

"Hacer crecer la cría"

Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta

Autor:

Leavy, María Pía

Tutor:

Szulc, Andrea

2017

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología.

Posgrado



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS**

TESIS DE DOCTORADO CON MENCIÓN EN ANTROPOLOGIA SOCIAL

“Hacer crecer la cría”

**Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en contextos rurales
del departamento de Orán, Salta.**



Autora: María Pía Leavy
DNI. 31702755

Directora y consejera: Dra. Andrea Paola Szulc
Co-Directora: Dra. Adelaida Colangelo
Diciembre 2017

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| AGRADECIMIENTOS..... | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| I. Itinerarios conceptuales..... | 10 |
| I.a. Estudios de Infancia. | 11 |
| I.b. Gubernamentalidad y más allá. | 14 |
| I.c. Apuntes sobre alteridad. | 17 |
| I.d. Estudios de Cuidado. | 19 |
| I.e. Procesos de salud-enfermedad-atención. | 25 |
| II. El cuidado como categoría analítica para pensar la infancia. | 29 |
| III. Estructura de la tesis..... | 32 |
| | |
| CAPÍTULO 1 | |
| Estrategias Metodológicas..... | 34 |
| 1.1.Consideraciones metodológicas..... | 34 |
| 1.2. La construcción del campo. | 35 |
| 1.3. Estrategia teórico-metodológica. | 40 |
| 1.3.1. Precisiones metodológicas. | 40 |
| 1.4. Entre lo rural y lo urbano: la <i>interfase periurbana</i> | 42 |
| 1.5. Entre lo público y lo privado: la <i>familia</i> y la <i>unidad doméstica</i> | 43 |
| 1.6. Precisiones metodológicas. | 45 |
| 1.6.1. Técnicas de investigación cualitativa. | 46 |
| 1.6.1.1. Observación Participante. | 46 |
| 1.6.1.2. Entrevistas. | 48 |
| 1.6.1.3. Método biográfico. | 49 |
| 1.6.1.4. Grupos de discusión. | 49 |
| 1.6.1.5. Fotografía. | 51 |
| 1.6.1.6. Técnicas de documentación. | 52 |
| 1.6.2. Técnicas de investigación cuantitativa. | 53 |
| 1.7. Caracterización del área de investigación. | 54 |
| 1.7.1. Selección de casos. | 56 |
| 1.7.1.1. Sector I: “El 26”..... | 57 |
| 1.7.1.2. Sector II: “Fortaleza”. | 58 |
| 1.7.1.3. Sector III: Comunidad Ava-guaraní “Arcoiris” | 58 |
| 1.8. Un panorama sobre las formas de cuidado en el ámbito rural. | 59 |
| | |
| CAPITULO 2 | |
| Ambientes de cuidado..... | 61 |
| 2.1. El exotismo ambiental. | 63 |
| 2.1.1. Breve historia de las tierras de Orán. | 67 |
| 2.1.3. De la <i>Tierra sin Mal</i> a la ciudad. | 70 |
| 2.2. El rincón “verde” del NOA. | 74 |
| 2.2.1. Políticas gubernamentales en torno a territorio indígena. | 79 |

| | |
|---|----|
| 2.2.2. El barrio Fortaleza: la <i>envidia</i> de Pichanal. | 81 |
| 2.2.3. El paraje 26 y los finqueros. | 85 |
| 2.2.4. Los Guaraníes de Arcoiris..... | 89 |
| 2.3. Comentarios Finales. | 94 |

CAPÍTULO 3

| | |
|--|-----------|
| El trabajo de hacer crecer la cría..... | 98 |
| 3.1. La conciliación trabajo y familia. | 99 |
| La informalidad como realidad instituyente. | 103 |
| 3.2. Familias extensas criollas. | 103 |
| 3.2.1. La vida en Rosa. | 106 |
| 3.2.2. “ <i>Me quedé aquí haciendo de madre</i> ”. | 108 |
| 3.2.3. “ <i>Yo puedo cuidar de todos</i> ”. | 111 |
| 3.2.4. Familias extensas ava-guaraníes. | 113 |
| 3.2.5. Tensiones intrafamiliares. | 118 |
| 3.3. Madres “golondrinas”. | 121 |
| 3.3.1. Cuidar de una niña..... | 126 |
| 3.4. Madres “solos”. | 128 |
| 3.5. Cuidado cotidiano por fuera del ámbito familiar. | 131 |
| 3.5.1. La escuela pública. | 131 |
| 3.5.1.1. Yendo a la escolita rural. | 132 |
| 3.5.2. La escolita policial infantil. | 135 |
| 3.5.3. Escolitas pentecostales. | 141 |
| 3.6. A modo de cierre: El diamante rural de cuidados de Orán. | 143 |

CAPÍTULO 4

| | |
|---|------------|
| El cuidado infantil en el proceso salud/enfermedad/atención..... | 148 |
| 4.1. La Atención Primaria Salteña..... | 149 |
| 4.1.2. El “ <i>establecimiento base</i> ”. | 152 |
| 4.2. Los niños primero..... | 157 |
| 4.3. La atención sanitaria en terreno: la focalización en “los riesgos”. | 159 |
| 4.3.1. Aprendiendo a “palotear”. | 163 |
| 4.3.2. Las “hormiguitas” de la salud. | 166 |
| 4.4. Alteridades en riesgo en el <i>control del niño sano</i> | 169 |
| 4.4.1. Maternidades peligrosas. | 174 |
| 4.5. El cuidado infantil desde las perspectivas de los pacientes..... | 176 |
| 4.5.1. Perspectivas infantiles. | 177 |
| 4.5.2. Experiencias y perspectivas de las madres. | 179 |
| 4.5.2.1. Parir en el <i>establecimiento base</i> | 182 |
| 4.5.3. Formas de mirar: Entre APS y el tipoy. | 185 |
| 4.5.4. Formas de cuidar. Entre el apromesamiento y el rutichucuy. | 189 |
| 4.6. Líneas de fuga. Entre el paico y la amoxicilina. | 193 |
| 4.7. A modo de cierre..... | 196 |

CAPÍTULO 5

| | |
|---|------------|
| Tensiones en torno a la (des)nutrición..... | 200 |
| 5.1. Pasos para una comprensión de la (des)nutrición..... | 201 |
| 5.1.1. Definiciones médicas | 201 |
| 5.1.2. La desigualdad nutricional el contexto argentino. | 203 |
| 5.2. El <i>drama</i> de la desnutrición salteña. | 205 |
| 5.3. La <i>lucha contra la desnutrición</i> | 208 |
| 5.3.1. La definición de los destinatarios. | 208 |
| 5.3.2. La entrega de <i>bolsones</i> | 210 |
| 5.3.3. Las “ <i>estrellitas</i> ” del sector. | 212 |
| 5.3.4. La perspectiva de los destinatarios. | 215 |
| 5.3.5. Nuevos convenios, viejas prácticas. | 219 |
| 5.3.5.1. Observaciones en el universo CONIN. | 221 |
| 5.3.6. Ampliando el “ <i>canal de normalidad</i> ” | 225 |
| 5.4. En busca de la nutrición. | 231 |
| 5.4.1. El mercado rural de alimentos. | 232 |
| 5.4.2. La distribución del “riesgo déficit nutricional” en los contextos rurales..... | 234 |
| 5.4.3. Déficit nutricional, ¿sólo un problema indígena? | 240 |
| 5.4.4. Luchas en torno a la (des)nutrición. | 246 |
| 5.4.5. En torno a la “ayuda” alimentaria. | 248 |
| 5.6. Conclusiones. | 252 |
| CONCLUSIONES..... | 255 |
| BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 266 |
| ANEXO METODOLÓGICO..... | 300 |

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Buenos Aires, pública y gratuita, gracias a la cual pude realizar mis estudios de grado y posgrado.

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, que, a través de su política de becas, hizo posible la investigación que se presenta en esta tesis y espero siga posibilitando muchas otras.

