentado en otros trabajos del LINEA en la zona (Remorini et al, 2010; Morgante y Remorini, 2018; Jacob et al., 2021), según el cual las mujeres en Molinos constituyen un colectivo caracterizado por su heterogeneidad, lo cual está en relación directa con la cantidad y diversidad de sus vínculos como así también con sus trayectorias de acceso y circulación por instituciones biomédicas y educativas. Al mismo tiempo, las interacciones entre mujeres de diferentes generaciones no están exentas de desacuerdos, conflictos y negociaciones, lo cual de acuerdo a Vleet (2002) es un rasgo constitutivo de los lazos de parentesco femeninos y relaciones de poder intergeneracionales entre mujeres en las UD andinas. La autora plantea que las “diferencias entre mujeres” resultan centrales para comprender las relaciones de afinidad y parentesco entre madres (o suegras) e hijas (o nueras), quienes se encuentran conectadas tanto por obligaciones como por expectativas de apoyo y afecto recíproco. Tanto obligaciones como expectativas se negocian y modifican en función de factores como la edad, la pertenencia generacional, la trayectoria educativa y la inserción laboral de las mujeres, además de sus vínculos con otros actores dentro y fuera de la UD e instituciones sanitarias y educativas (Hicks, 2014).

Asimismo, de acuerdo a los resultados de esta investigación las relaciones entre mujeres de distintas generaciones en UD con una conformación mayoritariamente matrifocal (Salvucci, 2015) resultan centrales para la resolución de los problemas de salud MI, ya que las mujeres mayores actúan como articuladoras entre las más jóvenes y una serie de vínculos parentales y vecinales que les permiten acceder a determinados recursos y alternativas terapéuticas. En los resultados se destacan dos de ellos: la recomendación de médicos campesinos con los que

madres y suegras de las cuidadoras tienen relaciones de parentesco o vecindad, y parientes de estas mujeres –tíos y primos de las cuidadoras- que brindan alojamiento en la ciudad de Salta o en la localidad de Cachi. Las mujeres mayores son además las encargadas de reforzar estos vínculos con parientes fuera de Molinos a través de visitas periódicas, afianzando la relación de confianza y conocimiento mutuo que les permite a sus hijas acudir a ellos en el transcurso del IT.

Esto se encuentra en consonancia con lo que ha sido descrito para los Valles Calchaquíes y otras zonas del noroeste argentino, como un patrón de “residencia múltiple” y composición “fluida” de los grupos domésticos por Göbel (2002), Seekings (2008), Salvucci (2015, 2018) y Morgante y Remorini (2018), entre otros. Estos patrones de residencia y composición de las UD se basan en circuitos de movimiento de parientes entre UD ubicadas en distintos puntos de la región (pueblo/fincas, interior de la provincia/capital provincial) a propósito de prácticas de subsistencia, trayectorias educativas y laborales, viajes de comercio y eventos vinculados a la resolución de problemas de salud. En este sentido “se trata de grupos domésticos ‘elásticos’ que se agregan y disgregan, agrandándose y reduciéndose” (Salvucci, 2018: 101), en función de visitas con distintos fines y/o arreglos de convivencia temporales o permanentes. Como plantea Seekings (2008), aunque las responsabilidades y expectativas ligadas al parentesco son fluctuantes y dinámicas, representan un “proyecto común” compartido por un grupo de individuos, el cual brinda un marco moral y normativo – enraizado en el pasado y atado a restricciones contextuales- para la toma de decisiones individuales.

Estos resultados llevan a formular la siguiente hipótesis emergente de los datos (Lincoln y Guba, 2000): **la toma de decisión en relación al cuidado de la salud en Molinos es un proceso altamente dependiente de factores contextuales, que se expresa en la articulación de vínculos, recursos y alternativas terapéuticas de diferente origen y nivel de disponibilidad, en función de las particularidades del desarrollo de cada IT, y arreglos domésticos diversos que involucran vínculos parentales localizados dentro y fuera de Molinos.**

2. ¿Qué características tienen los itinerarios terapéuticos de las mujeres y sus hijos e hijas en Molinos?

En relación a la estructura que muestran los IT, las instancias de detección, diagnóstico y tratamiento conforman secuencias no lineales de acciones. Estas instancias pueden ocurrir varias veces en el desarrollo de un mismo IT, ya que la detección y evaluación de los síntomas da lugar a diversos cursos de acción posibles en la búsqueda de diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, posteriormente a la detección de síntomas se puede obtener simultáneamente más de un diagnóstico, lo que no siempre resulta problemático desde la perspectiva de las cuidadoras, sobre todo cuando se trata de una entidad biomédica y una de la medicina tradicional que pueden tratarse al mismo tiempo o en forma sucesiva. Este tipo de secuencias genera que en los IT exista complementariedad y/o combinación no sólo de tratamientos, sino también de diagnósticos.

Una vez obtenido un tratamiento, la evaluación de su efectividad para curar sucede sin esperar su finalización. Si no genera remisión o mejora en los síntomas, esto conduce no solo a reevaluarlo sino que también puede derivar en la modificación del diagnóstico inicial. Asimismo, se apela a nuevas alternativas terapéuticas si los tratamientos deben suspenderse, aunque hayan sido efectivos para el manejo de los síntomas. En este sentido, tanto diagnóstico como tratamiento son entidades dinámicas que se revisan y reevalúan de manera constante en el transcurso del IT, en función de los siguientes factores:

- a) la determinación inicial de la gravedad de los síntomas, su evolución en el tiempo y su posible combinación con nuevos síntomas detectados en el desarrollo del IT;
- b) la experiencia previa de las cuidadoras y otros actores en el cuidado de la salud;
- c) la participación de actores y recursos de diferente origen y localización a los que las cuidadoras apelan de acuerdo a circunstancias y posibilidades cambiantes;
- d) la evaluación de la disponibilidad, accesibilidad y efectividad de diferentes alternativas terapéuticas a lo largo del IT;
- e) las hipótesis que se manejan en el transcurso del IT acerca de la etiología del problema de salud.

Finalmente, los resultados muestran que la prescripción de un tratamiento no necesariamente resulta en la resolución del problema de salud. Esto sucede sobre todo cuando los tratamientos deben realizarse en un centro de salud o educativo especializado fuera de

Molinos y las cuidadoras no cuentan con los recursos -tanto materiales como aquellos que les permitan generar los arreglos domésticos necesarios- para iniciarlos y/o sostenerlos, a mediano o largo plazo. Además, cuando el tratamiento es ambulatorio, se debe contar con recursos para trasladarse y alojarse periódicamente fuera del lugar de residencia. Estos resultados se encuentran en línea con otros estudios acerca de este tema en diferentes contextos (Colangelo et al, 1998; Osorio Carranza, 2001, 2007; Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera, 2005; Sy, 2008; Pasarin, 2011; Brage, 2020; de Bourmont et al., 2020; Gómez y Chong, 2022).

En relación al tipo y gravedad de los síntomas detectados en los IT, los resultados obtenidos señalan que, frente a la detección de síntomas leves la primera instancia consiste en esperar para monitorearlos, realizar un diagnóstico tentativo y si es posible y factible, tratarlos en la UD. En la instancia posterior se consulta, dependiendo del tipo de síntomas, al hospital o médico campesino más cercano geográficamente a la UD. Sin embargo, la aparición de síntomas que no revisten gravedad puede desembocar en una consulta al hospital local en primer lugar si se verifican una o más de las siguientes condiciones:

- si el IT se desarrolla en una UD del pueblo, cercana al hospital;
- si está disponible el profesional de preferencia para atender;
- si la asignación inicial de los síntomas a una categoría diagnóstica no es clara;
- si se trata de cuidadoras poco experimentadas en el reconocimiento y manejo de problemas de salud infantiles.

En todos estos casos la consulta “temprana” al centro de salud es referida como la mejor estrategia por las cuidadoras no solo para poder tratar los síntomas, sino también para asegurar que no se agraven ni extiendan en el tiempo.

Las secuencias para el tratamiento de los síntomas que persisten en el tiempo y tienden a ser de mayor gravedad, muestran que se recurre casi exclusivamente a la biomedicina, en primer lugar, consultando en los hospitales más cercanos geográficamente a la UD y en las instancias posteriores al más lejano pero de mayor complejidad, donde por lo general se diagnostica y trata. En estos casos donde la consulta es urgente se suspenden los criterios de elección y preferencia de los profesionales locales que se ponen en juego frente a síntomas leves.

El análisis de estas secuencias indica que el tratamiento de condiciones agudas que requieren internación en el HPMI es eficaz en la mayor parte de los casos al resolver el problema de salud. Por el contrario, frente a síntomas persistentes en el tiempo, difíciles de diagnosticar y tratar de manera efectiva, las consultas sucesivas tanto a expertos de la medicina tradicional como al sistema biomédico indican un patrón que se extiende hacia fuera del lugar de residencia. Es decir, en las instancias iniciales se consulta a médicos campesinos locales y se acude al hospital de local, pero si no se obtiene diagnóstico o tratamiento efectivo la búsqueda se reorienta al recurrir a expertos de la medicina tradicional fuera de Molinos y a centros de salud de mayor complejidad, ubicados en Cachi o en la capital provincial. En este sentido otras investigaciones han mostrado que la movilidad geográfica desde el lugar de origen hacia centros urbanos que cuentan con hospitales de mayor complejidad es una estrategia que amplía las alternativas terapéuticas disponibles durante el desarrollo del IT (Vindrola-Padros et al, 2018; Brage, 2018, 2020).

En los IT donde los síntomas podrían atribuirse, en principio, a condiciones que afectan el desarrollo infantil, los tratamientos biomédicos que se prescriben, a partir del diagnóstico obtenido en el HPMI, no se completan. Esto se debe a que son de tipo ambulatorio, involucran la asistencia a instituciones que están fuera de Molinos y dependen en mayor medida –en comparación a aquellos que requieren internación- de la disponibilidad de actores y de recursos materiales y emocionales, tanto dentro como fuera de Molinos, para que las cuidadoras puedan iniciarlos y sostenerlos durante meses o años.

En estos casos, se trata de problemas cuyos síntomas persisten y además pueden revestir cierto nivel de gravedad desde la perspectiva de las cuidadoras. Es entonces que los médicos campesinos suelen encuadrar estos bajo diagnósticos como *susto*, *susto desde el vientre* y/o *nervios*. En estas circunstancias, los diagnósticos biomédicos obtenidos inicialmente, si los hay, no se descartan, pero se privilegia el tratamiento de los problemas de salud diagnosticados por la medicina tradicional, ya que pueden ser tratados con recursos locales, disponibles a bajo costo y accesibles para las UD, sin importar su localización geográfica y los recursos con los que cuente. Además, estos tratamientos constituyen una alternativa aceptable culturalmente para el manejo, al menos parcial y/o temporal, de ciertos síntomas o problemas de salud que no pueden ser categorizados y/o tratados por la biomedicina en este contexto.

Estos resultados llevan a plantear como hipótesis que **frente a la detección de síntomas que potencialmente podrían afectar el desarrollo infantil y que no encuentran diagnóstico y/o tratamiento accesible o efectivo en el sistema biomédico, surgen nuevas hipótesis en el transcurso del IT sobre la etiología de estos síntomas que reorientan las decisiones y elecciones de las cuidadoras hacia la medicina tradicional local como alternativa terapéutica. En este marco el valor de los diagnósticos de *susto* y *nervios* en NyN reside en que se integran en un proceso reflexivo de carácter abductivo¹¹⁰ que permite encuadrar los síntomas en una estrategia accesible y aceptable -a nivel doméstico y comunitario- para su manejo y/o la resolución del problema de salud.**

Esta hipótesis, en consonancia con resultados de trabajos anteriores (Crivos, 2003; Sy, 2008; Remorini, 2009), muestra que en el proceso de enfermar se construyen reflexiones e hipótesis para abordar el problema, se buscan nuevos diagnósticos y se deciden las acciones adecuadas para la restitución de la salud. Es decir, más que definir un problema de salud en términos de una única categoría diagnóstica, en el IT ese problema se transforma, se agrava o se combina con otra condición o conjunto de síntomas. En este proceso surgen y se ponen a prueba estrategias para abordarlo e intentar solucionarlo.

En relación a las diferencias entre los IT que se desarrollan en UD del pueblo y de las fincas, los resultados muestran que para las UD de las fincas, cuanto mayor es la distancia al pueblo, donde se concentran los medios de transporte y es el punto desde donde el traslado a la ciudad de Salta o a la ciudad de Cachi es más corto, y frente a la detección de síntomas graves y/o de difícil diagnóstico y tratamiento, hay mayor dificultad para obtener diagnósticos de la biomedicina e iniciar y sostener tratamientos de tipo ambulatorio fuera de Molinos. Éstos se realizan en centros de salud de alta complejidad e instituciones educativas especiales regionales y conllevan altos costos materiales y de organización que deben afrontar las cuidadoras. En este sentido el problema de salud infantil plantea para las cuidadoras un desafío de organización y coordinación de recursos y relaciones, que posibilitan o impiden que se lleven adelante determinadas acciones de tratamiento. En este sentido, los resultados presentados en relación a actores y recursos que participan en los IT en conjunción con aquellos relativos al tipo y duración en el tiempo de los síntomas permiten plantear la siguiente hipótesis: **para aquellos IT donde se detectan síntomas de gravedad**

¹¹⁰ Los hechos sorprendentes ponen en jaque nuestras verdades momentáneas (hipótesis explicativas) y promueven lo que Peirce llama la abducción, esto es, la generación de nuevas hipótesis explicativas, única operación lógica que introduce alguna idea nueva (Peirce, 1988: 136).

moderada, que persisten en el tiempo y/o resultan difíciles de diagnosticar, las cuidadoras que integren UD del pueblo, cuyos vínculos y recursos muestren diversidad en cuanto a su localización y características, podrán apelar a mayor cantidad y diversidad de alternativas terapéuticas (de la medicina tradicional y la biomedicina, dentro y fuera de Molinos) para diagnosticar y solucionar el problema de salud.

Finalmente los resultados indican que los IT presentan semejanzas en relación al tipo de alternativas terapéuticas que se ponen en juego para lograr la resolución del problema de salud, ya que en las instancias finales de la mayor parte se extiende la búsqueda de una o más estrategias que permitan manejar los síntomas. Sin embargo, muestran diferencias en cuanto a la cantidad de instancias que los componen ya que esto depende del periodo de relevamiento de cada IT y del tipo de síntomas o problema de salud, su nivel de gravedad y evolución en el tiempo.

En consecuencia los IT conforman un conjunto heterogéneo que se caracteriza por la diversidad de formas que toman los PSEA, a partir de la detección de aspectos disruptivos en la trayectoria vital de mujeres y NyN. Como plantea Gerhardt (2006) esta diversidad toma múltiples sentidos, pero fundamentalmente lo que muestra el análisis es que no es posible considerar síntomas, sus causas, diagnóstico y tratamiento de una manera lineal donde solo hay lugar para una única forma de resolución del problema de salud. Al respecto, la autora plantea que “se vuelve evidente la necesidad de considerar que en el contexto de la vida cotidiana existe una posibilidad, un espacio, un margen donde los individuos, siendo actores de sus propias vidas, desarrollan estrategias para enfrentar los problemas” (Gerhardt, 2006: 2461, traducción propia). Por su parte Brage, en esta misma línea, sostiene que “lejos de tratarse de un camino lineal y preestablecido, los itinerarios se constituyen sobre la marcha y el accionar de las personas en contextos y situaciones particulares” (2020: 151).

En función de este análisis resulta interesante la redefinición conceptual de IT que propone Bonet (2014). Este autor retoma algunos conceptos teóricos de Tim Ingold para plantear que las decisiones y elecciones de los individuos dentro de los IT deben analizarse no en clave de caminos o mapas predeterminados, sino de “matrices de movimientos” que se configuran en función de un flujo constante de acciones y actividades conjuntas. Así, los IT no son meras conexiones de puntos pre-establecidos, sino un sistema abierto de improvisaciones que suceden en la acción, generando una “malla de líneas de vida” en términos de Ingold (2012 en Bonet, 2014). En este sentido no es posible un análisis de los IT en términos de categorías de enfermedad o modelos de atención de la salud, es decir focalizado en entidades, sino que

se debe centrar en las relaciones que lo estructuran, en tanto “mallas de líneas” en constante creación y transformación.

3. El *susto* como problema de salud en las trayectorias de desarrollo infantil

En relación a aquellos síntomas o problemas de salud infantiles que afectan el desarrollo infantil y no son diagnosticados y/o tratados por la biomedicina, los resultados muestran que, para las cuidadoras, el riesgo en estos casos está dado no solo por los síntomas presentes sino también por su potencial impacto en las trayectorias vitales de NyN. En este sentido, los resultados dan cuenta de que, en aquellos IT donde se diagnostica *susto*, *susto desde el vientre* y *nervios* a NyN, si no existe tratamiento, se obtiene un diagnóstico tardío o los tratamientos no se completan, surgen un conjunto de potenciales peligros para la salud y el desarrollo infantil.

A propósito de la segunda hipótesis planteada (ver sección 2), se destaca el valor de los diagnósticos de *susto* y *nervios* a nivel local, en tanto no solo resultan explicativos de los síntomas emocionales y conductuales que presentan algunos NyN, sino que al mismo tiempo delimitan un conjunto de posibilidades y escenarios relativos a su evolución en el tiempo. Es decir, estos diagnósticos del ámbito de la medicina tradicional local se constituyen en categorías explicativas que, a nivel doméstico y comunitario, permiten dar cuenta de ciertos eventos y conductas de las trayectorias infantiles que, si bien resultan disruptivos, no siempre se ajustan a una categoría diagnóstica biomédica o pueden ser tratados en ese ámbito. Los diagnósticos de *susto* y *nervios* se construyen al integrar, en el relato de las cuidadoras, eventos separados en el tiempo, pertenecientes a sus propias trayectorias, pero también a las de parientes y otros actores del ámbito doméstico, para generar hipótesis sobre por qué y cómo se enfermó el niño o niña, qué hacer frente a eso y como se proyecta el IT en función de las potenciales consecuencias o peligros de no curar el *susto* o los *nervios* infantiles.

Las hipótesis de las cuidadoras relativas a la etiología del *susto* y los *nervios* se centran en la transmisión de estos problemas de salud a NyN antes del nacimiento. Las causas del *susto* y *nervios* en las madres se vinculan a eventos traumáticos de sus trayectorias que se manifiestan con distinto grado de intensidad en la etapa perinatal, transmitiéndose a sus hijos/as antes del nacimiento. Al respecto, Tapias (2006) plantea que condiciones como *asustado desde el vientre* en NyN pueden ser vinculadas directamente a la incapacidad materna para dar respuesta a ciertos factores y eventos que generan en las mujeres

sentimientos de angustia y aflicción (*distress*). De esta manera el cuerpo materno se convierte en vector de transmisión de condiciones que afectan a la salud infantil. Éstas darían cuenta, a nivel contextual, del “sufrimiento social” de las mujeres debido a inequidades de género, en la distribución de recursos, violencia doméstica, entre otras formas de conflicto presentes en sociedades latinoamericanas (Jacobo Herrera y Orr, 2020). Siguiendo a esta autora, la transmisión de madre a hijo/a no solo explicaría la etiología del *susto desde el vientre* o *nervios* infantiles, sino también la susceptibilidad de estos NyN a sufrir simultáneamente otros síntomas o problemas de salud, como muestran algunos de los IT analizados. En este sentido, el análisis de los discursos de las cuidadoras en Molinos indica que, en el origen de casos de *susto* y *nervios* maternos que se transmiten a NyN en gestación, se encuentran tanto eventos traumáticos sucedidos durante el embarazo como situaciones conflictivas que involucran actores del ámbito doméstico y comunitario de estas mujeres, sobre todo parientes y sus parejas. Estas situaciones las colocan en un estado emocional negativo como parte del cual expresan sentimientos de soledad, incertidumbre y falta de apoyo social frente a situaciones y desafíos que supone la maternidad (Remorini et al, 2018). En este sentido las emociones deben ser comprendidas como aspectos de las relaciones sociales y no como estados biológicos individuales, ya que “(...) cuando las personas interactúan con otras (...) las emociones las guían y preparan para la acción social y permiten la expresión de agencia (...) las emociones no están simplemente encarnadas o incorporadas (*embodied*) sino que son el factor mediador entre el cuerpo y el mundo social (...)” (Tapias, 2006: 403, traducción propia).

En aquellos IT donde NyN son diagnosticados con *susto* y *susto desde el vientre* y estas condiciones se extienden en el tiempo, el hecho de estar y permanecer *asustado* constituye, en el ámbito doméstico y comunitario, un factor que explica y justifica una trayectoria infantil que no se ajusta a los parámetros de normalidad definidos en este contexto. Al respecto, las investigaciones sobre crianza y salud infantil en Molinos realizadas por el equipo del LINEA, entre las cuales se encuentra esta tesis, ponen de manifiesto que el tipo de síntomas que muestran NyN con casos persistentes de *susto* y *susto desde el vientre* son compatibles con la condición de *quedado*. En Molinos se denomina *quedados* a aquellos NyN *asustados* que no fueron curados prontamente y/o cuyos tratamientos para el *susto* no fueron completados o no resultaron eficaces, generando que este problema de salud persista durante un amplio periodo, inclusive hasta la adultez. La condición de *quedado* se presenta con un amplio espectro de síntomas, que van desde el llanto persistente hasta otros más permanentes

y agudos como discapacidades, dificultades en el desarrollo del habla y el lenguaje, dificultades de tipo cognitivo o de desempeño en diferentes ámbitos, dificultades emocionales y conductas contrarias a las expectativas a nivel doméstico y comunitario (Crivos et al, 2003; Remorini y Palermo, 2020).

En relación a la detección de síntomas compatibles con el *susto*, los resultados muestran que se trata de un proceso que sucede dentro de la UD, en función de la observación cotidiana de las cuidadoras y otros actores implicados en el cuidado y la crianza, de cambios en aspectos físicos, conductuales y emocionales que hacen a la interacción de NyN con su medio (Murphy, 2007; Lauritzen 2008; Lupton, 2013). Sin embargo, los IT muestran que la consideración del riesgo de que NyN sean *quedados* se basa en la comparación que realizan las cuidadoras de las trayectorias de sus hijo/as con otros casos de NyN *asustados*, de los que tienen un conocimiento cercano. En decir que en la evaluación materna de peligros y riesgos asociados al crecimiento y desarrollo infantil se conjuga su propia experiencia y la de otros actores de su red doméstica y parental involucrados en el cuidado y la crianza, con la evaluación e incorporación crítica de saberes, prescripciones y pautas de cuidado, tanto de origen institucional –sanitario y educativo- como de la medicina tradicional local (Palermo, 2014, 2018; Remorini y Palermo, 2015; Jacob et al., 2021).

La consideración y evaluación de riesgos para NyN en el discurso materno muestra diferencias con la concepción del riesgo por parte del personal sanitario local y en consecuencia con las estrategias de instituciones de salud y educativas para categorizar y manejar ciertas dificultades conductuales y de desempeño que presentan NyN en el ámbito escolar. Ello implica que las estrategias para abordar estas dificultades no solo sean diferentes a nivel doméstico e institucional, sino que, además, como muestra el análisis de los IT, muchas veces resulten en conflictos entre las cuidadoras y personal sanitario y educativo.

En este punto los resultados muestran que la definición de estas trayectorias infantiles como “anormales” o “atípicas” (Remorini y Rowensztein, 2022) por parte de instituciones biomédicas y educativas locales y regionales, deriva en que se categorice a estos NyN con “necesidades educativas especiales”, con “problemas cognitivos” o “de aprendizaje”, entre otros. La medicalización de estas trayectorias implica que las familias reciban diagnósticos y prescripciones de tratamientos biomédicos que, como indican los resultados, son altamente costosos en términos económicos, materiales y emocionales. En estos IT se suceden numerosas consultas en centros de salud fuera de Molinos para el estudio y diagnóstico de estas condiciones y posteriormente se prescriben tratamientos de larga duración en

instituciones educativas especiales y/o centros de salud de alta complejidad. Éstos implican, por parte de las cuidadoras y su red de apoyo, estrategias que articulen actores y recursos a nivel local y regional durante meses e incluso años, lo cual no es posible para la mayor parte de las UD en Molinos.

Con respecto al concepto de medicalización, hace referencia al proceso por el cual “problemas no médicos se definen y tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades o desórdenes” (Conrad, 1992: 209, traducción propia). De acuerdo a este autor se trata de un proceso sociocultural que no necesariamente involucra al personal médico o sanitario y que ocurre a tres niveles diferentes. En primer lugar, a nivel conceptual el problema se define con términos médicos pero no necesariamente se aplican tratamientos de la biomedicina. Luego, a nivel institucional distintas organizaciones, médicas y educativas entre otras, adoptan un enfoque médico para abordar y solucionar distintos problemas. Por último, el nivel interaccional se enfoca en la manera en que se desenvuelve la relación médico-paciente a partir de un diagnóstico médico y el tratamiento de un problema de naturaleza social como un problema de salud. El concepto de biomedicalización (Clarke et al, 2010 en Bianchi y Jurado, 2019), en tanto un aspecto de la medicalización, se enfoca en la aparición de mecanismos a nivel individual y social que se ponen en juego para identificar y alertar sobre potenciales riesgos e indicios que podrían indicar una patología, como por ejemplo en el caso del TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en NyN), donde “la disponibilidad de sencillos métodos de diagnóstico y la extensa información en internet y otros medios puestos al servicio de padres, maestros y profesionales no especializados facilita la difusión del mismo, el autocontrol y la vigilancia” (Iriat y Ríos, 2012: 1012).

En relación a los efectos de la medicalización en las trayectorias infantiles, Pawluch (1983, citado en Conrad, 1992) plantea que, frente a la disminución de la morbimortalidad infantil en épocas recientes en las sociedades occidentales, la práctica clínica, sobre todo pediátrica, se enfocó en identificar y tratar conductas infantiles “problemáticas”. De esta manera se creó un nuevo dominio de acción profesional de la biomedicina vinculado a la conducta infantil, lo que llevó a medicalizar un número cada vez más amplio de problemas vinculados al desarrollo de NyN. En este sentido, la no consideración de la variabilidad interindividual e intercultural en el abordaje del desarrollo infantil no solo conduce a categorizar ciertos rasgos como “atípicos” o “anormales”, sino que además constituye la base para patologizar conductas, estados o procesos en las trayectorias infantiles (Remorini, 2021). En este

contexto los diagnósticos biomédicos, muchas veces realizados a partir de observaciones clínicas acotadas y discontinuas, se constituyen como un elemento clasificatorio que determina no solo una serie de acciones de tratamiento en el marco de los IT, sino también ciertas características de las trayectorias futuras de NyN (Bianchi y Faraone, 2018; Remorini y Rowensztein, 2022).

Al respecto, distintos autores llaman a superar enfoques analíticos y clínicos que utilizan categorías diagnósticas y tratamientos biomédicos para explicar y abordar “déficits” en el desarrollo infantil. En cambio, proponen considerar que, en cada contexto, un conjunto de expectativas culturales modela las maneras socialmente aceptadas de desenvolverse, así como el desarrollo de las trayectorias vitales de cada individuo. De esta manera un desajuste en lo esperado, en relación a las expectativas del entorno social y comunitario, no necesariamente responderá a una patología, sino que deberá abordarse como un “desafío” del desarrollo situado en una trayectoria particular y un contexto histórico y ecológico determinados (Goodley, 2001; Remorini y Rowensztein, 2022).

En función del análisis desarrollado en este apartado y los resultados de esta investigación, los diagnósticos de *susto* y *quedado* en el marco de IT infantiles resultan expresivos de un conjunto de dificultades de NyN, las cuales constituyen maneras culturalmente aceptables de enfrentar el stress, el incumplimiento de expectativas de desempeño en determinados contextos y desajustes a nivel vincular. Al respecto, Weller et al sostienen que en distintas sociedades latinoamericanas tanto el *susto* como los *nervios* constituyen respuestas culturalmente construidas y socialmente aceptables a experiencias de estrés o angustia (*distress*) que pueden sufrir los individuos. En este sentido son “constelaciones coherentes de síntomas y modelos explicativos (causas, síntomas y tratamientos) compartidos en diferentes zonas de la región” (2008: 410, traducción propia). Por su parte Brooks (2006) retoma la clasificación del *susto* como síndrome culturalmente específico (Yap, 1967; Remorini et al, 2012) al sostener que la relación entre el *susto* y el stress social pone de manifiesto una disfunción o desajuste experimentado por determinados individuos, experiencia que es culturalmente construida y aceptada como un tipo de enfermedad. Esto demuestra la relación que existe entre el experimentar estrés y la habilidad individual para actuar y desenvolverse de acuerdo a determinadas pautas o modelos culturales. Asimismo, en las sociedades andinas el *susto* es una forma culturalmente aceptable de lidiar con formas de estrés tanto físico como mental o emocional. Al respecto, el análisis de la ocurrencia y desarrollo en las trayectorias vitales de los individuos de esta clase de condiciones permite explorar expectativas

vinculadas a roles específicos, la percepción y el manejo de transformaciones en las responsabilidades asociadas a ellos y el nivel de apoyo social esperado en cada contexto (Klein, 1978; Weller et al, 2008).

En relación a la manera en que estas condiciones se expresan en las trayectorias infantiles, Pribilsky (2001) encuentra que los síntomas que se atribuyen a los *nervios* en NyN de familias andinas migrantes se vinculan con las redefiniciones de la niñez en estas comunidades, cambios socioeconómicos de las familias que migraron y específicamente con las transformaciones en las expectativas sobre NyN en el nuevo contexto. En particular, el nuevo énfasis en la escolarización de NyN contrasta con sus anteriores roles y ocupaciones en el ámbito doméstico, colaborando con la cría de animales y las tareas agrícolas. En este marco, tanto el personal sanitario, como docentes y expertos de la medicina tradicional contribuyen a la construcción local de la etiología de esta condición infantil que se expresa con síntomas diversos, como un inadecuado desempeño escolar y conducta emocional “anormal”, entre otros. El autor asocia la alta incidencia de estos síntomas con cambios en las relaciones entre padres e hijos, en particular en relación a las expectativas de reciprocidad en este vínculo que NyN ya no pueden cumplir como cuando participaban en las tareas domésticas. En este nuevo contexto NyN son removidos del rol productivo que tenían en sus comunidades de origen y en cambio se espera que logren una trayectoria educativa exitosa.

Este análisis puede vincularse con la detección y desarrollo del *susto* en las trayectorias infantiles en Molinos, donde los resultados muestran que la escolarización supone el desarrollo de nuevas habilidades y responsabilidades que no todos los NyN alcanzan de la manera esperada, o de acuerdo a un *timing* que se ajuste a una trayectoria “típica”. En este sentido el *susto* tipifica para las cuidadoras y otros actores del ámbito doméstico un conjunto de síntomas, problemas de salud y dificultades de desempeño y aprendizaje de NyN que deben abordarse con una estrategia transdisciplinaria y de manera conjunta entre instituciones de salud y educativas, tanto locales como regionales, para generar un abordaje cultural y clínicamente adecuado a las particularidades de este contexto (Donlan y Lee, 2010; Remorini y Palermo, 2020).

Al respecto Tseng (2006) plantea que la categorización y clasificación de condiciones como el *susto* en síndromes relativos a la cultura (*culture-related specific syndrom*), lleva a la simplificación de la heterogeneidad y complejidad de los síntomas con que éstos se presentan en diferentes comunidades y grupos etarios. Es por ello que propone pasar de la identificación de nuevos síndromes o problemas de salud al análisis y comprensión de

tratamientos culturalmente relevantes en cada contexto para estas condiciones. En este sentido, un abordaje etnográfico resulta central en la descripción y análisis de aquellos factores implicados en las experiencias de enfermar en el marco de las trayectorias vitales, como las expectativas y creencias compartidas, las relaciones y vínculos familiares y parentales, la organización doméstica y comunitaria y los factores que median en la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud, entre otros. En este marco las investigaciones con un diseño teórico metodológico centrado en el análisis de casos de enfermedad permiten superar la descripción de las manifestaciones clínicas de la enfermedad y su clasificación diagnóstica, para dar cuenta de las maneras adecuadas a cada contexto de enfrentar eventos disruptivos en las trayectorias vitales que afectan la salud y el bienestar de los individuos.

Asimismo, los resultados de esta investigación se encuentran en línea con los propuestos en otros trabajos publicados recientemente por el LINEA acerca del impacto de los procesos de salud y enfermedad en las trayectorias de crecimiento y desarrollo infantiles (Remorini y Palermo, 2020; Remorini, 2021; Remorini y Rowensztein, 2022). Estos resultados convergen hacia la necesidad de enfoques transdisciplinarios para el análisis de las relaciones entre conjuntos de síntomas -categorizados como *susto*, *quedado* y *nervios* en este contexto-, el desarrollo infantil y otras condiciones que configuran estados de vulnerabilidad en NyN. Los resultados generados por estos enfoques podrán incorporarse a las intervenciones institucionales, tanto de la biomedicina como de las instituciones educativas, orientadas a NyN que presentan “desafíos del desarrollo” (Remorini y Rowensztein, 2022), brindando datos del contexto socio cultural que permitan adecuarlas a las particularidades de cada población.

4. ¿Cuál es el aporte de los estudios de caso a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado? Nuevas líneas de investigación y potenciales aplicaciones de los resultados

En el capítulo III de esta tesis se hizo hincapié en que un diseño de investigación basado en el análisis de casos no se orienta a producir conclusiones generalizables en el sentido positivista del término, sino que éstas son extensibles únicamente al contexto y periodo bajo análisis. Es decir que la comparación y contrastación entre casos pone de manifiesto similitudes y

diferencias al interior del fenómeno en estudio y es así como es posible “expandir” el alcance de los resultados que emergen del análisis.

Al respecto, Lincoln y Guba (2000) proponen que los resultados del análisis de casos son transferibles a partir de la producción de hipótesis de trabajo (*working hypothesis*) que permitan aplicar las conclusiones obtenidas para un conjunto de casos del contexto inicial, en otro conjunto diferente de casos en un nuevo contexto. En este marco el grado de transferibilidad se encuentra en relación directa con el grado de similitud y congruencia entre ambos contextos. Es por ello que consideran fundamental que cada estudio de casos incluya una descripción densa (Geertz, 2003) del contexto de los casos seleccionados, con el objetivo de evaluar el nivel de transferibilidad de las hipótesis de trabajo producidas.