Merecen un agradecimiento especial las personas de Orán y Pichanal de la provincia de Salta que me recibieron con calidez y compartieron sus experiencias y perspectivas conmigo. Especialmente a Beatriz, Soledad, Gabriel, Teresa, Natanael, Silvia, Marcelino, Panchita, Gregoria, Mónica, Sandro y Alejandra.

Agradezco profundamente a las y los agentes sanitarias del Programa de Atención Primaria de la Salud de la provincia de Salta que me permitieron acompañarlos en sus visitas domiciliarias.

A mi directora Andrea Szulc, por iniciarme en el camino de la investigación antropológica y por su generosa e incansable orientación durante todo el proceso de doctorado. También a mi co-directora Adelaida Colangelo, por la mirada atenta y los sugerentes comentarios. Gracias a ambas por leerme y corregirme con tanta dedicación y paciencia en este arduo proceso.

A mis compañera/os del equipo de “Niñez, alteridad y ciudadanía” de la Facultad de Filosofía y Letras: Paula, Melina, Laura, Ana Carolina, Celeste, Eugenia, Santiago, Mariana, Noelia y también Andrea y Adelaida. Muy especialmente a Silvia Guemureman por su mirada atenta sobre mi uso de las técnicas cuantitativas. Gracias por las sugerentes discusiones y el excelente clima de trabajo.

A mi co-directora de beca, Andrea Mastrángelo y las compañeras “sateras” Paula Tagliabue, Celeste Rosso, Laura Frasco Zuker y Paula Lucero por los aportes y debates en torno a la salud, el ambiente y el trabajo en ámbitos rurales.

A los integrantes del Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales de la Universidad Nacional de Salta y a la Fundación Mundo Sano por los debates y el financiamiento durante las primeras estadias de campo. Especialmente a Marisa Juárez y a Nadia González por compartirme sus perspectivas y abrirme las puertas de sus casas.

A Matías Rodríguez García, Hernán Masciotti, Joaquín Vázquez por su apertura y disponibilidad. Especialmente a Catalina Rojas por la calidez y el intercambio de ideas.

A la Mili y la Mechi Carón por hacerme sentir “como en casa” en la ciudad de Salta.

A las y los compañera/os del Instituto de Ciencias Antropológicas: Agustina Gracia, Alejandro Otamendi, Diego Zenobi, Brenda Canelo y Mumi Morey por los consejos, las sugerencias y el acompañamiento durante el proceso de escritura de la tesis. En especial a Bárbara Martínez por las lecturas atentas y las sugerencias bibliográficas.

A Natalia Carmen Casielles y Juan Gabriel Miño por darle un nuevo canal de difusión a esta – y otras- investigaciones, porque seguiremos diciendo que ningún pibe nace cheto, ni chorro.

A la red de mujeres bellas y fuertes que me sostiene y comprende cotidianamente: Viole, Euge, Cata, Rosa, Marti, Lou, Shei, Sofi, Ceci, Sole y Evi. La vida no sería la misma sin ustedes.

A mis padres Adriana y Patricio y mis hermanas Majo y Mecha por la infinidad de cuidados que me brindaron a lo largo de mi vida para que hoy pueda estar entregando una tesis de doctorado. Gracias por estar siempre y gracias a Ines, Estani y Libertad por tanto amor.

Y especialmente gracias a mi compañero de vida, Horacio, por ser incondicional a pesar de estas páginas, por hacerme feliz, abrirme a otros mundos y por cuidarme como nadie.

I. Introducción

En los últimos años, los estudios sobre cuidado infantil han adquirido un novedoso dinamismo en el campo de las ciencias sociales y humanas. Con gran influencia de la teoría y la práctica feminista, estos análisis coinciden en un argumento central: que “el cuidado” constituye un fenómeno social y que no puede ser estudiado sin trascender el acto de cuidar (Zibecchi, 2013). En este sentido, los nuevos enfoques han analizado la distribución social del cuidado infantil y proponen analizarla en el cruce de las relaciones entre el Estado, la familia, el mercado y las organizaciones comunitarias (Faur, 2014; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016). De este modo, las condiciones laborales de los adultos de la familia, y sobre todo de las madres y las políticas sociales hacia la infancia, constituyen aspectos centrales para comprender cómo se resuelven las demandas de cuidado de los¹ más pequeños. Estos trabajos constituyen un aporte valioso para visualizar la desigualdad de clase y de género que sostiene la organización del cuidado y los significados culturales en torno a la maternidad y la familia que habilitan su naturalización en el contexto argentino.

No obstante, los estudios mencionados han acotado sus análisis a los ámbitos urbanos, dejando de lado las modalidades que adquiere la organización del cuidado infantil en contextos rurales. Por otro lado, la infancia es abordada como mero grupo de edad, cuya especificidad sólo remite a la vulnerabilidad inmunológica que demanda cuidados especiales durante los primeros años de vida². En este sentido, no se consideran los aspectos culturales ligados a la construcción social de la infancia, ni los procesos de formación de alteridad social en relación a dicha etapa del ciclo vital.

La presente tesis propone analizar el cuidado infantil desde una perspectiva antropológica, que dé cuenta de la construcción social de la infancia y de la alteridad, en contextos rurales del departamento de Orán, Salta. Dicha provincia, resulta un escenario privilegiado, no sólo por la diversidad étnica que presenta su población (Hirsch, 2004;

¹ Por razones de corrección lingüística y de economía expresiva, en el texto nos referiremos a los colectivos mixtos a través del género gramatical masculino, sin intención discriminatoria alguna.

² El hecho de que la especie humana tenga crías que nacen a los nueve meses luego de la fecundación, ubica a la misma como la “prole más frágil y dependiente de todos los mamíferos” (Hernando, 2008, p.66). Entre la concepción y los primeros cinco años de vida se forma del 85 al 90% de las funciones del sistema nervioso central. La perspectiva biomédica y epidemiológica plantea que en este período el sistema inmunológico del niño madura más rápidamente, y al mismo tiempo se halla en un estado de mayor vulnerabilidad frente a los agentes causantes de enfermedades infecciosas (Calvo et.al., 2009).

Buliubasich y Rodriguez, 2011), sino porque además en los últimos años ha ubicado a la infancia como una *cuestión de estado* e incluso ha creado el primer Ministerio de Primera Infancia del país. Así pues, en el contexto salteño, la emergencia de casos fatales de niños indígenas por déficits nutricionales a principios de 2011, generó la implementación de acciones sanitarias focalizadas sobre la población materno-infantil, a través Programa de Atención Primaria de la Salud (en adelante PROAPS). Desde los organismos oficiales, se comprendieron a los déficits nutricionales como el resultado del “cuidado inadecuado” de las familias y las madres indígenas (*Clarín*, 4 de febrero de 2011; *BBC*, 18 de febrero de 2011). En relación a dichos “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2007; 2015), las acciones para combatir la desnutrición, se focalizaron sobre la población materno-infantil –en los cuerpos de niños más precisamente- de las comunidades indígenas. El objetivo de ellas estaba en restituir el “cuidado adecuado” a los niños más vulnerables de la provincia, a través de asistencia sanitaria y nutricional. En este marco de políticas de emergencia de “rescate” de la infancia indígena, surgieron diversos interrogantes: ¿Qué comprendían las políticas del PROAPS por “cuidado infantil”?, ¿Qué entendían por “cuidar” a los niños los cuidadores de familias indígenas?, por otro lado, ¿la desnutrición era sólo un problema de las comunidades indígenas?, ¿Las familias criollas eran mejores cuidadoras que las familias indígenas?, ¿Cómo se definía el “buen cuidado infantil”, ¿Quiénes lo definían?

Estos interrogantes guiaron la investigación etnográfica realizada en contextos rurales del departamento de Orán, en el período 2010-2015, con el objetivo general analizar desde la perspectiva antropológica las prácticas ligadas al cuidado y la nutrición infantil, identificando discursos y saberes en torno a la niñez³, la alteridad y la salud.

³ Los términos niñez e infancia se utilizarán como sinónimos.



Provincia de Salta (Fuente: Google Maps, 2/10/2017).

Los sectores rurales del departamento se ubican a pocos kilómetros de Bolivia, en una zona de fronteras geográficas, jurisdiccionales y étnicas (Jerez y Rabey, 2006; Hirsch, 2000) donde se inserta un polo agrícola económico en el cual convive el complejo agro-industrial de San Martín de Tabacal, junto con fincas de producción de hortalizas de primicia, que demandan mano de obra estacional. A pesar de la integración de diversos frentes productivos, la población de Orán presentaba críticos indicadores sociales⁴ y más del 30% de los hogares no poseían agua potable, ni estaban conectados a cloacas (INDEC, 2010). La población de los espacios rurales del contexto de Orán, presentaba una amplia heterogeneidad étnica: familias kollas, wichís y ava-guaraníes principalmente, junto con familias criollas, de origen boliviano y argentino. Todas ellas pertenecían a sectores sociales subalternos⁵, con bajo nivel educativo –en su mayoría primario incompleto–, en condiciones laborales y habitacionales inestables.

En este escenario de fronteras y diversidad étnica, la investigación etnográfica se focalizó en el registro y análisis de los modos en que las familias criollas –argentinas y

⁴ Según el INDEC (2010) el 30,9 de la población de Orán presenta Necesidades Básicas Insatisfechas, superando la media provincial (14,9%) y la media nacional (9%).

⁵ Existe un amplio espectro de discusiones en torno a la noción de clase social, sectores populares y/o pobres (Vitola, 2016). En esta tesis no abordaremos estos debates y nos referiremos como subalternas a las poblaciones de los sectores rurales, que desde las políticas públicas se definen como “vulnerables” por la precariedad de sus condiciones de vida. Entendemos la noción de subalterno como “una denominación del atributo general de subordinación a la sociedad, que se expresa en términos de clase, género, edad, etnia o cualquier otra forma” (Guha, 1997,p.4).

bolivianas- e indígenas –kollas y ava-guaraníes principalmente- cuidaban y alimentaban a sus hijos. En estos contextos de informalidad instituyente (Gago, 2014), donde las condiciones laborales se caracterizaban por ser irregulares, las familias y más precisamente las madres, generaban diversas estrategias para gestionar los modos de cuidar a los niños durante los primeros años de vida. En esa franja etaria (primeros dos años, o de 0 a 2 años) las políticas focalizadas hacia la infancia provenían del PROAPS. Por eso mismo, la investigación etnográfica se centró en el ámbito sanitario y no en el espacio escolar, adonde los niños asisten recién a partir de los cuatro años.

La mirada etnográfica sobre las estrategias que las familias despliegan para “hacer crecer la cría” en contextos rurales, evidencia su relación con la desigual distribución de tierras, las condiciones laborales y las desigualdades de género. En este sentido, el análisis se guía en torno a una contextualización de las experiencias de infancia, a partir del estudio de los procesos históricos sociales y políticos que definen las actuales condiciones de vida de los niños comprendidos como “vulnerables”. La perspectiva etnográfica sobre las prácticas y los discursos en torno al cuidado, brinda una vía de acceso privilegiada para explorar los procesos de construcción de la niñez en diferentes situaciones y contextos, en tanto ilumina de manera particular las relaciones intra e intergeneracionales y la diversidad de sentidos que adquieren la alteridad, el bienestar, la salud y la enfermedad.

Para comprender con exactitud el problema teórico-metodológico que aborda la presente tesis, resulta necesario realizar un recorrido por los principales conceptos teóricos que permiten plantear la discusión.

I. Itinerarios Conceptuales.

El tema abordado en la presente tesis, surge principalmente –pero no exclusivamente- del diálogo entre las discusiones del campo de la antropología sobre la construcción social de la infancia y de los estudios feministas sobre el cuidado. En vistas de sistematizar las lecturas que contribuyeron a las preguntas de investigación, organizamos los antecedentes teóricos en torno a cinco ejes: infancia, gubernamentalidad, alteridad, cuidado y proceso de salud/enfermedad/atención.

No se presenta aquí un estudio exhaustivo sobre las producciones antropológicas de cada eje mencionado, sino más bien un recorrido a través de diversos campos disciplinarios, que comparten el objetivo de problematizar las concepciones hegemónicas sobre infancia,

cuidado, salud y alteridad, para sentar así las bases del análisis. Por problematizar, entendemos la acción de reemplazar acciones simplistas y unilaterales, que presentan hechos del mundo social como datos inmediatos de la realidad, por una “representación compleja y múltiple, fundada en la expresión de las mismas realidades en discursos diferentes, a veces inconciliables” (Bourdieu, 1999, p.9). En este sentido, la problematización no refiere a la representación de un objeto preexistente, sino a “un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas que hacen entrar algo en el juego de lo verdadero y lo falso y lo constituye en objeto de pensamiento” (Foucault, 1994, pps.669-670).

En vistas de continuar el camino de la problematización, resulta fundamental aclarar que por hegemónico entendemos la operación “de asumir un particular como un universal” (Laclau, 1998, p. 92). Asimismo, entendemos que los procesos de construcción de hegemonía, no son impuestos a través de una cosmovisión cerrada y sistemática, sino más bien constituyen un cuerpo de prácticas y significados continuamente renovado, recreado y defendido, resistido y desafiado, modificado (Williams, 1997). De este modo, la infancia constituye un espacio heterogéneo donde habitan aspectos paradójicos junto con “intersticios de diversidad y cambio tanto en las prácticas como en las representaciones sociales” (Szulc, 2015, p.16). Ello implicará prestar especial atención al modo en que las concepciones que orientan las políticas gubernamentales, las prácticas y las experiencias hegemónicas de crianza y cuidado se objetivan en diversas prácticas y discursos en ámbitos domésticos, comunitarios y estatales, junto con los diversos “usos” (De Certeau, 2000) y reinterpretaciones que realizan los actores sociales de las imágenes que reciben.

Hechas estas aclaraciones, iniciamos el itinerario conceptual recuperando los antecedentes de las ciencias sociales y humanas sobre infancia, gubernamentalidad, alteridad, cuidado y salud.

I.a. Estudios de la infancia

Diversos estudios del campo de la historia (Ariès, 1987), la filosofía (Elías, 1993), la educación (Carli, 2006), la sociología (Jenks, 1996; James y Prout, 1998; Macri y Guemureman, 2013) y la antropología (Mead, 1930; Weisner y Gallimore, 1977; Schepher Hughes, 1992; Schepher Hughes y Sargent, 1998; Cohn, 2005; Hecht, 2004; Enriz, 2008; Colangelo, 2004, 2006, 2008, 2012; Szulc, 2006; 2008; 2014; 2015) han remarcado que la infancia es una categoría social e histórica. Entender a la infancia como construcción

histórica, implica analizar “cómo las prácticas socioculturales –discursos, acciones o instituciones- posibilitan y circunscriben determinados tipos de experiencia durante la infancia” (Rabello de Castro, 2011, p. 22). Así pues, a medida que se fue consolidando en Europa el modelo de familia burguesa en el siglo XVII, comienzan a extenderse las nociones de inocencia y vulnerabilidad infantil, junto con la práctica de “mimar” a los niños y el progresivo interés en su formación moral y su desarrollo que se institucionaliza en las escuelas (Ariès, 1987). La familia nuclear (Jelín, 1984), junto con las *nurseries*, las escuelas y las clínicas serían las instituciones que delimitan las “fronteras discursivas de la infancia” ya que definen los espacios apropiados para el crecimiento y el desarrollo de los más pequeños (Jenks, 1996; Rabello de Castro, 2001). Cabe destacar que en este proceso, la medicina, de la mano de la pediatría y la puericultura por un lado, y la psicología, con la pedagogía y la psicología evolutiva por otro, se han constituido como las “únicas voces legítimas” para dictaminar aquello que es esperable o no de una conducta infantil para la concreción de una vida socialmente aceptada (James y Prout, 1998). Al respecto, Jenks (1996) argumenta que la psicología evolutiva propuso un sistema de racionalidad científica particular como si fuera natural y universal, estableciendo etapas de desarrollo que forman “patrones de un sistema de ideología de la normalidad”, en la que se combina una idea de temporalidad lineal a lo largo de la cual el niño inevitablemente debe cambiar. Así pues, ubicado en la base de los procesos evolutivos, el niño debe seguir una “lógica del desarrollo” que racionaliza y estandariza las etapas que lo llevan a constituirse como “un ser racional, autónomo y socializado” (Rabello de Castro, 2011, p.42). La visión unificadora y totalizadora que se pretende sobre la infancia, implica una determinada concepción del desarrollo humano, que se instituye como un “proyecto social, cultural y político que debe ser fundamentado por científicos” (Rabello de Castro, 2001, p. 47). La psicología, y más específicamente la psicología del desarrollo, se erigen en torno al abordaje del “niño normal” que se fundamenta en “la posibilidad de reducir las idiosincrasias individuales a determinados denominadores comunes, considerados criterios o normas características de la edad” (ídem).