Por su parte Gomm et al (2000) y Hammersley et al (2000) plantean que los estudios de caso sí son capaces de ofrecer resultados generalizables, pero en la forma de conclusiones teóricas (*theoretical conclusions*). Este tipo de conclusiones se basan en la identificación de procesos causales al interior del sistema estudiado, lo que de acuerdo a Glaser y Strauss (2006) sucede en el transcurso del trabajo de campo, donde esas relaciones se pueden observar y relevar en el momento en el que ocurren. En este sentido estas conclusiones se restringen a fenómenos específicos bajo estudio (Eisenhardt, 1989) pero aun así pueden ser extendidas a otros casos, lo que Yin (2013) denomina generalización analítica. En este tipo de generalización se logra reforzando los resultados mediante su vinculación con el análisis bibliográfico y la realización de nuevos estudios de caso que permitan generalizar los resultados obtenidos en primer lugar, no solo a casos similares, sino también a otros de diferentes tipos.

Los trabajos de estos autores ponen de manifiesto los alcances de los estudios de casos pero también sus limitaciones en relación al tipo de generalizaciones que permiten lograr, las cuales pueden, en principio, aplicarse solo a un conjunto similar de nuevos casos en un mismo contexto. En este sentido, el diseño metodológico exploratorio y a microescala, propio del enfoque etnográfico de esta investigación, permitió obtener resultados e hipótesis relativas a un conjunto pequeño de casos. Su alcance deberá ser expandido a partir de la articulación de los datos etnográficos obtenidos con resultados provenientes de otros estudios de caso, como también de nuevas investigaciones acerca del tema a nivel local y regional, con diferentes enfoques y pertenencias disciplinarias.

En relación a los aportes de esta investigación para la comprensión de los PSEA, el análisis de los IT muestra las vinculaciones entre los ámbitos en los que los individuos participan, así

como los múltiples vínculos y recursos localizados en diferentes niveles contextuales que tienen incidencia en el manejo y resolución de los problemas de salud. De esta manera, desde un enfoque ecológico de la salud y el desarrollo humanos (Bronfenbrenner, 1987), la salud y la enfermedad se consideran procesos de naturaleza bio-psico-social. Esta perspectiva resulta superadora de los enfoques dualistas característicos de las intervenciones biomédicas sobre estos procesos, como orgánico/psicosocial, objetivo/subjetivo, individual/colectivo (Elder y Rockwell, 1979; Harkness y Super, 1994; Shonkoff y Phillips, 2000; Sy, 2008; Hertzman, 2010; García Coll et al, 2017; Vélez-Agosto et al, 2017; Remorini et al, 2018; Remorini y Palermo, 2020; Remorini y Rowensztein, 2022).

En relación a la pregunta de investigación IV¹¹¹, la proyección de estos resultados podría abonar a la construcción de una perspectiva transdisciplinaria sobre la salud, como parte de la cual los datos etnográficos –en profundidad y a microescala-, pueden integrarse con otros de tipo clínico y epidemiológico. Siguiendo a Almeida-Filho, en esta propuesta se considera a la transdisciplinarietà como un proceso, estrategia de acción y modalidad de práctica para “la emergencia de nuevos paradigmas en el campo científico y de nuevas estrategias de acción en el campo de la práctica social” (2006: 142). Ello supone integrar herramientas teórico-metodológicas provenientes de diferentes disciplinas en un abordaje de amplio alcance, el cual permitirá dar cuenta de la complejidad y heterogeneidad de los PSEA, así como generar hipótesis acerca de los factores, vínculos sociales y procesos que afectan el acceso y uso de recursos críticos para la salud en cada contexto (Remorini et al, 2020).

Finalmente, esta investigación mostró que los datos provenientes del análisis de los IT proveen información relativa a las dimensiones sociales, materiales y simbólicas de las trayectorias vitales de las cuidadoras y sus hijos/as, incluyendo prácticas, vínculos de apoyo y decisiones relativas al manejo y resolución de problemas de salud. Estos datos pueden ser incorporados en la práctica de profesionales de salud para mejorar el alcance de las estrategias sanitarias destinadas a mujeres y NyN. Asimismo, pueden aportar a la discusión acerca de los supuestos provenientes de distintos campos disciplinares, los cuales se encuentran en la base de la planificación e implementación de las políticas públicas de salud orientadas a este segmento demográfico en nuestro país.

Por último, resulta necesario profundizar y continuar los estudios antropológicos y etnográficos en ámbitos rurales como el NOA, con el objetivo de superar la marginalidad de

¹¹¹ Ver sección 2 de la Introducción.

estos enclaves en la agenda pública sanitaria en Argentina. Al mismo tiempo, estos resultados podrán ser integrados en un abordaje comparativo a mayor escala sobre el cuidado, incluyendo la atención de la salud, que considere tanto contextos rurales como urbanos (Jacob et al, 2021).

Estas proyecciones y posibles aplicaciones de los datos muestran el potencial de la etnografía para reflexionar acerca de distintos procesos en los grupos humanos, además de generar nuevas perspectivas, ideas e hipótesis novedosas que se integren en enfoques transdisciplinarios orientados a resolver problemas concretos de la vida cotidiana.

Bibliografía

Alarcón-Muñoz, A. M., y Vidal-Herrera, A. C. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, 47(6), 440-446. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342005000600008>

Albrecht, T., y Goldsmith, D. (2003). Social support, social networks, and health. En T. Thompson, A. Dorsey, K. Miller, y R. Parrott (Eds.), *Handbook of health communication* (pp. 263-284). Lawrence Erlbaum Associates.

Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.61>

Alves, P. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. En Política y Trabajo. *Revista de Ciências Sociais*, 42: 29-43.

Alves, P. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados a saúde e a experiência de adoecimento. En: Gerhardt, T; Pinheiro, R; Ruiz, E; Gomes da Silva Junio, A. *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora.

Alves, P. C., y Souza, I. M. A. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. En M. Rabelo, P. C. Alves, y I. M. A. Souza (Eds.), *Experiência de doença e narrativa* (pp. 125-138). Fiocruz.

Andrews, T. J., Ybarra, V., y Matthews, L. L. (2013). For the sake of our children: hispanic immigrant and migrant families' use of folk healing and biomedicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(3), Art. 3.

Aubel, J. (2012). The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers: grandmothers: nutrition advisors and caregivers. *Maternal y Child Nutrition*, 8(1), 19-35. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00333.x>

Ávila Toscano, J. H. (2015). Modelo de análisis de la relación entre indicadores estructurales y apoyo social en tipos de redes personales y su influencia en la salud mental: estudio con individuos desmovilizados del conflicto armado en Colombia [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Misiones.

Baer, R. D., y Bustillo, M. (1993). Susto and mal de ojo among florida farmworkers: emic and etic perspectives. *Medical Anthropology Quarterly*, 7(1), 90-100.
<https://doi.org/10.1525/maq.1993.7.1.02a00060>

Baer, R. D., Weller, S. C., de Alba Garcia, J. G., Glazer, M., Trotter, R., Pachter, L., y Klein, R. E. (2003). A cross-cultural approach to the study of the folk illness nervios. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27(3), 315-337.

Bellato, R., Santos de Araújo, F., y Castro, P. (2008). O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. En R. Pinheiro, A. Gomes da Silva Junior, y R. Araujo de Mattos (Eds.), *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (1ra Edición). CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Bender, D. E., y McCann, M. F. (2000). The influence of maternal intergenerational education on health behaviors of women in peri-urban Bolivia. *Social Science*, 50, 1189-1196.

Bianchi, E., y Faraone, S. (2018). Diagnósticos y fármacos en las infancias. Una perspectiva analítica desde las ciencias sociales. En S. Faraone y E. Bianchi (Eds.), *Medicalización, salud mental e infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. (pp. 61-92). Teseo.

Bianchi, E., y Jurado, S. R. (2019). Biomedicalización de los tiempos: terapéuticas, biosocialidades y cuidados cotidianos en familias de niños y niñas con diagnóstico de TEA en Buenos Aires. *Saúde e Sociedade*, 28(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019171014>

Biernat, C., y Ramaciotti, K. (2013). *Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil argentina 1900-1960*. Biblos.

Bonet, O. (2014). Itineraciones e malhas para pensar os itinerários de cuidado. A propósito de Tim Ingold. *Sociología y Antropología*, 4(2), Art. 2.

Bonnet, D. (1996). Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences sociales et santé*, 14(1), 5-16.

Bonnet, D. (2010). La construction sociale de l'enfance: une variété de normes et de contextes. *Informations sociales*, 4, Art. 4.

Borgeaud-Garciandía, N. (2020). Entre desarrollo y fragmentaciones: estudios y panorama del cuidado remunerado en Argentina. En N. Araujo Guimarães y H. Hirata (Eds.), *El cuidado en América Latina* (pp. 29-73). Fundación Medifé Edita.

Bowers, B. F., y Myers, B. J. (1999). Grandmothers providing care for grandchildren: consequences of various levels of caregiving. *Family Relations*, 48(3), 303. <https://doi.org/10.2307/585641>

Brage, E. (2018). "Si no fuera porque me vine...". Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el Noroeste y Noreste Argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: Un abordaje antropológico. [Tesis doctoral]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/11265>

Brage, E. (2020). Itinerarios terapéuticos desarrollados por madres de niños y niñas con cáncer en Argentina. Tácticas de cuidado y acceso a la salud. *Cuadernos de antropología social*, 52. <https://doi.org/10.34096/cas.i52.6986>

Bringer, J. D., Johnston, L. H., y Brackenridge, C. H. (2004). Maximizing transparency in a doctoral thesis: the complexities of writing about the use of QSR*NVIVO within a grounded theory study. *Qualitative Research*, 4(2), 247-265. <https://doi.org/10.1177/1468794104044434>

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.

Brooks, B. B. (2016). Using a susto symptoms scale to analyze social wellbeing in the Andes. *Sociology and Anthropology*, 4(2), Art. 2. <https://doi.org/10.13189/sa.2016.040208>

Buzzi, P. A., y Sy, A. (2020). Itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes de origen boliviano en la ciudad de Buenos Aires. *Anthropologica*, 38(44), 187-208.

<https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.008>

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Carrera, M. A. F., Alvarez Ochoa, R., Vanegas Izquierdo, P., y Peña Cordero, S. (2020). Factores maternos asociados a bajo peso al nacer en un hospital de Cuenca, Ecuador. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46(3), 18.

Castaldo, M. (2015). Susto: etiology of mental disorders in mothers and children in Mexico. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 02(06), Article 06. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000206>

Castilla, M. V. (2005). La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 22, 188-218.

Cerón, A. (2010). Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 18(2), 14-46.

Cetrángolo, O., y Devoto, F. (2002). Organización de la salud en Argentina y equidad. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/28457/LCbueR251_es.pdf

Chiara, M., Crojethovic, M., y Ariovich, A. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional. *Salud Colectiva*, 13(4), 663-676. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1312>

Clark, S., Madhavan, S., y Kabiru, C. (2018). Kin support and child health: investigating two approaches in an African slum. *Social Science Research*, 76, 105-119. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2018.08.001>

Coffman, S., y Ray, M. A. (1999). Mutual intentionality: a theory of support processes in pregnant african american women. *Qualitative Health Research*, 9(4), 479-492.
<https://doi.org/10.1177/104973299129122018>

Colangelo, M. A. (2012). *La crianza en disputa: Medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930* [Tesis doctoral] Universidad Nacional de La Plata.
<https://doi.org/10.35537/10915/26268>

Colangelo, M. A., Tamagno, L., y Cusminsky, M. (1998). Atención de la salud infantil en una comunidad toba de un medio urbano. *Arch.argent.pediatr*, 96, 381-386.

Colangelo, M. A., Ortale, M. S., y Weingast, D. (2020). Los sentidos sobre el cuidado infantil. La perspectiva de madres de sectores subalternos sobre el cuidado materno y sobre el cuidado profesional. *Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos*. Segundas Jornadas de la red de Antropología y Salud de Argentina redASA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría. (2017). Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. Resumen. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(03). <https://doi.org/10.5546/aap.2017.S53>

Cosminsky, S. (1987). Women and health care on a Guatemalan plantation. *Social Science y Medicine*, 25(10), 1163-1173. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90358-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90358-3)

Cosminsky, S., y Scrimshaw, M. (1980). Medical pluralism on a Guatemalan plantation. *Soc. Sci. Med*, 148, 267-278.

Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry y research design. Choosing among five approaches. Second Edition* (Second Edition). SAGE Publications.

Crivos, M. (1978). Algunos aspectos de la medicina popular en Molinos (Provincia de Salta). *Revista SAPIENS. Museo Arqueológico Dr. Osvaldo F. A. Menghin. Municipalidad de Chivilcoy*, 2, 15-27.

Crivos, M. (1998). La enfermedad como problema práctico. La metodología de casos en la investigación etnográfica de las actividades médicas. *Kallawaya, Nueva Serie*(5), Art. 5.

Crivos, M. (2003). *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes (Provincia de Salta)* [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4285/Tesis+completa+Marta+Crivos.pdf;jsessionid=CB80F36DC8F42FFBF138AFEE3102D1A5?sequence=93>

Crivos, M., y Eguía, A. (1981). Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina. *Revista de Folklore Americano, Instituto Panamericano de Geografía e Historia, OEA*, 31.

Crivos, M., y Martínez, M. R. (1996). La narrativa oral de los “médicos campesinos” como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). IX International Oral History Conference, Sweden.

Crivos, M., y Martínez, M. R. (1997). La aproximación etnográfica al estudio de la medicina tradicional. Una experiencia en los Valles Calchaquíes salteños (Argentina). 49 ICA (Congreso Internacional de Americanistas).

Crivos, M., y Martínez, M. R. (1999). Categorización de las enfermedades en una población de los Valles Calchaquíes (Salta, República Argentina). *Incontri Tra Medicine. Meeting between Medicines.*, 116-123.

Crivos, M., Martínez, M. R., y Pochettino, M. L. (2003). *¿Las plantas son el recurso terapéutico más importante para las “enfermedades del espíritu”? La etnomedicina del Valle Calchaquí, Salta, Argentina.* II International Symposium of Ethnobotany Disciplines, La Paz, Bolivia.

Crivos, M., Teves, L., y Sy, A. (2003). El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas. *REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales.*

Crivos, M., Martínez, M. R., Teves, L., y Remorini, C. (2016). Spaces for transdisciplinary dialogues on the relationship between local communities and their environment: the case of a rural community

in the Calchaqui Valley (Salta, Argentina). *Anthropology in Action*, 23(2), 27-34.
<https://doi.org/10.3167/aia.2016.230205>

Crivos, M., Martínez, M. R., Remorini, C., Teves, L., y Morgante, M. G. (2017). El agua en la narrativa sobre las estrategias de vida en los Valles Calchaquíes Salteños. *Testimonios*, 6(6), 100-124.

Cuyul, A., Rovetto, M., y Specogna, M. (2011). Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Rev Arg Salud Pública*, 2(7), Art. 7.

D'Épinay, L., Bickel, J.-F., Cavalli, S., y Spini, D. (2011). El curso de la vida: emergencia de un paradigma interdisciplinario. En J. A. Yuni (Ed.), *La vejez en el curso de la vida*. Encuentro Grupo Editor.

Daley, T. C. (2004). From symptom recognition to diagnosis: children with autism in urban India. *Social Science y Medicine*, 58(7), 1323-1335. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00330-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00330-7)

Daltabuit Godás, M. (1992). *Mujeres Mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*. Instituto de Investigaciones Antropológicas.

de Bourmont, E. S., Olmedo, L. S., Rodríguez, M. P., y Valeggia, D. C. (2020). Itinerarios terapéuticos de madres qom en una comunidad periurbana de Formosa. *Arch.argent.pediatr*, 118(4), 240-244.

De Ieso, C. (2015). *Cuidar en la villa. Un estudio de las prácticas y relaciones familiares en un núcleo urbano segregado del Gran Buenos Aires* [Tesis doctoral]. Universidad de Buenos Aires.

de Paz Trueba, Y. (Ed.). (2019). *Infancia, pobreza y asistencia. Argentina, primera mitad del siglo XX*. Prohistoria Ediciones.

de Suremain, C.-É. (2003). «El buen cuidado». Representaciones y prácticas de cuidado del niño en Bolivia. En *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú* (pp. 189-259). Instituto Francés de Estudios Andinos.

de Suremain, C.-É., de Celis, E. R., Sejas, E., y Lefèvre, P. (Eds.). (2003). *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú* (Vol. 166). Instituto Francés de Estudios Andinos.

de Suremain, C.-É., y Montibert, N. (2007). Au fil de la faja. Enrouler et dérouler la vie en Bolivie. En D. Bonnet y L. Pourchez (Eds.), *Du soin au rite dans l'enfance* (pp. 85-102). Érès.

DeWalt, K. M. (1977). The illnesses no longer understand: changing concepts of health and curing in a rural mexican community. *Medical Anthropology Newsletter*, 8(2), 5–11.
<http://www.jstor.org/stable/648064>

Defossez, A.-C., Fassin, D., y Viveros, M. (Eds.). (1992). *Mujeres de los Andes: Condiciones de vida y salud*. Institut français d'études andines. <https://doi.org/10.4000/books.ifea.2027>

Desperés, P., y Remorini, C. Será que la suerte lo sigue a él: relaciones niñas/os-hacienda en las tierras altas argentinas. *Revista Avá*, En prensa 2022.