En esta línea de análisis, Colangelo (2008) sostiene que el “crecimiento” y “desarrollo” no sólo se ponen en juego en el ámbito de la medicina y la psicología, sino que constituyen las dos grandes metáforas a partir de las cuales las sociedades modernas han comprendido y explicado la niñez. Por su parte, Remorini (2013) advierte que a pesar de las contribuciones del campo de la sociología y la antropología sobre la infancia, “el crecimiento y el desarrollo continúan siendo parámetros de normalidad desde la perspectiva pediátrica,

que hablan sobre el carácter universal con que es construida la infancia” (2013, p. 817). Cabe destacar que en esta imagen universal de la infancia abonada por la pediatría, la madre emerge como el núcleo de todos los afectos y como la principal responsable del cuidado y la crianza de los más pequeños (Jenks, 1996; Colangelo, 2006, 2009^a, 2009b, 2012). La idea de cuidado implicada en la crianza define la relación entre adultos (cuidadores) y niño (objeto de cuidados) como fundada en un principio de altruismo: se trata de acciones que no son monetarias sino moralmente valoradas (Vianna, 2000). La “crianza correcta”, supone una definición de las formas socialmente adecuadas de cuidar un niño, “preponderadamente en el ámbito privado, ligadas a la idea de normalidad, y por contraste, de aquellas que no lo son” (Colangelo, 2006, p.11).

En el campo de disputas en torno a “ser niño”, el Estado cumple un rol protagónico gracias al “doble carácter de la infancia” dado por la individualización de su cuerpo que propone la ciencia médica y su lugar dentro de una “futura masa poblacional”⁶ (Colangelo, 2004, p. 8). La idea de “crianza correcta”, que constituye el eje del discurso médico, puede ser considerada una noción política, ya que del modo en que sea moldeada esa “masa blanda” que es el niño, depende que *a posteriori* el Estado cuente con ciudadanos sanos y fuertes (Colangelo, 2004). En este sentido, niños y niñas constituyen el “capital humano de la nación” que debe ser guiado hacia la adultez a través de políticas públicas (ídem).

Resulta asimismo de interés, el amplio espectro de estudios que analizan cómo las políticas públicas que “guían el tránsito hacia la adultez” cobran un matiz particular a partir de la institucionalización del paradigma de Derechos del Niño en el contexto latinoamericano y argentino (Vianna, 2000; Grinberg, 2008; Fonseca y Schuch, 2009; Lugones, 2009; Santillán, 2009; Villalta, 2010; Llobet, 2011, 2013; Magistris, 2014; Barna, 2012). Estos trabajos advierten que, con el argumento de garantizar “el interés superior del niño”, las acciones estatales reproducen moralidades en torno a las relaciones familiares esperables que se traducen en prescripciones sobre modos adecuados de crianza (Villalta, 2010), maternidad y paternidad (Barna, 2012). Desde una labor etnográfica con niños en contextos de pobreza, Magistris (2014) identifica las tensiones entre la imagen de “niño universal” y las

⁶ Rabello de Castro (2011) relaciona los procesos sociales asociados a la modernidad occidental con la emergencia de este modelo de infancia, concluyendo que la misma constituye el “lugar de la intervención del Estado moderno para la consolidación de un modelo de sociedad particular”. Los niños son “el lugar donde se afirma el proyecto de sociedad a través de políticas propedeúicas: las prácticas compulsivas de educación, las prácticas socioculturales de la intervención de especialistas que actúan en el control de los desvíos relativos al curso estandarizado del desarrollo” (2011, p. 43).

características particulares de los niños y niñas pobres que son denominados “en riesgo” (ibidem, p.6). En un contexto similar, Santillán (2009) señala la producción de la “responsabilidad paterna” por parte de las instituciones escolares y programas sociales, que se articula con un modelo de infancia hegemónico. Si bien este último trabajo no refiere específicamente a la retórica de los derechos de la infancia, analiza –como el resto de los trabajos recuperados- la focalización sobre la primera infancia como una tecnología propia de la gubernamentalidad neoliberal (Gordon, 1991; Rose, 2003). El análisis etnográfico de la acción administrativa estatal sobre la infancia, implica atender a los supuestos, racionalizaciones y los esquemas interpretativos sobre los que se asientan las prácticas concretas, las rutinas institucionales y las categorías que han sido construidas sobre ellas.

I.b. Gubernamentalidad y más allá.

Cuando hablamos de gubernamentalidad, nos referimos a las discusiones iniciadas por Foucault ([1976]2012) con su estudio del poder⁷ y las formas jurídicas, que aportaron valiosas herramientas analíticas para pensar al Estado como un producto histórico, que a partir del siglo XVIII configura determinadas tecnologías y racionalidades de gobierno que se emplean para gobernar las conductas de los sujetos. El estudio de la “mentalidad de gobierno – *gouvernementalité*– se define como el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de uno” (Fassin, 2004, p. 285). La *biopolítica* de las poblaciones, está constituida entonces por una forma de poder –*biopoder*– que “se ejerce sobre todos las formas de vida [...] y los fenómenos masivos de la población” (Foucault, [1976]2012, p.130) a través de una serie de aparatos específicos de gobierno (institución judicial, médica, administrativa) y de saberes (como el médico) que organizan mecanismos reguladores, vueltos aceptables y legítimos por medio de la producción legislativo-jurídica. Gobernar implica “estructurar el posible campo de acción de otros” a través de dispositivos⁸ que no necesariamente se hallan atados al Estado-Nación pero que articulan una compleja red de

⁷ Foucault propone una noción del poder como algo que “se ejerce a partir de innumerables puntos (...) viene de abajo. Pero precisamente porque ni habla ni ve, hace ver y hablar” (Deleuze, 1987 en Escolar, 2012, p.25). El poder es entendido entonces como una relación que puede ser instrumentalizada, y con una capacidad positiva, “que *atraviesa* las cosas, las produce, suscita placeres, formas, saberes, produce discursos” (Foucault, [1976]1989 en Escolar, 2011, p.25).

⁸ Por dispositivo debe entenderse “la red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, proposiciones científicas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos” (Foucault, 1985 en Lorenzetti, 2010, p. 6). En este sentido, por dispositivo debe entenderse una “especie de formación”, esto es una “red que puede establecerse entre estos elementos” (Foucault, 1985, pps.128-129).

relaciones saber/poder situados históricamente (Foucault, 1985). De este modo, el Estado no se observa como un objeto monolítico y constituido de antemano, sino como el resultado inestable de una multiplicidad de prácticas históricas que deben ser estudiadas en su singularidad y, por eso mismo, habilitan su estudio desde una perspectiva etnográfica.