Diez Tetamanti, J. M., Rocha, E., Munsberg, G., Castro, J. H. P., Neutzling, A. D. S., Jaime, S. F., y Schuler, L. J. (2018). Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria. *Salud Colectiva*, 14(1), 121-137.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1210>

Domínguez, S., y Watkins, C. (2003). Creating networks for survival and mobility: social capital among African-american and Latin-american low-income mothers. *Social Problems*, 50(1), 111-135.
<https://doi.org/10.1525/sp.2003.50.1.111>

Domínguez, L., y Vigil-De Gracia, P. (2005). El intervalo intergenésico: un factor de riesgo para complicaciones obstétricas y neonatales. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 32(3), 122-126. [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(05\)73487-0](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(05)73487-0)

Donlan, W., y Lee, J. (2010). Coraje, nervios, and susto: culture-bound syndromes and mental health among Mexican migrants in the United States. *Advances in Mental Health*, 9(3), Art. 3.
<https://doi.org/10.5172/jamh.9.3.288>

Drew, E. M., y Schoenberg, N. E. (2011). Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2), Art. 2.

Drovetta, R. (2010). Prestadores de servicio de salud alopática y usuarios indígenas en la Puna de Atacama. En R. I. Drovetta y M. L. Rodríguez (Eds.), *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención* (pp. 183-210). Ferreyra Editor. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

Drovetta, R. I. (2014). "Antarca no" (de espaldas no). Cambios generacionales en la atención del embarazo y el parto en las mujeres de Susques. En A. Benedetti y J. Tomasi (Eds.), *Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina: Interacciones con el "mundo de afuera"* (pp. 195-239). Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires.

Drovetta, R. (2016). Intervenciones de la salud pública en los procesos reproductivos de mujeres indígenas de la Puna argentina. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 51-70). UNSAM Edita.

Echarri Cánovas, C. J. (2000). Salud materno-infantil y la condición de la mujer. En B. García (Ed.), *Mujer, género y población en México* (pp. 103-165). El Colegio de México.

Eguía, A., y Ortale, M. S. (2004). Reproducción social y pobreza urbana. *Cuestiones de sociología*, 2, 21-49.

Eisenhardt, K. (1989). Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14(4), Art. 4.

Elder, G., y Rockwell, R. (1979). The life-course and human development. An ecologic perspective. *International Journal of Behavioural Development*, 2, 1-21.

Elder, G., Kirkpatrick Johnson, M., y Crosnoe, R. (2002). The emergence and development of life course theory. En J. T. Mortimer y M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 3-19). Kluwer Academic Publishers.

- Esquivel, V. (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la encuesta de uso del tiempo de la Ciudad de Buenos Aires. En V. Esquivel, E. Faur, y E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 73-105). IDES.
- Estrella, P. V. (2017). La salud pública en territorio mapuche. Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. De Neuquén [Tesis doctoral]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Fabrega, H. (1974). *Disease and social behavior: an interdisciplinary perspective*. MIT Press.
- Faur, E. (2012). El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres–madres. Un estudio en dos barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. En V. Esquivel, E. Faur, y E. Jelin (Eds.), *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 107-163). IDES.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Siglo XXI Editores.
- Felitti, K. (2011). Entre el deber y el derecho: maternidad y política en la Argentina del siglo XX. En K. Felitti (Ed.), *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 23-52). Ediciones Ciccus.
- Fernandez, H. G. C., y Moreira, M. C. N. (2021). Negotiations in the care of chronically ill children: building possibilities in a setting of uncertainty. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(4), e310411. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310411>
- Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Perifèria. Revista d'investigació i formació en Antropologia*, 3(2), 48. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.149>
- Fernández Peña, R. (2015). *El estudio del apoyo social y la calidad de vida desde las redes personales: El caso del dolor crónico*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Ferreiro, J. P. (2013). Compadrazgo y dinámica reticular en Valle Grande, Jujuy. En D. Villar y P. Sendon (Eds.), *Al pie de los Andes. Estudios de etnología, arqueología e historia* (pp. 109-135).

Filidoro, N. (2012). Cuando las etiquetas se tornan invisibles. En A. Taborda, G. Leoz, y G. Dueñas (Eds.), *Paradojas que habitan las instituciones educativas en tiempo de fluidez* (pp. 217-225). Nueva Editorial Universitaria. Universidad Nacional de San Luis.

Finerman, R. B. (1995). The forgotten healers: women as family healers in an Andean Indian community. En C. Sheperd McClain (Ed.), *Women as healers: crosscultural perspectives* (3ra ed., pp. 24-41). Rutgers University Press.

Finerman, R. B. (1995a). "Parental incompetence" and "selective neglect": blaming the victim in child survival. *Soc. Sci. Med.*, 40(1), 5-13.

Finkelstein, J. Z., Duhau, M., Speranza, A., Marconi, É., y Escobar, P. (2016). Evolución de la mortalidad infantil en Argentina en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(3), Art. 3.

Fleischer, S., Tornquist, C. S., y Figueiroa de Medeiros, B. (Eds.). (2009). *Saber cuidar, saber contar: Ensaíos de antropología e saúde popular*. Ed. da UDESC.

García Coll, C., Berríos-Mota, Y., Landrau, A., Rivera Negrón, D. O., Romero Rodríguez, S., y Vélez-Agosto, N. M. (2017). El paradigma del desarrollo humano: prevención, promoción e intervención temprana como solución a los problemas psicosociales contemporáneos. En C. García Coll y N. M. Vélez-Agosto (Eds.), *Perspectivas en desarrollo humano. Prevención y promoción en niños y adolescentes* (pp. 9-26). Publicaciones Gaviota.

Garro, L. C. (2000). Cultural knowledge as resource in illness narratives. Remembering through accounts of illness. En C. Mattingly y L. C. Garro (Eds.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. University of California Press.

Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Gedisa.

Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2449-2463. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>

Gherardi, N., Pautassi, L., y Zibecchi, C. (2012). *De eso no se habla: El cuidado en la agenda pública. Estudio de opinión sobre la organización del cuidado*. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

Giffoni Marsiglia, R. M. G., y Carneiro Junior, N. (2009). Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas. En A. Cohn (Ed.), *Saúde da família e SUS: Convergências e dissonâncias* (pp. 93-112). CEDEC.

Giffoni Marsiglia, R. M. G. (2012). Universalização do acesso ao sistema único de saúde no Brasil: desafios para a atenção primária à saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 20(3), 317-325. <https://doi.org/10.4322/cto.2012.032>

Gladwin, C., Gladwin, H., y Peacock, W. G. (2001). Modeling hurricane evacuation decisions with ethnographic methods. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 19(2), 117-143.

Glaser, B., y Strauss, A. (2006). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. (1967.^a ed.). Aldine.

Göbel, B. (2002). Identidades sociales y medio ambiente: La multiplicidad de los significados del espacio en la Puna de Atacama. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, 19, 267-296.

Gomm, R., Hammersley, M., y Foster, P. (2000). Case study and generalization. En R. Gomm, M. Hammersley, y P. Foster (Eds.), *Case study method: Key issues, key texts* (pp. 98-115). SAGE.

Gomes Tavares, F. R., y Bonet, O. (2008). Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. En R. Pinheiro, A. Gomes da Silva Junior, y R. Araujo de Mattos (Eds.), *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde* (pp. 189-196). CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO.

Gómez, R. G. C., y Chong, N. R. G. (2022). Itinerarios terapéuticos de niños y niñas indígenas con diagnóstico de leucemia aguda en Chiapas. Un análisis desde la antropología médica crítica. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 93, 120-137.

- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Serie General Universitaria-25. Edicions Bellaterra.
- Goodley, D. (2001). "Learning difficulties", the social model of disability and impairment: challenging epistemologies. *Disability y Society*, 16(2), 207-231. <https://doi.org/10.1080/09687590120035816>
- Hamel, J., Dufour, S., y Fortin, D. (1993). *Case study methods*. Sage Publications.
- Hammersley, M., Gomm, R., y Foster, P. (2000). Case Study and Theory. En R. Gomm, M. Hammersley, y P. Foster (Eds.), *Case study method: Key issues, key texts*. SAGE.
- Hanneman, R. (2000). *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. <http://revista-redes.rediris.es/webredes/text.htm>
- Harkness, S., y Super, C. M. (1994). The developmental niche: a theoretical framework for analyzing the household production of health. *Soc. Sci. Med.*, 38(2), Art. 2.
- Helman, C. (1981). Disease versus illness in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 981, 548-552.
- Hernández Martínez, A. (2006). La decisión y su relación con el tiempo: estrategia, procesos e identidad. *Revista Facultad de Ciencias Económicas Investigación y Reflexión*, XIV(1), Art. 1.
- Hertzman, C. (2010). Social geography of developmental health in the early years. *Healthcare Quarterly*, 32-40.
- Hicks, K. (2014). A biocultural perspective on fictive kinship in the Andes: social support and women's immune function in El Alto, Bolivia. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(3), Art. 3.
- Hirsch, S. (2015). Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención de la salud reproductiva. En E. J. Langdon y M. Cardoso (Eds.), *Saúde Indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.

Hirsch, S., y Amador Ospina, M. (2011). La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino. Encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad. En K. Felitti (Ed.), *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 155-177). Ediciones Ciccus.

Hirsch, S., y Lorenzetti, M. (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. (pp. 19-50). UNSAM Edita.

Ho, T. P., y Chung, S. Y. (1996). Help-seeking behaviours among child psychiatric clinic attenders in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31(5), 292-298. <https://doi.org/10.1007/BF00787923>

Hutchison, A. J., Johnston, L. H., y Breckon, J. D. (2010). Using QSR-NVivo to facilitate the development of a grounded theory project: An account of a worked example. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(4), 283-302. <https://doi.org/10.1080/13645570902996301>

Idiart, A. (2007). Capacidades institucionales e implementación de programas sociales: las transformaciones de los programas materno infantiles en Argentina en la última década. *Revista Chilena de Administración Pública*, 10, 27-54.

Idiart, A. (2013). Institutional capacities and social policy implementation: maternal child health and nutrition programmes in Argentina and Chile (1930-2000). *Rev Cienc Salud*, 11(1), Art. 1.

Idoyaga Molina, A. (2000). La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnológica*, XXII, 21-85.

Idoyaga Molina, A. (2007). La clasificación de las medicinas, la atención de la salud y la articulación de factores culturales, sociales, económicos y étnicos. Itinerarios terapéuticos en contextos pluriculturales y multiétnicos de Argentina. En A. Idoyaga Molina (Ed.), *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad. Tomo II* (pp. 5-65). CAEA-IUNA.

Infante Castañeda, C. (1988). Bases para el estudio de la interacción familia-redes sociales-uso de servicios de salud. *Salud Pública Mex*, 30, 175-196.

Infante Castañeda, C. (1990). Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública de México*, 32(4), 419-429.

Iriart, C., y Ríos, L. I. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 1008-1024. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000050>

Jacob, A., Palermo, M. L., y Remorini, C. (2011). Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta). *Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social*. X Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires.

Jacob, A., Palermo, M. L., Remorini, C., y Romero Gozzi, P. (2021). Organización social y relaciones de cooperación para el cuidado infantil en una población rural del Noroeste Argentino. *Población y Sociedad*, 28(2), 168-199. <https://doi.org/10.19137/pys-2021-280209>

Jacobo Herrera, F., y Orr, D. (2020). Susto, the anthropology of fear and critical medical anthropology in Mexico and Peru. En J. Gamlin, S. Gibbon, P. Sesia, y L. Berrio (Eds.), *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. UCL Press. <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>

Jakel, A., y Teves, L. (2015). Las corridas de ganado en Molinos: una propuesta de etnografía visual sobre la trashumancia de ganado en los Valles Calchaquíes septentrionales, Salta, Argentina. *Illuminuras*, 16(40), 85-132.

Jelin, E. (2011). Why care for care? Who cares? *Global Social Policy*, 11(2-3), 138-140. <https://doi.org/10.1177/1468018111421274b>

Kai, J. (1996). Parents' difficulties and information needs in coping with acute illness in preschool children: a qualitative study. *BMJ*, 313(7063), 987-990. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7063.987>

Kana'iaupuni, S. M., Donato, K. M., Thompson-Colon, T., y Stainback, M. (2005). Counting on kin: social networks, social support, and child health status. *Social Forces*, 83(3), 1137-1164. <https://doi.org/10.1353/sof.2005.0036>

- Kaufert, P. A., y O'Neil, J. (1993). Analysis of a dialogue on risks in childbirth. Clinicians, epidemiologist and Inuit women. En S. Lindenbaum y M. Lock (Eds.), *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. University of California Press.
- Khun, S., y Manderson, L. (2007). Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia: an ethnographic study. *BMC Public Health*, 7(1), 262. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-262>
- Klein, J. (1978). Susto: the anthropological study of diseases of adaptation. *Soc. Sci. Med.*, 12, 23-28.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc. Sci. Med.*, 12, 85-93.
- Krmpotic, C. (2016). Cuidar la salud en lo diverso. Medicina multicultural como un fenómeno de larga duración. En C. S. Krmpotic y M. M. Saizar (Eds.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa* (pp. 9-14). Espacio Editorial.
- Kurokawa e Silva, N. E., Sancho, L. G., y Figueiredo, W. dos S. (2016). Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência y Saúde Coletiva*, 21(3), 843-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08572015>
- La Riva Gonzalez, P. (2000). Le Walthana Hampi ou la reconstruction du corps, conception de la grossesse dans les Andes du Sud du Pérou. *Journal de la Société des Américanistes*, 86, 169-184.
- Langdon, E. J. (2007). Problematizando os projetos de medicina tradicional indígena. En L. Ouriques Ferreira y P. Silva Osório (Eds.), *Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa*. Brasil.
- Last, M. (1981). The importance of knowing about not knowing. *Social Science y Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15(3), 387-392.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista latinoamericana de Salud*, 2(1), Art. 1.

- Lauritzen, S. O. (2008). Notions of child health: mothers' accounts of health in their young babies. *Sociology of Health y Illness*, 19(4), 436-456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00412.x>
- Leavy, P. (2014). La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno-infantil. *Século XXI, Revista de Ciências Sociais*, 4(2), Art. 2.
- Leavy, P. (2017). "Hacer crecer la cría". *Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta*. [Tesis doctoral]. Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/9973>
- Leavy, P. (2019). Entre las fincas y la escolita bíblica... o policial. Un análisis etnográfico sobre el cuidado infantil en contextos rurales de Orán, Salta. *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, 40(2), 75-91. <https://doi.org/10.34096/runa.v40i2.6254>
- LeBoeuf, R., y Shafir, E. (2005). Decision making. En K. Holyoak y R. Morrison (Eds.), *The Cambridge handbook of thinking and reasoning* (pp. 243-265). Cambridge University Press.
- Leinaweaver, J. B. (2010). Outsourcing care: how Peruvian migrants meet transnational family obligations. *Latin American Perspectives*, 37(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1177/0094582X10380222>
- Levinson, B., y Holland, D. (1996). The cultural production of the educated person: an introduction. En *The cultural production of the educated person. Critical ethnographies of schooling and local practices* (pp. 1-54). State University of New York Press.
- Lewins, K., Morrissey, A.-M., Remorini, C., Castro, M. del P., Noonan, M., Teves, L., Palermo, M. L., y Niranjana, V. (2022). The "knock-on" effects of COVID-19 on healthcare services. En C. Vindrola-Padros y G. A. Johnson (Eds.), *Caring on the frontline during COVID-19. Contributions from rapid qualitative research* (pp. 253-291). Palgrave Macmillan.
- Leyton, D., y Valenzuela, A. (2017). Trayectorias del cuidado de la salud infantil: el caso de la comunidad atacameña de Toconao. *Estudios atacameños*, 55, 251-270. <https://doi.org/10.4067/S0718-10432017005000017>

Lincoln, Y. S., y Guba, E. (2000). The only generalization is: there is no generalization. En R. Gomm, M. Hammersley, y P. Foster (Eds.), *Case study method: key issues, key texts* (pp. 27-44). SAGE.

Lorenzetti, M. (2010). Interculturalidad y salud: la construcción del indígena como “sujeto de derecho” y “sujeto vulnerable” en las intervenciones basadas en la Atención Primaria de la Salud. *Actas del Congreso Latinoamericano y XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica: Multiculturalidad, identidad y derecho*, 1-21.

Lorenzetti, M. (2016). La promoción de la salud indígena y las condiciones de trabajo de los agentes sanitarios en el noroeste de la provincia de Salta. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 253-277). UNSAM Edita.

Lupton, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>

Lupton, D. (2008). «You feel so responsible»: Australian mothers’ concepts and experiences related to promoting the health and development of their young children. En Zoller, H. y Dutta, M. (Eds.), *Emerging perspectives in health communication: meaning, culture, and power* (pp. 113-128). Routledge.

Lupton, D. (2011). ‘The best thing for the baby’: mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Health, risk y society*, 13(7-8), 637-651. <https://doi.org/10.1080/13698575.2011.624179>

Lupton, D. (2013). ‘It’s a terrible thing when your children are sick’: motherhood and home healthcare work. *Health Sociology Review*, 22(3), Art. 3.

Luque, J. S., Whiteford, L. M., y Tobin, G. A. (2008). Maternal recognition and health care-seeking behavior for acute respiratory infection in children in a rural Ecuadorian county. *Maternal and Child Health Journal*, 12(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0249-5>

- Macinko, J., Montenegro, H., Adell, C. N., y Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 21(2/3), 73-84.
- Maestas, A. G., y Erickson, J. G. (1992). Mexican immigrant mothers' beliefs about disabilities. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1(4), 5-10. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0104.05>
- Martínez, M. R., y Pochettino, M. L. (1992). The «farmacia casera» (household pharmacy): a source of ethnopharmacobotanical information. *Fitoterapia*, LXIII(3), Art. 3.
- Martínez, M. R., Pochettino, M. L., y Cortella, A. R. (1996). Unidad doméstica y medicina: recursos vegetales empleados en la terapia de diferentes enfermedades por los pobladores de Molinos (Salta, Noroeste de Argentina). En A. Guerci (Ed.), *Etnofarmacología*.
- Martínez, M. R., y Crivos, M. (2010). About the hospital and other medical alternatives in Molinos' everyday life. *Actas XVI International Oral History Conference. Conference Papers, Praga*. XVI International Oral History Conference, Praga.
- Martínez, M. R., Morgante, M. G., y Remorini, C. (2010). Etnografía, curso vital y envejecimiento. Aportes para una revisión de categorías y modelos. *Perspectivas en psicología*, 13, 33-52.
- Mc Miller, W. P., y Weisz, J. R. (1996). Help-seeking preceding mental health clinic intake among african-american, latino, and caucasian youths. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 35(8), 1086-1094. <https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00020>
- Mechanic, D., y Volkart, E. H. (1961). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26(1), 51. <https://doi.org/10.2307/2090512>
- Menéndez, E. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, II (28), 11-28.
- Menéndez, E. (1985a). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, 451-464. Buenos Aires, Argentina.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), Art. 7.

Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad*, XVIII (69), 238-270.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.

Mercer, R., y Karolinski, A. (2007). Editorial. La salud materno-infantil: momento de cuestionamientos ¿cambio de paradigma? *Revista del Hospital Durand*, 3.

Ministerio de Salud de la Nación 2022 Recuperado 13 de diciembre de 2022, de <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta (1996). *Manual del Agente Sanitario*.

Modena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Editorial de la Casa Chata.

Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud pública de México*, 49(1), Art. 1.

Morgante, M. G. (2004). *Cosmología, mitología y chamanismo en la Puna de Susques* [Tesis doctoral] Universidad Nacional de La Plata <https://doi.org/10.35537/10915/4568>

Morgante, M. G., y Remorini, C. (2018). Estudio etnográfico de las relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica durante las etapas pre y postnatal (Molinos, Salta, Argentina). *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 45(83), 37-65. <https://doi.org/10.21678/apuntes.83.909>

Morgante, M. G., Remorini, C., y Spath, G. (2021). El envejecimiento no es sólo un problema de viejos. Aportes desde el abordaje antropológico de las trayectorias vitales. *12 Congreso Argentino de*

http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/131573/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mummert, G. (2019). “La segunda madre”: la naturalización de la circulación de cuidados entre abuelas y nietos en familias transnacionales latinoamericanas. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(03). <https://doi.org/10.11156/aibr.140308>

Murphy, E. (2000). Risk, responsibility and rhetoric in infant feeding. *Journal of Contemporary Ethnography*, 29(3), 291-325.

Murphy, E. (2007). Images of childhood in mothers’ accounts of contemporary childrearing. *Childhood*, 14(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1177/0907568207072534>

Murra, J. (2002). *El mundo andino. Población, medioambiente y economía*. IEP/Pontificia Universidad Católica del Perú.

Nakano Glenn, E. N., Chang, G., y Forcey, L. R. (Eds.). (1994). *Mothering: ideology, experience, and agency*. Routledge.

Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*. Biblos.

Nerlove, S. B. (1974). Women’s workload and infant feeding practices: a relationship with demographic implications. *Ethnology*, 13(2), 207-214. <https://doi.org/10.2307/3773113>

Oesch, N., y Dunbar, R. (2015). Influence of kin network on maternal and infant health and illness. *Journal of Pregnancy and Child Health*, 02(02). <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000146>

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/10-Esp%20IND6.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién*

nacido y del niño. https://www1.paho.org/PAHO-USAID/dmdocuments/MatNeoNat-Estrategia_plan_accion_salud_recien_nacido-2008.pdf?ua=1

Osorio Carranza, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CONACULTA-INI-CIESAS.

Osorio Carranza, M. R. (2007). La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. En M. L. Esteban (Ed.), *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (pp. 151-166). OSALDE.

Osorio Carranza, R. M. (2017). El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: De la incertidumbre a la disrupción biográfica. *Salud Colectiva*, 13(2), 211. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1144>

Oths, K. (1994). Health care decisions of households in economic crisis: an example from the Peruvian highlands. *Human Organization*, 53(3), 245-254. <https://doi.org/10.17730/humo.53.3.n51kjt42p2484432>

Palermo, M. L. (2014). La atención de la salud materno-infantil desde las perspectivas de la población y del personal sanitario en Molinos (Salta, Argentina). En A. Castro Esnal, M. L. Funes, M. Grosso, N. Kuperszmit, A. Murgó, y G. Romero (Eds.), *Entre pasados y presentes IV: estudios contemporáneos en ciencias antropológicas* (pp. 165-182). Asociación Amigos del Instituto Nacional de Antropología.

Palermo, M. L. (2018). Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina). *Acta Académica*, 29. <https://www.aacademica.org/5jornadasinfancia/5>

Pasarin, L. (2011). Proceso salud-enfermedad-atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires. [Tesis de Maestría] Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria.

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/Tesis/MaEGyPS/028523_Pasarin.pdf

- Pasarin, L. (2011a). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: Actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Editorial de la Universidad del Aconcagua. <https://www.aacademica.org/lorena.pasarin/21>
- Peirce, C. S. (1988). *El hombre, un signo*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Perdiguero, E., y Tosal Herrero, B. (2007). Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres: importancia en nuestro contexto. *Feminismo/s*, 10, 145-162. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.10>
- Pereira Novo, M. (2009). Um papel de fronteira e seus (não) espaços: os agentes indígenas de saúde do alto Xingu. En S. Fleischer, C. S. Tornquist, y Figueiroa de Medeiros (Eds.), *Saber cuidar, saber contar: ensaios de antropologia e saúde popular* (pp. 101-123). Ed. da UDESC.
- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice: the social dynamics of how people seek help. *American Journal of Sociology*, 1096-1138.
- Platt, T. (2001). El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. *Anuario De Estudios Americanos*, 58(2), 633-678.
- Pochettino, M. L., y Martínez, M. R. (1998). Aporte al conocimiento actual de las plantas medicinales en Argentina: estudio etnobotánico en el Departamento de Molinos, Provincia Salta, Argentina. En A. G. Arnat (Ed.), *Farmacobotánica y Farmacognosia en Argentina (1980-1999)*. Ediciones Científicas Americanas.
- Pribilsky, J. (2001). Nervios and 'modern childhood': migration and shifting contexts of child life in the Ecuadorian Andes. *Childhood*, 8(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1177/0907568201008002007>
- Price, L. (1992). Ecuadorian illness stories. Cultural knowledge in natural discourse. En N. Quinn y D. Holland (Eds.), *Cultural models in language and thought* (pp. 313-342). Cambridge University Press.
- Price, L. (1992). Metatalk on coping with illness: cases from Ecuador. *Qualitative Health Research*, 2(2), 135-158.

Rabelo, M. (1993). religion and cure: some thoughts on the religious experience of urban popular classes. *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 36-325.

Reichel, C., y Frömming, U. U. (2014). Participatory mapping of local disaster risk reduction knowledge: an example from Switzerland. *International Journal of Disaster Risk Science*, 5(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s13753-014-0013-6>

Remorini, C. (2009). Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guarani de Misiones, República Argentina. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4293/Documento_completo_.pdf?sequence=5

Remorini, C. (2013). Estudio etnográfico de la crianza y de la participación de los niños en comunidades rurales de los Valles Calchaquíes septentrionales (noroeste Argentino). *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos (BIFEA)*, 42(3), 411-433.

Remorini, C. (2015). Hermanos que cuidan, hermanos que enseñan. El rol de los niños en el cuidado infantil en dos regiones de Argentina. *Primer Congreso Iberoamericano de Primera Infancia y Cuarto Congreso Regional de WAIMH*.

Remorini, C. (2020). Repensando las ecologías del cuidado infantil: agencia y reciprocidad en dos comunidades de Argentina. *AFIN*, 125, Article 125.

Remorini, C. (2021). La infancia y el tiempo: la obsesión “WEIRD” por la cronologización del desarrollo infantil. *Sociedad e Infancias*, 5(1), 57-68. <https://doi.org/10.5209/soci.74459>

Remorini, C., Morgante, M. G., y Palermo, M. L. (2010). “Mamis” y “guaguas”: familia, maternidad y la crianza a través de las generaciones en Molinos (Salta, Argentina). *Biblioteca Virtual Clacso*. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>

Remorini, C., Crivos, M., Martínez, M. R., Aguilar Contreras, A., Jacob, A., y Palermo, M. L. (2012). Aporte al estudio interdisciplinario y transcultural del «susto». Una comparación entre comunidades rurales de Argentina y México. *Dimensión Antropológica*, 19(54), Art. 54.

Remorini, C., y 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). *Actas del 54 Congreso Internacional de Americanistas*. 54 Congreso Internacional de Americanistas, Viena.

Remorini, C., y Palermo, M. L. (2015). 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). En M. del R. Olarte (Ed.), *Infancias y juventudes latinoamericanas*. Centro Editorial CINDE - Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud - Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano, CINDE - Universidad de Manizales - CLACSO.

Remorini, C., y Palermo, M. L. (2015a). Salud materno-infantil y políticas públicas para Pueblos Originarios. Reflexiones a partir de una investigación etnográfica. En M. Cardoso y E. Langdon (Eds.), *Políticas Comparadas em Saúde Indígena na América Latina* (pp. 247-278). Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.

Remorini, C., y Palermo, M. L. (2016). “Los míos... ¡todos asustados!”. Vulnerabilidad infantil y trayectorias de desarrollo en los Valles Calchaquíes salteños. *Mitológicas*, XXXI, 83-112.

Remorini, C., y Palermo, M. L. (2020). Becoming asustado (scared): an ethnographic contribution to a transdisciplinary approach to children’s health and development. *Global Journal of Medical Research*, 9-23. <https://doi.org/10.34257/GJMRKVOL20IS1PG9>

Remorini, C., Palermo, M. L., y Schwartzman, L. (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud Colectiva*, 14(2), 193. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1506>

Remorini, C., Teves, L. S., Palermo, M. L., Jacob, A., y Desperés, P. (2019). Acerca de la participación de niños y niñas en actividades de subsistencia. Estudio etnográfico en unidades domésticas rurales de Salta (Argentina). *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, 40(2). <https://doi.org/10.34096/runa.v40i2.5503>

- Remorini, C., Teves, L. S., Pasarin, L., y Palermo, M. L. (2020). Etnografía y salud rural: trayectorias de investigación en los Valles Calchaquíes, Argentina. *Anthropologica*, 38(44), Art. 44. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.011>
- Remorini, C., Jacob, A., Morgante, M. G., y Teves, L. (2020). Llegar a ser alferez. *RUNA, archivo para las ciencias del hombre*, 41(2), Art. 2. <https://doi.org/10.34096/runa.v41i2.6195>
- Remorini, C., y Rowensztein, E. (2022). ¿Existe una normalidad en el desarrollo infantil?: alcance y usos del concepto de desarrollo normal en la clínica y en la investigación con niños y niñas. *Salud Colectiva*, 18, e3921. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3921>
- Remorini, C., y Rowensztein, E. (2022a). *Invisible others, invisible childhoods: the cultural bias of childhood development studies and public policies*. Society for Research on Child Development Conference, Special Topic: Construction of the ‘Other’: Development, Consequences, and Applied Implications of Racism, Prejudice, and Discrimination. Puerto Rico.
- Ross, N., Timura, C., y Maupin, J. (2012). The case of curers, noncurers, and biomedical experts in Pichátaro, Mexico. Resiliency in folk-medical beliefs. *Medical Anthropology Quarterly*, 26(2), Art. 2.
- Rowensztein, E., y Kremenchuzky, J. R. (Eds.). (2019). *Pediatría, desarrollo infantil e interdisciplina. Una mirada desde la complejidad*. Noveduc.
- Rubín de Celis, E., Pecho, I., y de Suremain, C.-É. (2003). Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú. En *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú* (pp. 139-188).
- Ryan, G. W. (1998). What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process? Modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village. *Soc. Sci. Med*, 46(2), Art. 2.
- Sacchi, M., Hausberger, M., y Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3(3), 271-283.

- Salsa Cortizo, M. V. (2022). Estudio antropológico del trabajo de la obstétrica en el sistema de salud bonaerense: ciencia y paciencia como modelo de atención [Tesis Doctoral], Universidad Nacional de La Plata. <https://doi.org/10.35537/10915/134345>
- Salvucci, D. (2015). Mujeres-madres solteras y circulación de hombres-padres en el altiplano de Jasimaná, Salta, Argentina. En S. Olivero Guidobono y J. L. Caño Ortigosa (Eds.), *Temas americanistas: Historia y diversidad cultural* (pp. 705-714). Editorial Universidad de Sevilla.
- Salvucci, D. (2018). Prácticas y categorías de parentesco en Jasimaná, noroeste andino de Argentina. *Estudios atacameños. Arqueología y Antropología Surandinas*, 58, 89-106. <https://doi.org/10.4067/S0718-10432018005000803>
- Samuelsen, H. (2004). Therapeutic itineraries: the medical field in rural Burkina Faso. *Anthropology y Medicine*, 11(1), 27-41. <https://doi.org/10.1080/1364847042000204933>
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., y Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Scheper Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil* (1ra ed.). Ariel.
- Scheper-Hughes, N., y Sargent, C. (2008). *Small wars. The cultural politics of childhood*. University of California Press.
- Schwandt, T. (2007). *The SAGE dictionary of qualitative inquiry*. SAGE Publications.
- Shonkoff, J. P., y Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: the science of early child development*. National Academy Press.
- Seekings, J. (2008). Beyond ‘fluidity’: kinship and households as social projects. *CSSR Working Paper*, 237.
- Sluzki, C. (1995). De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social. En E. Davas y D. Najmanovich (Eds.), *Redes: El lenguaje de los vínculos*. (pp. 114-123). Paidós.

Small, M. L. (2009). 'How many cases do I need?' On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography*, 10(1), Art. 1.

Smith, B. D., Sabin, M., Berlin, E. A., y Nackerud, L. (2009). Ethnomedical syndromes and treatment-seeking behavior among mayan refugees in Chiapas, Mexico. *Culture, medicine, and psychiatry*, 33(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9145-3>

Stival, M. (2018). Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario [Tesis doctoral]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/9980>

Stolkiner, A., Comes, Y., y Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina. *Ciência y Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>

Sy, A. (2008). Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación etnográfica de los procesos de Salud-enfermedad. [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4382>

Sy, A. (2020). Cien años de sufrimiento social inscripto en las historias clínicas de un hospital psiquiátrico de la Argentina: una problematización del objeto y los métodos psi. En M. Epele (Ed.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 197-225). CLACSO. Instituto de Investigaciones Gino Germani. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1gn3t16.11>

Sy, A., y Teves, L. (2006). La participación de los ancianos Mbya-Guarani en los procesos de resolución de enfermedades. Decisiones y redes sociales comunitarias. VIII° Congreso Argentino de Antropología Social.

Sy, A., Granada, P., Strasser, G., Visciglia, K. A., y Garcia, C. (2014). Continuidades y cambios en la atención de personas con sufrimiento psíquico. Una aproximación a través del análisis de noventa

años de Historias Clínicas (1897-1987). *Acta Académica*, 21. <https://www.aacademica.org/000-081/815>

Tapias, M. (2006). Emotions and the intergenerational embodiment of social suffering in rural Bolivia. *Medical Anthropology Quarterly*, 20(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1525/maq.2006.20.3.399>

Testa, M. (2006). Atención ¿primaria o primitiva? De salud. En M. Testa (Ed.), *Pensar en salud* (pp. 161-176). Lugar Editorial.

Teves, L. (2002). Trazas de paisajes en Molinos: un pueblo del Valle Calchaquí, Salta, Argentina. En P. Denis y J. Worthington (Eds.), *The Power of Oral History: Memory, Healing and Development, Ph. Pietermaritzburg: Vol. I* (pp. 145-155). International Oral History Association y Universidad de Natal.

Teves, L. (2011). El Estudio etnográfico de la actividad textil como aporte a la caracterización del modo de vida en el pueblo de Molinos y zona de influencia (Provincia de Salta) [Tesis doctoral]. Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4382>

Teves, L., Remorini, C., Pasarin, L., Cueto, J. J., y Palermo, M. L. (2018). *Articulaciones y desafíos en el trabajo colaborativo entre etnógrafos y agentes de salud pública (Salta, Argentina)*. VI Jornadas de Extensión del Mercosur, Tandil (Argentina).

Ticona R., M., y Huanco A., D. (2005). Mortalidad perinatal hospitalaria en el Perú: factores de riesgo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(5). <https://doi.org/10.4067/S0717-75262005000500006>

Tseng, W.-S. (2006). From peculiar psychiatric disorders through culture-bound syndromes to culture-related specific syndromes. *Transcultural Psychiatry*, 43(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1177/1363461506070781>

VanWynsberghe, R., y Khan, S. (2007). Redefining case study. *International Journal of Qualitative Methods*, 6(2), Art. 2.