Desde este marco de estudios, Rose (2003) sostiene que la racionalidad política propia de los gobiernos neoliberales, pone en marcha una *ethopolítica* que constituye el conjunto de “técnicas de conducción de la conducta -técnicas del yo- mediante las cuales los seres humanos pueden actuar sobre sí mismos, para hacerse mejores de lo que son” (Rose, 2003:27). Dicha racionalidad promueve una serie de ideales regulatorios articulados con complejas tecnologías para la guía de la conducta, que se sustentan en una determinada concepción de sujeto. La misma se estructura en torno a la autonomía, la capacidad de elección, la libertad, la identidad y la eficiencia, entendiendo que “la persona es un agente activo, deseoso de ejercer una responsabilidad informada, autónoma y secular sobre su destino” (Ibidem, p.28). En esta línea, Edwald (1991) afirma que los riesgos se definen como “tecnologías de subjetivación”, que producen un tipo de sujeto que debe prevenir y planificar su futuro, que debe ahorrar y que se protege a sí mismo en la medida que se protege frente a ciertas eventualidades. “Es el sujeto que calcula, que evalúa acontecimientos, que cuida de sí mismo y de los otros (familia, hijos) que no deja su futuro en manos del destino, sino que lo toma bajo su control” (Edwald, 1991, p.204). Desde esta perspectiva, se entiende que los niños también deben ser fruto de la planificación de los padres, que a su vez son los máximos responsables –o en su defecto, culpables- del “correcto” crecimiento y desarrollo, resultante del cuidado “adecuado”. La responsabilidad emerge como un aspecto central de las acciones estatales hacia la infancia, que junto con la autonomía y el riesgo, son entendidas como *tecnologías de subjetivación/gobierno* de las intervenciones sociales de los gobiernos neoliberales.

En esta línea, recuperamos el trabajo de Gago (2014) que propone pensar la gubernamentalidad neoliberal no como una doctrina homogénea y compacta, que se implementa “desde arriba”, sino como una compleja tecnología de gobierno, que opera en múltiples niveles, articulando diversos saberes y formas de hacer de manera desigual. En su análisis sobre las ferias y los talleres textiles de migrantes bolivianos en Argentina, Gago argumenta que existe un “neoliberalismo desde abajo”, donde las formas comunitarias, se articulan con prácticas de resolución de la vida, emprendedurismo a través de redes informales y negociación de derechos que se valen de esa misma vitalidad, que promueve el

cálculo, la ganancia y la productividad. Este trabajo resulta sumamente interesante para comprender cómo las tecnologías neoliberales no sólo son impuestas desde una órbita gubernamental, sino que las personas en contextos de profunda desigualdad social se apropian de determinadas formas de trabajo y productividad y las reproducen articulando saberes comunitarios e indígenas.

Por su parte, Fassin (2016) señala que los estudios de gubernamentalidad neoliberal, han evitado hablar de la cuestión de los valores y de los significados que dan sentido a la conducta humana. Este autor argumenta que es necesario analizar la dimensión moral de las políticas contemporáneas, pues son los sentimientos morales los que nutren los discursos y legitiman ciertas prácticas. Son estos sentimientos los que “nos conducen sobre el malestar de los otros y nos hacen querer corregirlo, especialmente cuando estos se dirigen a los desposeídos y a los dominados” (2016, p.11). El autor entiende las técnicas y procedimientos que llevan al “gobierno de los otros” como parte de un “gobierno humanitario” que “administra, regula y favorece la existencia de seres humanos” (ídem). El gobierno es entendido en un sentido amplio, en tanto excede a la intervención estatal, incluyendo organismos internacionales, colectividades, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación e instituciones de gobierno que procuran colaborar con la finalidad de “gobernar a los otros” por medio del lenguaje de lo humanitario “que relaciona valores y afectos y que sirven tanto para justificar como para definir el gobierno de los hombres” (ibídem, p.12).

La propuesta teórica de Fassin (2016, 2012, 2009, 2004) resulta valiosa porque permite considerar el diverso y potente conjunto de sentimientos, moralidades, afectos y discursos que se despliegan en las acciones hacia la infancia. Con el objetivo de operativizar estas cuestiones, el autor introduce la categoría de *biolegitimidad* (Fassin, 2004) y reintroduce el concepto de *economía moral* de Thompson ([1963]1968). La noción de *biolegitimidad* refiere a un orden moral en el cual el plano de lo biológico, representado por el cuerpo sufriente, constituye la única fuente de legitimidad para ser destinatario de la política social. Por su parte, el concepto de *economía moral* permite pensar las disputas morales en las relaciones de dominación y los contextos morales que encuadran los procesos de subjetivación y las negociaciones de los actores sociales en torno a las normas que regulan la vida social (Fassin, 2009, p.1239). La propuesta consiste en analizar el poder de la vida *en* las economías morales contemporáneas, más que el poder *sobre* la vida (Fassin, 2012). En este sentido, las sociedades están menos caracterizadas por la emergencia del biopoder, que por la

imposición de la biolegitimidad, que implica entender la vida como el valor más elevado. El autor sostiene que “las biopolíticas no son únicamente políticas de la población, sino de la vida en sí misma y más específicamente sobre las desigualdades” (Fassin, 2012, p.49). Se trata entonces, no sólo de *hacer vivir* y normalizar vidas, sino de decidir el tipo de vida que la gente debe o no vivir. O más bien, qué tipo de vida se espera, se desea que se viva y cuál no. Por otro lado, los sentimientos morales apuntan principalmente a los individuos “más pobres, más desdichados, más vulnerables” como los niños y niñas que forman parte de nuestro contexto de investigación. Las acciones hacia estas poblaciones, configuran una “política de la compasión, que es una política de la desigualdad, que despierta una serie de tensiones entre solidaridad y desigualdad, a partir de una compasión que no tiene reciprocidad posible” (Fassin, 2016, p.11). Todo este andamiaje conceptual aporta herramientas para pensar la dimensión afectiva del gobierno de la infancia y también cómo la variable etaria influye en la noción de biolegitimidad. Mientras los adultos de poblaciones vulnerables que sufren padecimientos suelen ser estigmatizados, los niños emergen como víctimas inocentes que merecen ser atendidas y salvadas. Ahora bien, en línea con las ideas de Fassin (2012, 2016), consideramos que un análisis sobre los sentimientos y moralidades que emanan a partir del abordaje de la infancia de *los desposeídos y dominados* en el contexto salteño, debe necesariamente ser articulado con una mirada crítica de la diversidad étnica y el género.

I.c. Apuntes sobre alteridad.

Para entender el rol preponderante que posee la diversidad étnica y racial en nuestro contexto de estudio, recuperamos trabajos del paradigma post-colonial (Spivak, 2009; Quijano, 2000; Segato, 2014). Dicha línea de estudios, surge –como los anteriores– del diálogo y la crítica hacia los estudios de gubernamentalidad neoliberal. En este sentido, Spivak (2009) ha señalado que los mismos piensan las relaciones entre deseo, poder y subjetividad de forma “ligeramente desincronizada: dando la espalda a la familia y al colonialismo” (2009, p. 51). Si la naturalización de la familia nuclear constituye una de las claves para comprender las desigualdades de género, la historia colonial propia de las “naciones americanas”, nos abre el camino a entender el modo en que “las clasificaciones étnicas y raciales definen las atribuciones a las posiciones sociales y la remuneración al trabajo en el contexto latinoamericano” (Segato, 2014, p.28). Según esta línea de estudios, la historia colonial no se ha detenido y ha construido un linaje histórico escrito en la piel, “una oscuridad que se adensa más en algunos paisajes como las villas, favelas, cantegriles y

cayampas de los márgenes urbanos de Latinoamérica” (Segato, 2014, p.190). El concepto de raza, se ha originado en la historia colonial y ha sido un eficaz invento para otorgar una dimensión biológica a las diferencias corporales (Quijano, 2000). Segato (2014) advierte que dicho concepto constituye un punto ciego en los estudios teóricos del contexto latinoamericano –sobre todo el argentino- que puede observarse en la implementación de políticas positivas de respeto por la identidad, y que por medio de la corrección política aluden a las diferencias raciales en términos de “diversidad cultural” (ibídem, p.192). Estos estudios advierten que no pueden observarse las diferencias sociales sin considerar las diferencias raciales formadas históricamente, así como también el “capital racial, que implica la blancura en el contexto latinoamericano” (ibid, p. 202).