Vélez-Agosto, N. M., Soto-Crespo, J. G., Vizcarrondo-Opppenheimer, M., Vega-Molina, S., y García Coll, C. (2017). Bronfenbrenner's bioecological theory revision: moving culture from the macro into the micro. *Perspectives on Psychological Science*, 12(5), 900-910. <https://doi.org/10.1177/1745691617704397>

Vindrola-Padros, C., y Johnson, G. A. (2014). The narrated, nonnarrated, and the disnarrated: conceptual tools for analyzing narratives in health services research. *Qualitative health research*, 24(11), Art. 11.

Vindrola-Padros, C., Johnson, G. A., y Pfister, A. (Eds.). (2018). *Healthcare in motion. Immobilities in health care delivery and access*. Berghahn.

Vleet, K. E. V. (2002). The Intimacies of Power: Rethinking Violence and Affinity in the Bolivian Andes. *American Ethnologist*, 29(3), 567-601.

Walmsley, E. (2008). Raised by another mother: informal fostering and kinship ambiguities in northwest Ecuador. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 13(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1111/j.1548-7180.2008.00008.x>

Warner, F. R. (2007). Social support and distress among Q'eqchi' refugee women in Maya Tecún, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 193-217. <https://doi.org/10.1525/maq.2007.21.2.193>

Weingast, D. (2021). Trayectorias de atención: de la autoatención a la consulta biomédica. Un estudio antropológico de los problemas respiratorios infantiles. En L. Pagnamento (Ed.), *Salud, enfermedad, atención y cuidados: Miradas desde las ciencias sociales* (pp. 63-106). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. <https://www.libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/184>

Weisz, J. R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., y Jackson, E. W. (1991). Adult attitudes toward over- and undercontrolled child problems: urban and rural parents and teachers from Thailand and the United States. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(4), 645-654. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1991.tb00341.x>

- Weller, S., Ruebush, T., y Klein, R. (1997). Predicting treatment-seeking behavior in Guatemala: a comparison of the health services research and decision-theoretic approaches. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), Art. 2.
- Weller, S. C., Baer, R. D., Glazer, M., Trotter, R., Pachter, L., y Klein, R. E. (2002). Regional variation in Latino descriptions of susto. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26, 449-472.
- Weller, S. C., Baer, R. D., Garcia de Alba Garcia, J., y Salcedo Rocha, A. L. (2008). Susto and nervios: expressions for stress and depression. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32(3), 406-420. <https://doi.org/10.1007/s11013-008-9101-7>
- Wilhoit, M. E. (2017). "Un favorzote": gender and reciprocity in the Andes. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 22(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1111/jlca.12288>
- Williams, P., Barclay, L., y Schmied, V. (2004). Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qualitative Health Research*, 14(7), 942-960. <https://doi.org/10.1177/1049732304266997>
- Yap, P. M. (1967). Classification of the culture-bound reactive syndromes. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 1(4), Art. 4.
- Yin, R. (2009). *Case Study Research. Design and Methods: Volume 5* (Second Edition). SAGE Publications.
- Yin, R. K. (2013). Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, 19(3), 321-332. <https://doi.org/10.1177/1356389013497081>
- Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.
- Young, J. C. (1980). A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *American Ethnologist*, 7(1), 106-131. <https://doi.org/10.1525/ae.1980.7.1.02a00070>
- Young, J. C. (1981). *Medical treatment choice in a Mexican village*. Rutgers University Press.

Young, J. T. (2004). Illness behaviour: a selective review and synthesis. *Sociology of Health y Illness*, 26(1), 1-31.

Young, J. C., y Garro, L. Y. (1982). Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Social Science y Medicine*, 16(16), 1453-1465. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90060-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90060-0)

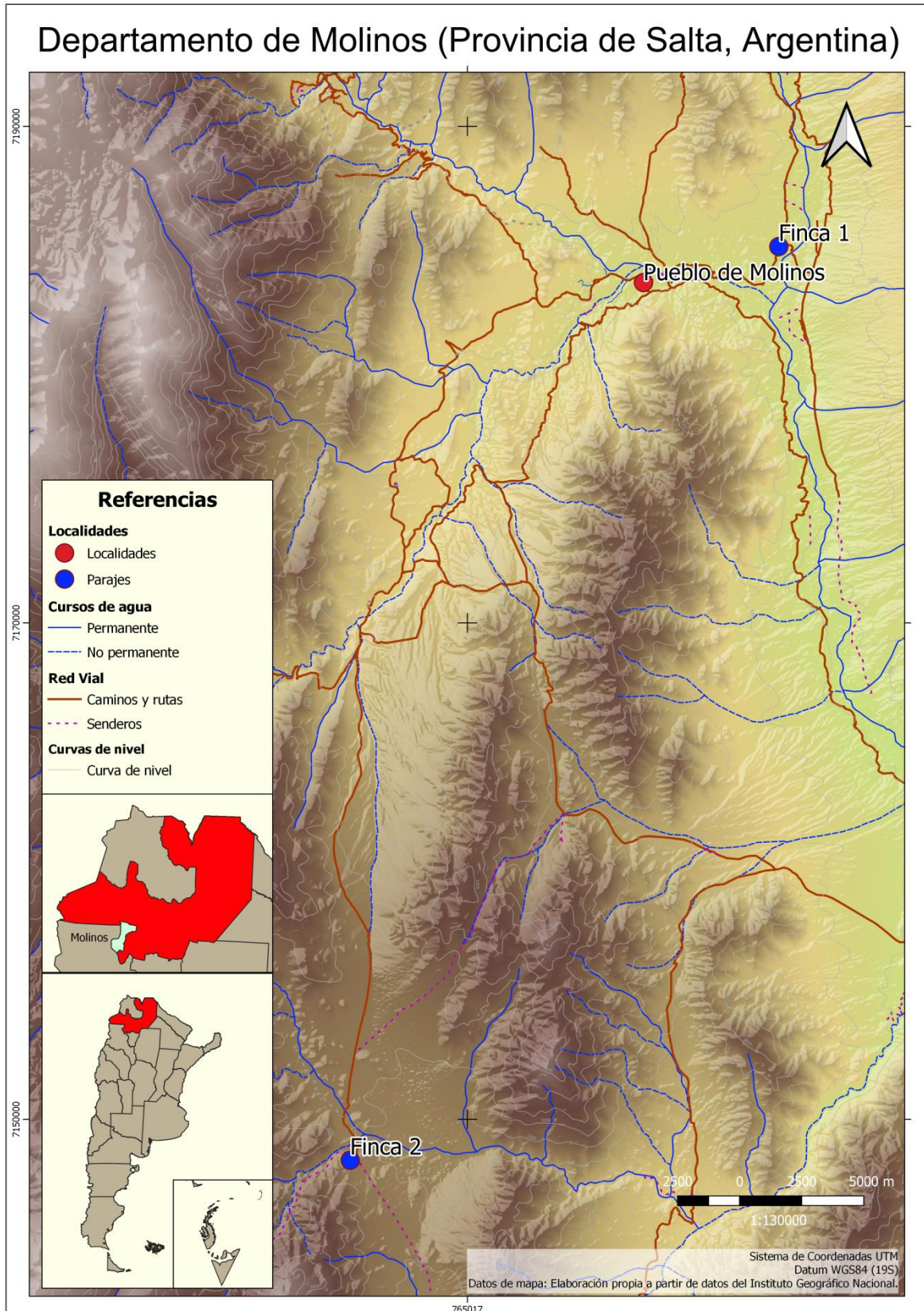
Zegers, M., y Reynolds, S. A. (2022). Mothers' and grandmothers' caregiving for young children in Chile: roles and responsibilities. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/fam0000984>

Zimbalist Rosaldo, M. (1974). Woman, culture and society: a theoretical overview. En M. Zimbalist Rosaldo y L. Lamphere (Eds.), *Woman, Culture, and Society* (pp. 17-42). Standford University Press.

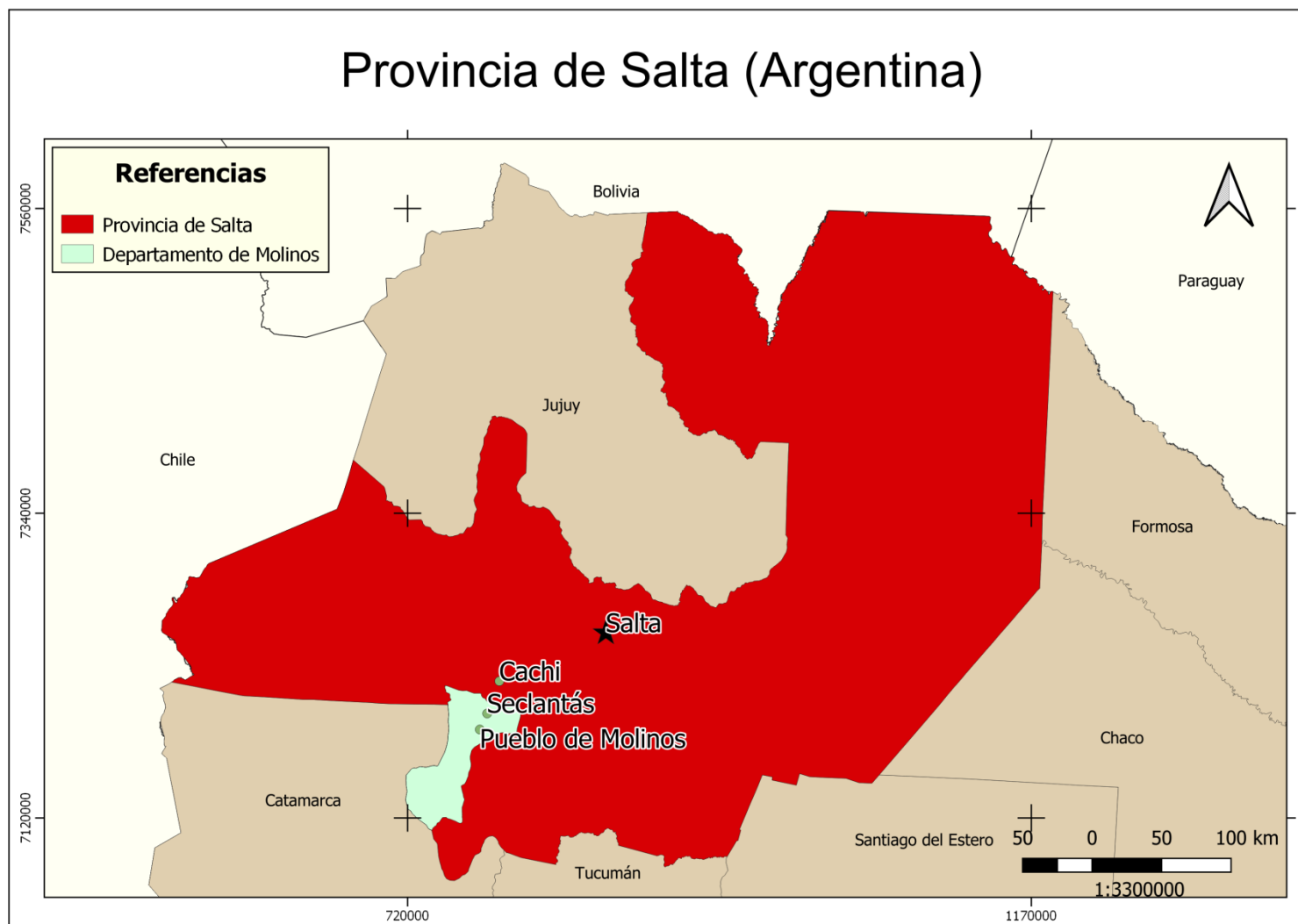
Anexos

Anexo 1

Mapas de la Provincia de Salta y el Departamento de Molinos



MAPA 1 Sección del Departamento de Molinos (Provincia de Salta, Argentina) donde se muestra la ubicación del pueblo de Molinos, finca 1 y finca 2. Elaborado por Julián Cueto (LINEA).



MAPA 2 Provincia de Salta (Argentina) donde se muestra la ubicación del pueblo de Molinos, las localidades de Seclantás y Cachi y la capital provincial. Elaborado por Julián Cueto (LINEA).

Anexo 2

**Cuadros sobre las entrevistadas y el material etnográfico
analizado**

| Entrevistada | Residencia | Conformación de la unidad doméstica que integra | Edad | Cantidad de hijos | Estado civil | Nivel de escolarización alcanzado | Ocupación |
|---------------------|-------------------|--|-------------|--------------------------|---------------------|--|---|
| María | Pueblo | Extensa | 35 años | 1 | Soltera | Universitario incompleto | Tareas en el hogar/Venta de alimentos y productos de decoración |
| Ana | Pueblo | Extensa | 26 años | 3 | En pareja | Terciario incompleto | Empleada municipal |
| Micaela | Finca 1 | Extensa | 17 años | 1 | En pareja | Secundario incompleto | Tareas en el hogar |
| Carolina | Finca 1 | Nuclear | 28 años | 3 | En pareja | Primario completo | Tareas en el hogar/Tareas agrícola-ganaderas |
| Andrea | Finca 1 | Extensa | 38 años | 7 | Casada | Primario completo | Tareas en el hogar |
| Verónica | Finca 1 | Extensa | 41 años | 4 | En pareja | Secundario incompleto | Tareas en el hogar/Tareas agrícola-ganaderas |
| Florencia | Finca 2 | Extensa | 21 años | 3 | Soltera | Secundario incompleto | Tareas en el hogar |
| Adriana | Finca 2 | Extensa | 37 años | 6 | Soltera | Primario completo | Tareas en el hogar/Tareas agrícola-ganaderas |

CUADRO A. Datos de las entrevistadas. La información consignada corresponde al año 2017. Fuente: elaboración propia

| Caso | Entrevistas Año y cantidad | Historias clínicas | Registros de observaciones |
|--------------------------------------|--|---|--|
| María y Lucas | 2011 (2) 2016 (1) 2017 (1) 2018 (1) | María y Lucas (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Conversaciones con la cuidadora y otros miembros de la unidad doméstica sobre el desarrollo del caso en distintos periodos del trabajo de campo -Conversaciones con docentes de la escuela de Molinos en 2018 y 2019 |
| Ana y Sofía | 2013 (1) 2016 (2) 2017 (3) 2018 (1) | Ana y Sofía (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Conversaciones con la cuidadora y otros miembros de la unidad doméstica sobre el desarrollo del caso en distintos periodos del trabajo de campo |
| Micaela y Ema | 2019 (1) | Micaela (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Conversación con el agente sanitario de la finca en 2019 |
| Carolina y Agustín | 2019 (2) | Carolina y Agustín (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Visita del agente domiciliario a la unidad doméstica en 2019 -Conversación con el agente sanitario de la finca en 2019 |
| Andrea y Delfina | 2019 (1) | Delfina (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Visita del agente domiciliario a la unidad doméstica en 2019 -Conversación con el agente sanitario de la finca en 2019 |
| Verónica, Catalina y Milagros | 2019 (1) | Catalina y Milagros (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Conversación con el agente sanitario de la finca en 2019 |
| Florencia y Martina | 2017 (3) 2018 (2) | Florencia y Martina (HPMI) | -Conversaciones con médicos del hospital de Molinos en 2017 -Conversación con agente sanitario de la finca en 2017 -Participación del equipo de antropólogas en una de las instancias del caso que se desarrolló en el puesto sanitario de la finca en 2017 -Observación en el hospital de Molinos durante la internación de Martina en 2017 -Conversación con nutricionista del hospital de Cachi en 2018 -Conversaciones con la cuidadora y otros miembros de la unidad doméstica sobre el desarrollo del caso en distintos periodos del trabajo de campo |
| Adriana, Agustina y Valentina | 2013 (3) 2017 (3) | Adriana, Agustina y Valentina (HPMI) | -Observaciones durante las entrevistas -Conversaciones con la cuidadora y otros miembros de la unidad doméstica sobre el desarrollo del caso en distintos periodos del trabajo de campo |

CUADRO B. Material etnográfico analizado por cada caso de enfermedad. Fuente: elaboración propia

Anexo 3

**Protocolo guía de entrevista utilizado para el relevamiento de casos de
enfermedad elaborado en 2017**

PACIENTE/CAIDADOR(A)

A partir de la enfermedad en curso identificada en cada unidad doméstica, las siguientes preguntas se realizarán a la paciente o cuidador/a del niño (menor de 6 años), con su previo consentimiento.

Se trata de un protocolo guía que contempla la posibilidad de incluir otras preguntas en base a lo contestado por el entrevistado/a.

1. ¿Qué le pasa/pasó a Ud./a X (niño/a)?
¿Qué siente? ¿Le duele algo?/ ¿Dónde le duele?
¿Cómo piensa/cree que le pasó/le agarró esto a Ud./ a X?
2. ¿Cómo se llama eso que siente/esa enfermedad? ¿Conoce otros nombres para esto?
¿Quiénes lo/s utiliza/n (cualquier persona, un terapeuta, etc)?
3. ¿Cuándo le pasó? / ¿Hace cuánto?
4. ¿Quién se dio cuenta que le pasaba algo?/ que tenía este problema?/dolor?/enfermedad? (*según lo que conteste antes*)
5. ¿Qué hizo cuando se sintió así?
 - a. ¿Quién aconsejó lo que había que hacer?
 - b. ¿A quién/quienes acudió (terapeutas y/o instituciones)? ¿Dónde vive (el terapeuta)? // ¿Dónde está (la institución)? ¿Cómo llegó hasta ahí? ¿Con quién fue?
 - c. ¿Por qué recurrió a esa persona y/o institución?
 - d. ¿Cuántas veces?
 - e. ¿Qué le dio/qué hizo esa persona/s?
 - f. ¿Qué otra/s persona/s lo ayudaron/hicieron alguna cosa para que Ud. pueda curarse o ir a atenderse?
 - g. ¿Cómo/en qué la ayudaron?
 - h. ¿Alguien más la podría haber ayudado? ¿A quién más podría haber recurrido por ayuda si X no hubiera estado?

| | INSTANCIA | ACTORES | RECURSOS |
|----------|------------------|----------------|-----------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

CON TODAS LAS PERSONAS MENCIONADAS LUEGO DE COMPLETAR LA GRILLA

| ACTOR | VÍNCULO (con paciente y con otros actores mencionados) | RESIDENCIA | EDAD | Otro dato de interés |
|--------------|---|-------------------|-------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DOMÉSTICA

1. ¿Quién/es? ¿Por qué recurrió a esa persona? *(en caso de un tercero)*
2. ¿Qué hizo/hicieron?
3. ¿Qué le dieron? ¿Cómo le dicen Uds. a ese remedio?

(Si fue auto administrado: de quien aprendió, si alguien aconsejó en ocasión previa)

4. ¿Cómo/en qué momento/cuántas veces se lo dieron?
5. ¿Dónde lo consiguieron?
6. ¿Qué otra cosa hicieron?
7. ¿Qué pasó después? *(volver sobre los síntomas descritos anteriormente, ver si hubo modificaciones en la secuencia)*

MÉDICO CAMPESINO

1. ¿A quién recurrió/consultó?
2. ¿Cuándo? *(referencia temporal o asociado a instancia previa)*
3. ¿Era la primera vez o ya habían consultado antes? *(para la misma u otra dolencia)*
4. ¿Quiénes fueron a consultarlo?
5. ¿Por qué acudieron a esa persona?
6. ¿Dónde vive?
7. ¿Es pariente de Uds.?
8. ¿Qué hizo?
9. ¿Qué le dio? ¿Cómo/cuántas veces se lo dio?
10. ¿Le dieron algo a cambio por su ayuda? ¿Qué?
11. ¿Qué pasó después? *(volver sobre los síntomas descritos anteriormente, ver si hubo modificaciones en la secuencia)*
12. ¿Después del tratamiento le indicó que tenía que volver? ¿Tenía que volver y no volvió? ¿Por qué?

HOSPITAL/PUESTO SANITARIO

1. ¿A qué hospital y/o Puesto Sanitario acudió? *(dentro o fuera de Molinos)*
2. ¿Quién fue/lo/a llevó?
3. ¿Por qué decidieron llevar/ir ahí/a ese lugar?

4. ¿En qué fue?
5. ¿Cuándo? ¿Cuántas veces?
6. ¿Quién lo atendió?
7. ¿Qué le dijo?
8. ¿Qué le dio?
9. ¿Le dieron algo a cambio por su ayuda? ¿Qué?
10. ¿Qué pasó después? (*volver sobre los síntomas descritos anteriormente, ver si hubo modificaciones en la secuencia*)
11. ¿Después del tratamiento le indicó que tenía que volver? ¿Tenía que volver y no volvió? ¿Por qué?

OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS:

¿Qué otra cosa hizo? ¿fue a ver a alguien más?

(De acuerdo al caso se pueden repetir algunas de las preguntas de opciones previas)

¿Cómo está/se siente ahora?

TERAPEUTA

(médico campesino)

1. Introducción

Opción 1: ¿Vino alguna persona a consultarlo últimamente? O bien

Opción 2: Estuve conversando con.... En la casa de.... Sobre.... Y me contó que a veces viene a consultarlo la gente de acá porque Ud sabe curar...

2. ¿Quién/quienes vinieron a consultarlo?
3. ¿Por qué vinieron?
4. ¿Es la primera vez que vienen/siempre vienen?
5. ¿Qué le pasaba/que sentía (el paciente)?
6. ¿Cómo se llama eso que tenía (el paciente)?
7. ¿Cómo se dio cuenta Ud. lo que tenía...?
8. ¿Por qué pasa eso/esa enfermedad?
9. ¿Que hizo/que le dio?

- ¿Cómo se lo dio?
- ¿Cuántas veces se lo dio?
10. ¿Sabe si se curó/ si ya está bien? ¿Volvió después?

PERSONAL DEL HOSPITAL

1. Estuve conversando con.... En la casa de.... Sobre.... Y me contó que vino porque....
2. ¿Por qué dijeron ellos que vinieron? (*distinguir motivos de consulta de diagnóstico profesional*)
3. ¿Es la primera vez? o vino por el mismo problema en otras oportunidades?
4. ¿Sabe si alguien le dijo que venga al hospital/puesto? (*chequear si fue derivación o resultado de control sanitario/consulta previa o por recomendación de alguna otra persona ajena al sistema de salud*)
5. ¿Es frecuente que la gente acá consulte por este problema? ¿hay diferencias entre las personas que viven en el pueblo y los que viven en las fincas en cuanto a este problema de salud?
6. ¿Quién/quienes vinieron a consultarlo?
7. ¿Cuál sería la causa o las causas de este problema/enfermedad?
8. ¿Que hizo/que le dio?
9. ¿Sabe si se curó/ si ya está bien? ¿Volvió después?

En caso de uso de recursos terapéuticos vegetales/animales/minerales (ya sea prescritos por terapeuta o utilizados en la UD)

10. -¿Cómo se llama la planta/animal/mineral?
11. -¿Cómo se reconoce? (olor, color, forma, etc)
12. -¿Quién le enseñó a reconocerla, recolectarla y usarla?
13. -¿Qué parte se utiliza para....?
14. -¿Dónde se encuentra? ¿Cómo se recolecta? ¿En qué momento del día y del año?
15. -¿Se colecta y se almacena?
16. -¿Cómo se prepara? Cantidad, método

17. -¿Se combina con otras plantas o animales?

18. -¿Cómo y cuándo se administra?

19. -¿Dónde se guarda lo que sobra?

Anexo 4

Ficha utilizada para el relevamiento de datos de la entrevistada y miembros de la unidad doméstica

| | |
|------|------------------------------|
| I. | Lugar..... |
| II. | UD Nro..... |
| III. | Fecha..... |
| IV. | Entrevistadora..... |
| V. | Situación de entrevista..... |
| VI. | Código del registro |

** Esta grilla se acompaña con la elaboración de un árbol genealógico por UD tomando como EGO para la genealogía al entrevistado/a

DATOS DEL ENTREVISTADO/A

1. Nombre.....

2. Edad.....

3. Lugar y fecha de nacimiento

4. Estado civil

Soltero/a

Casado/a

Otro

4.1. Datos del cónyuge/pareja

Nombre.....

Edad.....

Escolaridad alcanzada.....

5. Nivel de escolaridad alcanzado.....

6- Hijos/as (número):

| Nombre | Edad | Lugar de nacimiento | Escolaridad alcanzada |
|--------|------|---------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Residencia actual.....

8. Residencias anteriores (preguntar lugar, año, motivos por los que viajó/residió en ese lugar).....

.....
.....
.....

9. ¿Con quién/es vive?

| Nombre | Vínculo | Otros datos de interés |
|--------|---------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Anexo 5

**Protocolo guía de entrevista para el relevamiento de experiencias
en torno al embarazo y nacimiento**

Cuénteme de su último/a hijo/a (nombre)

1. ¿Cuándo y cómo se enteró que estaba embarazada?
2. ¿Cuándo las mujeres están embarazadas se les dice de alguna manera particular acá en....?
3. ¿(Nombre del niño/a) fue buscado? ¿Ud. se estaba cuidando de alguna manera? ¿Alguna vez siguió algún método de planificación familiar?
4. Durante el embarazo, ¿cambió algo en sus actividades cotidianas? ¿Dejó de hacer alguna actividad? ¿Por qué?
5. ¿Alguien le recomendó o le dio algún consejo sobre qué hacer o cómo cuidarse durante el embarazo?
6. ¿Vivía en el mismo lugar y con las mismas personas que vive ahora?
7. ¿Quiénes la ayudaron más mientras estaba embarazada? ¿Cómo la ayudaron?
8. ¿Tuvo algún problema de salud durante el embarazo?
9. ¿Tuvo algún problema o le pasó algo que la haya afectado mientras estaba embarazada?
10. ¿Notó alguna diferencia entre el embarazo de este último hijo y los anteriores? ¿Cuáles? ¿A qué cree que se debe?
11. ¿Le hicieron controles en el hospital durante el embarazo? ¿Quiénes? ¿Dónde? ¿Con sus otros hijos fue igual? ¿Qué diferencias hubo?
12. ¿Cómo fue el parto? ¿Dónde tuvo al bebé? ¿Por qué lo tuvo ahí? (elección propia/derivación/consejo)
13. ¿Cuánto tiempo estuvo internada (si fue en el hospital)? ¿Alguien la acompañó? ¿Quién? ¿Qué relación tiene con Ud.? ¿Qué pasó con el resto de su familia mientras Ud. estuvo internada? ¿Quién ayudó? ¿Cómo ayudó/ayudaron esa/esas persona/s?
14. ¿Tuvo alguno de sus hijos en su casa o en casa de un pariente? ¿Qué diferencias hay entre los partos en la casa y en el hospital?
15. Si alguien no puede ir al hospital a tener al bebé, ¿hay acá en la zona alguien que sepa cómo ayudar a la mujer? ¿Quién? A esas personas ¿hay que darles algo por ese trabajo?
16. ¿Qué cuidados le recomendaron/indicaron después del nacimiento de ...? (para ella y el niño/a)
17. ¿Hay alguna cosa que sea peligrosa o que no haya que hacer cuando uno tiene un bebé?

Anexo 6

**Protocolo guía de entrevista utilizado para el relevamiento del
caso de enfermedad de Ana y Sofía en 2018**

| CASO DE ENFERMEDAD: Ana y Sofía (Pueblo) | | | |
|---|--|----------------|-------------------|
| -Repasar durante entrevista actores, vínculos y residencia ya obtenidos para cada instancia | | | |
| -Completar actores y vínculos faltantes para las instancias ya relevadas | | | |
| -Completar instancias faltantes y relevar (si hay) nuevas en el desarrollo del caso | | | |
| INSTANCIA | ACTOR | VINCULO | RESIDENCIA |
| Embarazo | Ginecólogo controles | | Salta ciudad |
| | | | |
| | Madre de Ana | Madre | Pueblo |
| | | | |
| | | | |
| Romper bolsa-internación-parto | ¿N? | Amiga-albergue | Salta ciudad |
| | A | Hermano | |
| | ¿Médica de Guardia? Ecografía, Hospital..... | | Salta ciudad |
| | Enfermera Hospital..... | | Salta ciudad |
| | Ginecólogo Hospital..... | | Salta ciudad |
| | Partera Hospital..... | | Salta ciudad |
| | | | |
| Internación Sofía por prematuridad | Doctor.....Hospital | | Salta ciudad |
| | Doctora H.....Hospital | | Salta ciudad |
| | Enfermero turno noche (saca oxígeno) | | Salta ciudad |
| | C (enfermera) | | Salta ciudad |
| | A | Hermano | |
| | N | Amiga | Salta ciudad |
| | P (compañero instituto) | | Salta ciudad |
| | | Tía | Salta ciudad |
| | Madre de Ana | Madre | |
| | | | |
| Controles en HPMI de Sofía |Oftalmólogo | | Salta ciudad |
| |Pediatra | | Salta ciudad |
| | | Tía de Ana | Salta ciudad |
| | | | |
| | | | |

Anexo 7

**Cuadros realizados para cada caso de enfermedad relevado
detallando sus instancias**

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|---|---|--|
| 1. <i>Falseada Ana (adolescente)</i> | | Diagnóstico y tratamiento de <i>falseado</i> . Médico campesino Molinos | Madre de Ana-Recomendación de médico campesino |
| 2. Nacimiento Sofía (mayo 2012) e internación por prematuridad (hasta julio 2012) | | Atención médica HPMI | Amiga de Ana-Apoyo y acompañamiento |
| | | | Hermano de Ana-Apoyo y acompañamiento |
| | | | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación |
| | | | Albergue estudiantil-Alojamiento durante internación |
| | | | Madre de Ana-Acompañamiento |
| 3. Controles por especialistas en el HPMI (julio a septiembre 2012) | | Atención médica HPMI | Tías de Ana-Alojamiento de Ana y Sofía en la ciudad de Salta y apoyo económico |
| 4. Sospecha de displasia de cadera por pediatra del HPMI (agosto 2012) | | Diagnóstico y tratamiento de <i>falseado</i> . Médico campesino Molinos (fines 2012) | Madre de Ana-Recomendación de médico campesino |
| 5. Controles por especialistas en el HPMI (hasta los 2 años de edad) | | Atención médica HPMI | Madre de Ana-Apoyo económico para traslados a la ciudad de Salta |
| | | | Tía de Ana-Alojamiento en la ciudad de Salta |
| | | | Padre de Sofía-Apoyo económico (compra de pañales y leche) |
| 6. Ejercicios de estimulación temprana (fecha estimada 2013) | | Ana realiza ejercicios con Sofía en la unidad doméstica | |
| | 7. Consultas por síntomas respiratorios y bajo peso (marzo a mayo 2013) | Atención médica hospital Molinos. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias, bajo peso y baja talla para la edad | |
| | 8. Consultas por síntomas respiratorios (julio 2013 a fines de 2015) | Atención médica hospital Molinos. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias | |
| | | Atención médica hospital de Seclantás. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias | |
| | 9. Consultas por síntomas respiratorios (marzo 2016 a marzo 2018) | Atención médica hospital Molinos. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias | |

CUADRO A. Instancias del caso de Ana y Sofía (Pueblo de Molinos).

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|--|--|---|--|
| 1. <i>Susto</i> de María al final del embarazo y "ruptura de bolsa" | | | |
| 2. Nacimiento de Lucas (junio 2010) | | Atención médica hospital Molinos | Enfermero del hospital de Molinos y amigo de María-atención médica y apoyo Madre de María-Acompañamiento Farmacéutica del hospital de Molinos y prima de María-Acompañamiento |
| | Consultas por vómitos de Lucas (julio 2010) <i>*corresponde a instancia del discurso 3</i> | Atención médica hospital Molinos | |
| 3. Vómitos de Lucas durante más de una semana (julio 2010) | | | Madre de María-Consulta y apoyo económico para el pago del remis a la ciudad de Salta |
| | 4. Diagnóstico y cirugía de malformación del sistema digestivo (julio 2010) | Atención médica HPMI. Cirugía y controles post operatorios | Sobrino de María-Acompañamiento Madre y hermanos de María-Acompañamiento Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación Otras madres en la Residencia del HPMI-Acompañamiento |
| | 5. Consultas por síntomas digestivos y respiratorios (agosto a diciembre 2010) <i>*corresponde parcialmente a instancia del discurso 6</i> | Atención médica hospital Molinos | |
| 6. Dolor de estómago-gases-inapetencia Lucas | | | Madre de María-Consejo y tratamiento de Lucas en la unidad doméstica |
| | 7. Diagnóstico de bajo peso Lucas (principios del 2011) <i>*corresponde a instancia del discurso 8</i> | Atención médica hospital Molinos Atención médica en centro de salud (salita) de la ciudad de Salta | |
| 8. Descenso de peso Lucas, dificultad para alimentarse | | | Amiga de María-Recomendación sobre incorporación de leche Nido |
| | 9. Consultas por síntomas respiratorios (septiembre 2011 a agosto 2013) | Atención médica hospital Molinos Atención médica HPMI | |
| 10. Dificultades de conducta en la escuela (comienzan a principios de 2014 y se mantienen hasta el final del relevamiento) | | Diagnóstico de <i>susto</i> y tratamiento. Médico campesino 1 (fecha estimada 2014) Diagnóstico de <i>susto</i> . Médico campesino 2 (fecha estimada 2015) Derivación desde hospital de Molinos a hospital de Cachi para evaluación psicológica (2016) Diagnóstico de <i>susto</i> y <i>nervios</i> . Médico campesino 3 (fecha estimada 2016) Consulta con psicopedagoga de la escuela de Molinos (2017) Diagnóstico de <i>susto</i> . Médico campesino 4 (fecha estimada 2017) Diagnóstico de <i>susto</i> . Médico campesino 5 (fecha estimada 2018) | Madre de María-Acompañamiento y cuidado de Lucas |

CUADRO B. Instancias del caso de María y Lucas (Pueblo de Molinos).