En vistas a trascender la mera enunciación de la diversidad cultural y buscando una noción que nos acerque a los estudios post-coloniales sobre la producción de la raza, proponemos el uso del concepto de alteridad, que “refiere a una relación de subalternidad que está justificada en la diferencia y que implica asimetría” (Kropff, 2010, p.4). En este sentido, coincidimos con Colangelo (2003) en que no todo deriva de las tradiciones de las poblaciones estudiadas, sino de su posición en la estructura social, por lo tanto la alteridad será pensada en relación a la desigualdad y la subalternidad. De acuerdo con Ortega (2004) la alteridad alude a la diferencia, a “lo que permanece fuera del dominio de la totalidad”, pero atendiendo a las relaciones de poder que organizan tal diversidad en relaciones de subordinación social. Así, la alteridad nos permite articular sus diversas manifestaciones -la diferencia, la diversidad, lo distinto, la heterogeneidad- con lo subalterno. Las alteridades se van construyen procesualmente, basándose en criterios que se van modificando históricamente, combinando prácticas de marcación y auto marcación (Briones 1998), procesos en los cuales no obstante se van sedimentando ciertos sentidos y prácticas (Comaroff y Comaroff, 1992). En tales procesos, la alteridad implica por un lado la construcción de un “nosotros” –que se configura como posición particular universalizada (Zizek, 1998) y de “minorías”, sectores particulares que desde aquel “nosotros” se marcan como diferentes.

Con el fin de elaborar un análisis de estas cuestiones en nuestro contexto de estudio, recuperamos el trabajo de Lanusse y Lazzari (2008) que introduce la categoría de “formaciones de alteridad” (Segato, 1998) para pensar la particularidad de la provincia de Salta. En ella, el “nosotros” se asocia a un “modelo ideal cuyas notas morales incluyen la hidalguía, el honor, la virilidad, la devoción religiosa y el patriotismo, condensados en la

figura del gaucho decente”, al cual le siguen “el inmigrante (en tanto patrón), el gaucho-peón, el colla y los indios salvajes” (ibid., p.206).

Así como las nociones de “desarrollo”, “modernización” y “modernidad” poseen una “dimensión racializada” en el contexto latinoamericano (Segato, 2014, p.75), las identidades morales “ideales” tienen su correlato geográfico en el contexto salteño (Lanusse y Lazzari, 2008). Mientras los más cercanos al “nosotros salteño” se ubican en la ciudad de Salta y el Valle de Lerma, “los indios son identificados con el pasado y como tales sobreviven en el presente de la región chaqueña” (ibid., p. 207). Los autores señalan que si bien todos los indígenas son distinguidos como diferentes del “nosotros”, el kolla es “estigmatizado tanto por su indianidad como por su extranjería”, mientras que los indios del Chaco –ava-guaraní, tapiete, wichi, toba-qom, chorote, chulupí- son considerados “puros originarios” pero desde un “afuera del ‘nosotros’, reclamado por el proyecto civilizatorio provincial” (ídem). Estos análisis aportan precisión y complejidad al estudio de las relaciones interétnicas en el contexto de estudio, donde las categorías de criollo e indígena kolla y/o ava-guaraní se entrecruzan con las de argentino y/o boliviano, que se articulan con las dimensiones sociales de edad y género.

I.d. Estudios de Cuidado.

Los estudios críticos sobre el género, también encuentran sus orígenes en la revisión de los estudios de gubernamentalidad neoliberal. Al respecto, diversos autores han señalado el límite de dichos análisis al contexto europeo y a un tipo de sujeto que, en su indefinición, parece claramente masculino⁹ (Braidotti, 1991; Le Blanc, 2004). La práctica y la teoría feminista recupera la noción foucaultiana de dispositivo para entender al género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y [...] es una forma primaria de relaciones significativas de poder” (Scott, 1991). En este sentido, Butler (1990) sostiene que el género constituye un dispositivo para el control y la regulación de las conductas de mujeres y varones, ubicándolos en determinadas redes de poder. En el dispositivo de género, la retórica acerca de la naturaleza de las mujeres es “un

⁹ Vargas Monroy y Pujol i Llobat (2013) enfatizan que el eurocentrismo de la mayoría de las discusiones alrededor del tema de la gubernamentalidad, invisibiliza la complejidad que adquieren las formas de poder (soberanas, disciplinares y de control) en el mundo contemporáneo que dependen unas de otras. Lo cual remite al hecho de que si bien las sociedades europeas y noratlánticas parecen transformarse paulatinamente en sociedades de control, lo hacen en íntima conexión con regímenes que pueden incluso llegar a ser esclavistas, en las periferias del sistema-mundo (2013, p.1259).

elemento especialmente relevante para la conducción de su conducta y, en suma, para la producción de cuerpos y subjetividades femeninas adecuadas” (Vargas Monroy y Pujol i Llombat, 2013, p.1260). Estas subjetividades “adecuadas” de género se concentran en las formas hegemónicas de ser varón y mujer que organizan el modelo de “familia nuclear” y/o “patriarcal” (Jelín, 1984). Este modelo familiar surge con el ascenso de la burguesía, la separación de las esferas “productivas” de las “económicas” y la división sexual del trabajo, y define expectativas sociales que distinguen el trabajo de los hombres y el de las mujeres. Mientras los hombres son los responsables de los insumos económicos que consiguen afuera del hogar, las mujeres se encargan de las actividades domésticas “puertas adentro”. El ámbito doméstico es entendido como el espacio de la reproducción social, donde se realizan las actividades destinadas al mantenimiento del sistema social, “especialmente en el cuidado y la socialización temprana de los niños y niñas, transmitiendo normas y patrones de conducta aceptados y esperados” (Jelín, 1984, p.46).

En oposición al ámbito público, donde trabajan los hombres, el ámbito privado es aquel donde habitan los afectos y los sentimientos, que las madres protegen con el “poder del amor” (Jelín, 1984). No obstante, el espacio privado no está totalmente vedado a los poderes públicos, pues toda una constelación de instituciones y saberes determinarán los modos de cuidado y crianza correcta. Si bien los hijos tienen una necesidad absoluta de atención materna, se teme que la misma se convierta en sobreprotección. Al postular que la maternidad es un “don natural”, las madres que no muestran dedicación a sus hijos son incapaces o indignas, y sus comportamientos pueden ser calificados como patológicos (Marcus, 2006). Se deben desplegar entonces, toda una serie de saberes legítimos que dictaminen los modos correctos de “ser madre” y de “crecer”. Badinter (1991) analiza cómo los estudios científicos promovieron la construcción del instinto maternal, el amor espontáneo, inmutable e incondicional que surge de toda mujer hacia sus hijos creando la obligación de ser madres. El “amor maternal” aparece en el siglo XVIII como un nuevo concepto que obliga a las madres a garantizar la educación de sus hijos (Marcus, 1996). Desde la lógica patriarcal se desarrollaron nuevos argumentos para crear en las madres la actitud “instintiva”: uno de ellos fue la lactancia materna proclamada como el componente básico de la correcta nutrición del niño y responsable del vínculo indisoluble entre los dos¹⁰ (Nari, 2004).

¹⁰ La clasificación de los seres humanos como mamíferos, que prioriza ciertas características de la lactancia, se debió más a una coyuntura política que a una condición de la naturaleza. “Fundar y nombrar nuestro grupo sobre la base de la lactancia fue una toma de postura política del sueco Linneo. Hay que situarlo en su contexto: un ataque en la regla contra el uso de nodrizas, en una época en que muchos ricos y burgueses enviaban a sus hijos

Sin duda la lactancia es una característica central de nuestra especie. No obstante, parafraseando a Marks (1997), “tener propiedades naturales, no basta para producir una categoría objetiva” (1997:s/p). La teoría feminista se focaliza en el estudio del cuidado, mostrando el carácter cultural, la importancia social y el valor económico del trabajo realizado por las mujeres en el espacio doméstico y de forma no remunerada (Cerri y Alamillo-Martínez, 2012). El cuidado es un concepto polisémico, que permite varias definiciones. No obstante, Fisher y Tronto (1990) lo definen como:

“...una actividad de especie que incluye todo aquello que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestros seres y nuestro entorno, todo lo cual buscamos para entretrejerlo en una red compleja que sustenta la vida” (Fisher y Tronto, 1990, p. 40).