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|---|--|---|
| 1. Nervios de Micaela. *Detectados en la adolescencia y transversal a todas las instancias del itinerario terapéutico | | | Madre de Micaela-Tratamiento de <i>nervios</i> en la unidad doméstica |
| | Parto (Fines de abril 2018) *corresponde a instancia del discurso 2 | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | |
| | | Atención médica HPMI | |
| 2. Nacimiento de Ema | | | Pareja de Micaela-Acompañamiento en el traslado al HPMI y en el parto |
| | | | Hermano de Micaela-Acompañamiento durante la internación en el HPMI |
| 3. Controles de “niño sano” de Ema | | Atención médica puesto sanitario finca 1 | |
| | | Atención médica hospital Molinos | Hermanas de Micaela-Consejo |
| 4. Detección de síntomas respiratorios de Ema (2-3 meses de edad) | | Atención médica hospital Molinos | Hermanas de Micaela-Apoyo emocional |
| 5. Dudas sobre eventos del crecimiento de Ema (alimentación, alergias, entre otras) | | Consulta al agente sanitario de la finca 1 | |
| 6. Detección de cambios en el comportamiento de Ema. Sospecha de <i>susto</i> (principio de 2019) | | Consulta con médica campesina. Diagnóstico y tratamiento de <i>susto</i> y diagnóstico de <i>nervios</i> | Suegra de Micaela-Diagnostica presuntivamente <i>susto</i> |
| | | | Suegra de Micaela-Sugiere consulta con médica campesina conocida |

CUADRO C. Instancias del caso de Micaela y Ema (Finca 1).

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|--|---|---|
| 1.Nacimiento Agustín (fines de Agosto 2018) | | Atención médica HPMI | Parientes de la pareja de Carolina- Alojamiento en Salta (antes y después del parto) Pareja de Carolina y hermana-Cuidado hijos mayores de Carolina |
| 2.Cuidado Posparto | | | Madre de Carolina-Consejos sobre cuidado para evitar <i>recaída</i> |
| 3.Control recién nacido Agustín | | Atención médica hospital Molinos | |
| | Diagnóstico e internación Agustín- Principios de septiembre 2018 <i>*corresponde a instancia del discurso 4</i> | Atención médica hospital Molinos. Derivación a guardia neonatológica del HPMI Diagnóstico e internación en HPMI | |
| 4.Primer internación de Agustín | | | Chofer de la ambulancia del hospital de Molinos-Traslado y Guía en el HPMI Guardia de seguridad del servicio de neonatología del HPMI- Indicaciones y guía dentro del HPMI Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación Enfermeras del HPMI-Talleres sobre cuidado de recién nacido y uso de métodos anticonceptivos Esposa del tío de Carolina-Acompañamiento durante la internación Pareja de Carolina y hermana-Cuidado hijos mayores de Carolina |
| 5.Detección de manchas en la piel de Agustín | | Atención médica puesto sanitario finca 1 Atención médica hospital Molinos | |
| | Diagnóstico e internación Agustín- Fines de septiembre 2018 <i>*corresponde a instancia del discurso 6</i> | Atención médica hospital Molinos. Derivación a guardia neonatológica del HPMI Diagnóstico e internación en HPMI | |
| 6. Segunda internación de Agustín | | | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación Pareja de Carolina y hermana-Cuidado hijos mayores de Carolina |
| 7. Detección de cambios en el comportamiento de Agustín. Sospecha de <i>susto</i> | | Consulta con médica campesina. Diagnóstico y tratamiento de <i>susto</i> | |

CUADRO D. Instancias del caso de Carolina y Agustín (Finca 1).

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|---|---|---|
| 1. Susto de Andrea durante su embarazo | | Diagnóstico de <i>susto</i> e inicio de tratamiento-Abuelo de Andrea | |
| 2. Nacimiento Delfina (mediados de Agosto 2017) | | | |
| 3. Episodio 1 de fiebre y convulsiones de Delfina | | Atención médica hospital de Seclantás | Madre de Andrea-Acompañamiento y ayuda Pareja de Andrea-Traslado al hospital y acompañamiento |
| 4. Episodio 2 de fiebre y convulsiones de Delfina | | Atención médica hospital de Seclantás. Derivación a HPMI | |
| | Consulta por convulsión Delfina (Diciembre 2017) <i>*corresponde parcialmente a instancia del discurso 4</i> | Atención médica HPMI | |
| 5. Detección de cambios en el comportamiento de Delfina. Sospecha de <i>falseado</i> | | | |
| 6. Diagnóstico de falseado y susto desde el vientre | | Médica campesina | |
| 7. Episodio 3 de convulsiones de Delfina | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | Tía de Andrea e hija mayor de Andrea-Cuidado de Delfina y traslado al hospital de Molinos Pareja de Andrea-Acompañamiento |
| | Consulta por convulsión Delfina (Septiembre 2018) <i>*corresponde parcialmente a instancia del discurso 7</i> | Atención médica HPMI. Diagnóstico e inicio de tratamiento ambulatorio | |
| | 8. Consulta nutricional Delfina (Octubre 2018) | Atención médica HPMI. Diagnóstico de desnutrición leve | |
| 9. Tratamiento Delfina por convulsiones (septiembre 2018 a abril 2019) | | Atención médica hospital de Seclantás. Suministro de medicación | Hermano de Andrea-Traslado a ciudad de Salta durante controles en el HPMI Hermanos de Andrea-Acompañamiento en ciudad de Salta durante controles en el HPMI Tía de Silvina-Traslado de ciudad de Salta a finca 1 luego de control en HPMI |
| | | Atención médica hospital de Molinos. Suministro de medicación y control del tratamiento | |
| | | Atención médica HPMI. Control del tratamiento | |
| | | | |
| 10. Turno programado para control (Mayo 2019). Se espera la finalización del tratamiento por convulsiones | | Atención médica HPMI | |

CUADRO E. Instancias del caso de Andrea y Delfina (Finca 1)

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|---|---|---|
| 1. Nacimiento Catalina (fines de Septiembre 2011) | | | |
| 2. Fiebre y falta de sostén muscular Catalina (fines 2011- principios 2012) | | Atención médica hospitales Seclantás y Molinos | |
| | Diagnóstico e internación Catalina- Mayo 2012 <i>*corresponde a instancia del discurso 3</i> | Atención médica hospital Molinos. Derivación a guardia pediátrica del HPMI Diagnóstico de trastorno genético e internación durante 2 meses en HPMI Realización de estudio genético en Hospital Garrahan | |
| 3. Internación Catalina en el HPMI (mayo a julio 2012) | | | Pareja de Verónica-Apoyo y acompañamiento durante la internación Cuñado de Verónica-Alojamiento en la ciudad de Salta Prima de Verónica-Alojamiento en la ciudad de Salta |
| | 4. Fallecimiento de Catalina (julio 2012) | Atención médica HPMI | |
| 5. Nacimiento Milagros (Diciembre 2014) | | | |
| 6. Fiebre y falta de sostén muscular Milagros (Marzo 2015) | | Atención médica hospital Seclantás | |
| | Diagnóstico e internación Milagros- Abril 2015 <i>*corresponde a instancia del discurso 7</i> | Atención médica hospital Seclantás. Derivación a hospital de Cachi Atención médica hospital de Cachi. Derivación a HPMI Diagnóstico de trastorno genético e internación durante 3 años en HPMI | |
| 7. Internación Milagros en el HPMI (abril 2015 a enero 2018) | | | Pareja de Verónica-Apoyo y acompañamiento durante la internación Prima de Verónica y su marido-Alojamiento en la ciudad de Salta Psicóloga del HPMI-Atención psicológica durante la internación Doctor M, Doctora A y Enfermero J del HPMI-Acompañamiento durante la internación Mamá de compañera de habitación de Milagros- Acompañamiento durante la internación |
| | 8. Fallecimiento de Milagros (enero 2015) | Atención médica HPMI | |

CUADRO F. Instancias del caso de Verónica, Catalina y Milagros (Finca 1)

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|--|--|--|---|
| 1. Nacimiento de Martina (junio 2015) | | Atención médica hospital Molinos. Derivación de urgencia a HPMI | Parientes de Florencia en Molinos-Aviso a la finca 2 de su derivación al HPMI |
| | | Atención médica HPMI | |
| | 2. Internación de Martina en neonatología HPMI (10 días luego del nacimiento) | Atención médica HPMI | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación ONG Damas Rosadas-Provisión de pañales y ropa en el HPMI |
| | 3. Estudios y diagnóstico de trastorno genético (julio 2015) | Atención médica HPMI. Diagnóstico y solicitud de tratamiento fonoaudiológico y de estimulación temprana | Madre de Florencia-Acompaña a la ciudad de Salta para recibir resultados de estudios diagnósticos |
| | 4. Diagnóstico de desnutrición e internación en HPMI (noviembre a diciembre 2015) | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | |
| | | Atención médica HPMI. Internación para soporte nutricional durante 1 mes | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación |
| 5. Síntomas respiratorios y digestivos (abril 2016) | | Atención médica puesto sanitario finca 2. Derivación a hospital de Molinos | |
| | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | |
| | 6. Diagnóstico de enfermedad respiratoria y desnutrición (abril a mayo 2016) | Atención médica HPMI. Internación de 9 días | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación |
| | | Atención médica hospital Molinos. Control luego del alta en HPMI. Internación de 5 días por el mismo diagnóstico | |
| 7. Fiebre (fines de septiembre 2016) | | Atención médica puesto sanitario finca 2. Derivación a hospital de Molinos | |
| | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | |
| | 8. Diagnóstico de enfermedad respiratoria y desnutrición (septiembre a octubre 2016) | Atención médica HPMI. Internación de 10 días | Residencia para madres del HPMI-Alojamiento durante la internación |
| | | Atención médica hospital Molinos. Control luego del alta en HPMI. Se planifica nuevo control en puesto sanitario de la finca 2 | |
| | 9. Control nutricional (diciembre 2016) | Atención médica hospital Molinos. Diagnóstico de desnutrición. Derivación a hospital de Cachi | |
| | 10. Internación en soporte nutricional (diciembre 2016) | Atención médica hospital Cachi. Internación de 17 días | Médica del hospital de Molinos-Gestiona en la municipalidad de Molinos la leche hipercalórica prescrita por la nutricionista del hospital de Cachi Nutricionista del hospital de Cachi-compra la leche hipercalórica en la ciudad de Salta y la traslada hasta el hospital de Molinos |
| 11. Fiebre, diarrea y vómitos (febrero 2017) | | Atención médica puesto sanitario finca 2. Derivación a hospital de Molinos | Madre de Florencia-Acompaña en el puesto sanitario, durante la consulta y el periodo de espera para la derivación al hospital de Molinos Carolina Remorini-llama por teléfono al hospital de Molinos para solicitar una ambulancia en el puesto sanitario Laura Teves y Laura Palermo-ayudan a Florencia en el puesto sanitario con paños fríos para bajar la fiebre de Martina |
| 12. Internación en hospital Molinos (febrero 2017) | | Atención médica hospital Molinos. Internación de 7 días | Parientes de Florencia en Molinos-Acompañamiento durante la internación |
| 13. Suspensión de clases de estimulación temprana en enero 2018 (la fecha de inicio de las clases es desconocida, se estima en algún punto del 2017) | | Escuela de Educación Especial de Cachi | Tío de Florencia-Alojamiento en Cachi Ambulancia del hospital de Molinos-Traslado hasta Cachi (ocasionalmente) |

CUADRO G. Instancias del caso de Florencia y Martina (Finca 2).

| INSTANCIA Discurso | INSTANCIA Historia clínica | ALTERNATIVA TERAPÉUTICA | ACTORES y RECURSOS |
|---|---|---|--|
| 1. Nacimiento de Agustina y Valentina (Enero 2008) | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | Médico del hospital Molinos-Traslado a Salta y acompañamiento durante la internación en el HPMI |
| | | Atención médica HPMI | Parientes de Adriana-Alojamiento, ayuda económica y acompañamiento en la ciudad de Salta |
| | | | <i>Mami</i> de Adriana-cuidado de hijos de Adriana durante la internación Hijas mayores de Adriana-cuidado de sus hermanos menores durante la internación |
| 2. Cambios de comportamiento y dificultades de aprendizaje de Agustina y Valentina en la escuela (2014) | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a HPMI | Docente de la escuela de finca 2-Detección de cambios en el comportamiento y dificultades de aprendizaje. Pedido de turno médico en el hospital de Molinos |
| | 3. Consultas y estudios diagnósticos (2014 a 2016) | Atención médica HPMI (evaluaciones de los servicios de neurología, otorrinolaringología, fonoaudiología) | |
| | | Atención médica hospital Molinos. Derivación a psicopedagoga | |
| | 4. Diagnóstico de trastornos en el habla y aprendizaje en Agustina y Valentina (2016) | Atención médica HPMI | |
| | | Psicopedagoga-solicitud de tratamiento fonoaudiológico en el HPMI | |
| | 5. Consultas médicas en HPMI (2016 a octubre 2017) | Atención médica HPMI (consultas médicas en los servicios de neurología, otorrinolaringología, fonoaudiología) | |
| 6. Persistencia de dificultades en el habla de Agustina y Valentina (fines 2017-principios de 2018) | | Consulta médico campesino. Diagnóstico de <i>susto</i> y prescripción de tratamiento | |
| 7. Percepción de mejoras en el habla de Agustina y Valentina | | | |

CUADRO H. Instancias del caso de Adriana, Agustina y Valentina (Finca 2).

Anexo 8

Líneas de tiempo que indican las alternativas terapéuticas en el desarrollo de cada caso de enfermedad



LÍNEA DE TIEMPO A. Caso de Ana y Sofia (Pueblo).



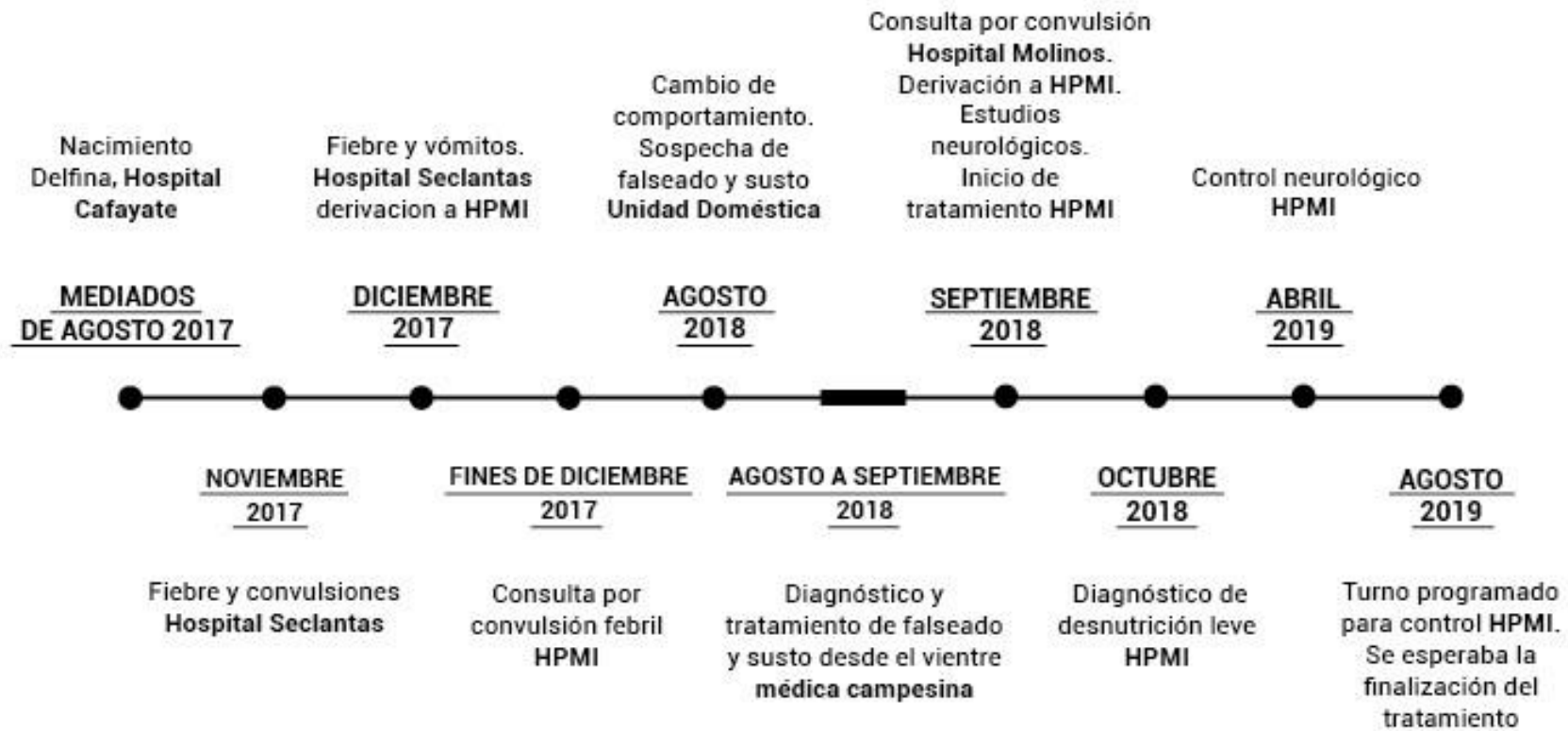
LÍNEA DE TIEMPO B. Caso de María y Lucas (Pueblo)



LÍNEA DE TIEMPO C. Caso de Micaela y Ema (Finca 1).



LÍNEA DE TIEMPO D. Caso de Carolina y Agustín (Finca 1).



LÍNEA DE TIEMPO E. Caso de Andrea y Delfina (Finca 1).



LÍNEA DE TIEMPO F. Caso de Verónica, Catalina y Milagros (Finca 1).



LÍNEA DE TIEMPO G. Caso de Florencia y Martina (Finca 2).



LÍNEA DE TIEMPO H. Caso de Adriana, Agustina y Valentina (Finca 2).