En vistas de definir los límites del cuidado, Tronto (2005) argumenta que no toda actividad humana está relacionada con el cuidado, ya que solamente existe cuidado cuando la práctica de cuidar se une a la disposición (considerar necesidades de los demás). Asimismo, Tronto (2005) distingue distintas dimensiones del cuidado: una práctica y otra emotiva. La práctica se refiere a “cuidados más materiales y corporales, como cocinar, limpiar, dar de comer, dar una clase, contar un cuento e implica asumir una responsabilidad” (Cerri y Alamillo, 2012, p. 9). La dimensión emotiva, se refiere a aspectos tales como dar y recibir cariño, afecto, apoyo moral y psíquico, y por tanto, también implica una consideración y el reconocimiento de la necesidad de los demás.

La noción de cuidado –*care* en inglés- resulta interesante porque problematiza la dicotomía entre el espacio público y privado, al proponer ver un continuo entre los cuidados que se realizan en el espacio doméstico y las fuerzas sociales que determinan las condiciones de existencia de los hogares. En este sentido, Martín Palomo (2008) sostiene que la noción de cuidado posee distintas dimensiones: individual, relacional y colectivo, e institucional. “El *care* –como la definición en idioma inglés- representa a la vez una dimensión privada y una dimensión pública, se parece a la vez a un deseo y una responsabilidad, toma las formas de prácticas remuneradas o no, puede ser dispensado de manera informal o formal” (Martín Palomo, 2008, en Cerri y Alamillo-Martínez, 2012, p. 10). Por esto mismo, el sólo uso de la

al campo para ser amamantados. Al llamar a los humanos como ‘mamíferos’, Linneo defendía la idea de que la función natural de la madre es la alimentación de sus propios hijos, cosa que toda familia debía hacer” (Marks, 1997:s/p).

categoría de cuidado desde esta perspectiva, se aleja de la definición clásica que lo entiende como una actividad meramente femenina o familiar, y resulta fértil para reflexionar en torno a la infancia y las prácticas sociales ligadas a ella.

La teoría feminista permite reflexionar en torno a las respuestas estatales de las nociones hegemónicas de género y cuidado. Al respecto, Nari (2004) utiliza la categoría de “maternalismo político” (Nari, 2004) para analizar las acciones estatales que atribuyen la responsabilidad total del bienestar de los hijos a las mujeres madres y en proveer derechos sociales a través de los hijos. Es decir, los derechos sociales sólo son otorgados por el Estado a aquellas mujeres que son madres que demuestren estar cuidando adecuadamente a sus hijos. Esto es problematizado desde la teoría feminista, porque ubica a las mujeres como las máximas responsables del bienestar de sus hijos y además invisibiliza la responsabilidad masculina en tal actividad. Al respecto, Faur (2014) sostiene que la categoría de cuidado permite analizar los modos en que las políticas estatales enfatizan o no, determinadas necesidades de ciudadanía. Poniendo en circulación imágenes de lo femenino y lo masculino, de la maternidad y la paternidad y así, “moldean perfiles de sociedad, de familia, de relaciones de género y (re)construyen ciertas concepciones de los sujetos a los cuales se dirigen” (2014, pps.51-52). La propuesta teórica de Faur, permite desnaturalizar el cuidado infantil, sacarlo de las fronteras de lo femenino y del ámbito privado/familiar/doméstico, pensándolo en “el cruce de las instituciones que regulan y producen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos acceden o no a ellos” (2014, p.19). El cuidado infantil se construye entonces en la relación entre distintas instituciones (Estado, familia, agencias de gobierno, comunidad) y responde a diversos valores simbólicos (imágenes de género y división sexual del trabajo), por lo tanto “pone de manifiesto la dinámica de interdependencia entre factores estructurales, tendencias políticas e ideológicas y ‘cierto estado de cultura’” (Faur, 2014, p.50). Desde esta propuesta teórica, es posible visualizar cómo las políticas públicas reproducen desigualdades de género y de clase entre mujeres (al asignar distintas responsabilidades y beneficios a madres de distintos grupos socioeconómicos) y entre niños (al proveer distintos tipos y calidades de servicios de cuidado).

Hasta aquí hemos podido observar que la maternidad constituye la forma “adecuada” de ser mujer que emana del dispositivo de género. Consideramos que esta noción hegemónica de maternidad se articula con la construcción hegemónica de infancia que hemos mencionado anteriormente. Al respecto, coincidimos con Scheper-Hughes y Sargent (1998) en que “las

políticas culturales de la infancia conciernen a los usos políticos, ideológicos y sociales de la infancia” (1998, p.1). Así pues, en el campo de disputas en torno al cuidado de la salud infantil, el *maternalismo político* (Nari, 2004), propio de las políticas hacia el colectivo materno infantil, adquiere rasgos específicos en nuestro contexto de estudio, signado por múltiples desigualdades –entre ellas profundas asimetrías de género-, las formaciones de alteridad y la construcción de la salud infantil, que está estrechamente ligada al control nutricional de los cuerpos infantiles. La investigación de Colangelo (2010) da cuenta desde una perspectiva histórica-antropológica, del proceso inacabado de medicalización de la infancia y otorga una dimensión histórica a la construcción de patrones de normalidad infantil. El peso y la talla, en relación a la edad, son construidos por la pediatría como “medidas que expresan, traducen ese proceso a través de las variaciones corporales y su cuantificación” (2010, p. 87). La utilización de dichas medidas supone la construcción de “patrones de normalidad” que “ofician de parámetros de comparación para las medidas de los niños y las poblaciones infantiles reales” (ídem). Así pues, las medidas de talla y peso no sólo van a expresar el estado de la salud individual de un niño, sino también de la población de un país, a través del uso de la estadística.

El campo de disputas en torno al cuidado infantil, adquiere rasgos específicos en nuestro contexto de estudio, marcado por los significados asociados a la alteridad cultural y los sentidos que adquiere el cuidado de la salud infantil. La labor etnográfica realizada en Orán (Leavy, 2015^a, 2015b, 2016), ha permitido observar que un niño se considera “sano” si no posee “riesgo de desnutrición”, y que ciertas acciones de asistencia alimentaria se focalizan únicamente sobre los niños que viven en comunidades indígenas. Los trabajos de Scheper-Hughes (1992, 1997), Ortale (2000; 2002), De Suremain (2003, 2010), Herkovits (2007, 2008), Alvares (2010) y Ortale y Santos (2014) constituyen valiosos antecedentes que permiten observar el “campo de disputas de la crianza” (Colangelo, 2008) formado por madres, familiares, médicos, enfermeros y agentes estatales que implementan políticas públicas para la prevención y el tratamiento de déficits nutricionales. Desde un enfoque etnográfico, estos antecedentes abordan de modo integral la problemática de los padecimientos nutricionales, problematizando “la etiología culturalista repetida *ad nauseum* por las investigaciones médicas” (Herkovits, 2008). Al respecto, Remorini (2013) señala que en los estudios médicos sobre crecimiento y desarrollo, el ambiente está dado únicamente por la díada madre-hijo, dejando de lado variables contextuales más amplias como condiciones ambientales, y desigualdad o subalternidad socioeconómica. En esta línea, De Suremain

(2003) sostiene que la emergencia de padecimientos infantiles ligados a la desnutrición no son un efecto causal mecánico de la pobreza, sino del “contexto alimentario” y la organización del parentesco. Respecto del cuidado infantil, el autor propone analizarlo desde cinco dimensiones: como conjunto de prácticas globales globalizantes e interdependientes, como actividad cotidiana y doméstica que involucra el entorno, como “ritual cotidiano”, como revelador del estatus del niño y retos en torno a su salud y como práctica socializadora del niño.

Por su parte, Alvares (2012) estudia el modo en que los niños maxakali en Brasil son cuidados en las agencias estatales que procuran prevenir y curar los déficits nutricionales, señalando las diferencias que existen con el cuidado recibido en el ámbito familiar indígena. En las comunidades maxakali, apenas el niño comienza a caminar, se espera que sea independiente de los cuidados de los adultos, y que él mismo solicite y consuma por sus propios medios los alimentos que quiera. En cambio, en las instituciones de gobierno, los niños son alimentados en la boca. De este modo, se da un “circuito vicioso” cuando los niños regresan a la aldea, y no son capaces de tomar su propio alimento, perdiendo peso nuevamente y regresando a la internación. Con las internaciones, si bien suben de peso, “pierden autonomía y conexión con la vida cotidiana de la aldea” (Alvares, 2012, p. 3). De este modo, la intervención estatal brasileña recrea una serie de “significados encontrados en varias dimensiones de la propia cosmología, que devienen de los tránsitos de los niños entre los universos de la comunidad y los agentes estatales” (ídem). Estos trabajos, junto con otras investigaciones etnográficas sobre la niñez y la crianza en poblaciones indígenas y subalternas en el contexto latinoamericano (Hecht, 2004; Cohn, 2005; Enriz, 2008; Szulc, 2006, 2015; Colangelo, 2004, 2009^a, 2009^b, 2012; Padawer, 2010; Remorini, 2006, 2004, 2013; Palermo, Remorini, 2013) permiten observar el cuidado como un proceso sociocultural que pone en juego concepciones particulares sobre la niñez, la persona, el ciclo de la vida, el parentesco, los lazos sociales, la maternidad y la paternidad.

Cabe destacar que uno de los rasgos de las intervenciones estatales hacia la infancia en contextos neoliberales, es que focalizan las acciones sobre los cuerpos de los niños y niñas de los sectores más vulnerables, como aquellos que viven en comunidades indígenas. Articulados con los sentidos naturalizados que impregna el maternalismo político (Nari, 2004) en las políticas sanitarias, las madres emergen como las principales responsables de los problemas de salud de sus hijos, sobre todo si pertenecen a comunidades indígenas. Estas representaciones sobre la maternidad y los problemas sanitarios, construyen una mirada

individualizante y descontextualizada de la infancia, que procuramos revisar en la presente investigación. Coincidimos con Frankenberg, Dellahooke y Robinson (2000) en que, cuando la infancia se asume como inherentemente frágil, dando lugar a una esencialización de las ideas de niñez y vulnerabilidad, se opacan los procesos conformadores de la vulnerabilidad de ciertos sectores sociales. Consideramos entonces los aportes, desde la antropología crítica, de Scheper-Hughes y Sargent (1998), donde se da cuenta de la vinculación entre infancia y el contexto político-económico local y global, sin desatender la agencia social y cotidiana de los niños en sus diversos contextos. Estas cuestiones resultan clave para el estudio de las experiencias de infancia en el contexto de Orán, caracterizado por el avance de frentes productivos extractivistas (Schmidt, 2014; Rodríguez García, 2009, 2010, 2011) y están estrechamente vinculadas con los antecedentes en torno a salud y alteridad.

I.e. Procesos de salud-enfermedad-atención.

Al referirnos al campo de los problemas sanitarios, resulta pertinente recuperar antecedentes de la epidemiología crítica (Breilh, 1987, 2007, 2011; Almeida Filho, 2000; Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009; Samaja 2003), la antropología médica (Grimberg, 1997) y la epidemiología sociocultural (Menéndez, 1988, 2004, 2010) que han remarcado en diversas investigaciones que el proceso de salud/enfermedad/atención es histórico y social. Desde la antropología médica se asocia la biomedicina al “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente”, propios del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985, p.21), que definen la enfermedad como una categoría biológica, objetiva y universal, científicamente verificable, sometida a leyes naturales, “independiente de todo proceso histórico, social y cultural de producción o definición” (Grimberg, 1997, p.15). Esta definición de enfermedad, constituye una reificación que opaca los procesos históricos y sociales que constituyen los problemas de salud como emergentes de las condiciones de vida de las personas (Menéndez, 2004), y oculta las relaciones sociales (económicas, culturales e ideológicas) y “el carácter de construcción social (histórico y político) de estas categorías, así como el orden moral con el que están comprometidas” (Grimberg, 1997, p.15). En esta línea de análisis se inscriben una serie de producciones científicas que nutren nuestro marco teórico y que trabajan las vinculaciones entre la pobreza estructural, desigualdad de género, estigma, discriminación y vulnerabilidad en relación a los sistemas médicos (Lerer, 2008; Epele, 2007, 2010^a, 2010^b, 2011; Fassín, 2004, 2010, 2016).

Del amplio espectro de investigaciones sobre la relación entre pueblos indígenas y el sistema de salud pública (Hirsch y Lorenzetti, 2015, 2016; Stival, 2015; Ramírez Hita, 2009; 2014; Boccara, 2004; Palermo y Remorini, 2013; Jockers, 2011; Mancinelli, 2010) destacamos la investigación de Lorenzetti (2007, 2008, 2009, 2010, 2011^a, 2011^b, 2012, 2013, 2015, 2016) que analiza la construcción de los grupos indígenas como poblaciones vulnerables destinatarias de las acciones del Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) en el departamento de Tartagal, Salta. El campo de la APS constituye un caso paradigmático porque desde sus desarrollos conceptuales considera las condiciones sociales de sus destinatarios (Maceira, 2008, 2010; Spinelli, 2010; Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010; Scaglia, 2012). Sin embargo, en varias de las formas de intervención de APS aparecen sobredimensionados los aportes de los recursos humanos -brindados por los agentes sanitarios – “por encima de las condiciones sociales de existencia de la población destinataria” (Lorenzetti, 2007, p.9). En este sentido, las tareas de los agentes, apuntan a prescribir pautas de planificación de la vida y conducta personal “correctas” para que las personas que viven en contextos de pobreza estructural “puedan arreglárselas como sujetos autosuficientes y autónomos” (ibídem, p.8). Lorenzetti entiende las prácticas y discursos del PROAPS como parte de un “dispositivo de intervención” (Foucault, 2006 en Lorenzetti, 2007, p. 3) que permite desagregar la población indígena del resto de la población paciente, para focalizar en ella prácticas sanitarias que “hacen vivir y dejan morir” (Foucault, 2008, p. 214). La antropóloga argumenta entonces que la diferencia étnica de los pacientes es categorizada como un atributo de vulnerabilidad, utilizado para explicar la existencia de ciertos padecimientos, que a su vez, son entendidos como resultado de cálculos inapropiados de los sujetos en el cuidado de su salud. Por su parte, Stival (2015) analiza las relaciones entre pacientes tobas y el sistema de salud pública en el contexto del gran Rosario, a partir de la categoría de “trayectorias de atención” (Margulies, Barber, Recorder, 2006) y “carrera del enfermo” (Menéndez, 1992) para dar cuenta de los circuitos e itinerarios variados a través de los cuales, las personas y los grupos, en un contexto y en un momento dado, articulan, interpretan, otorgan sentidos y procuran resolver los problemas de enfermedades, a partir no sólo de los servicios de salud sino también del conjunto de sus interacciones y actividades cotidianas. Según Alves y Souza (1999) estos “itinerarios terapéuticos” se orientan por la búsqueda de soluciones prácticas y de acuerdo a los quehaceres y las experiencias cotidianas que generan trayectorias singulares. Estas categorías permiten descentrar el papel totalizador, a veces asignado al sistema de salud, para contextualizar su lugar en el marco de otras

posibilidades que la población utiliza para mejorar, conservar su salud y enfrentar la enfermedad y/o la muerte, como se verá especialmente en el capítulo 4.

En línea con estos estudios que abordan las relaciones entre poblaciones vulnerables y el sistema de salud pública, recuperamos el trabajo de Epele (2007, 2010^a, 2010^b, 2011) que pone en diálogo la perspectiva de estudios de cuidado (Tronto, 1993, 2005; Mol, 2008) y la antropología médica. Los estudios de cuidado en salud sostienen que ha habido un divorcio entre las prácticas del “buen cuidado” que buscan el bienestar de la persona y el sistema de salud pública (Mol, 2008). Desde esta perspectiva, “las trayectorias de atención” son entendidas como “itinerarios terapéuticos” que constituyen las prácticas que realizan los sujetos para obtener salud y bienestar. Más específicamente, (Epele, 2010^a) entiende por “privatización del cuidado” el proceso por el cual el círculo más íntimo del paciente, constituido por su pareja y su familia, recibe la responsabilidad del padecimiento y tiene a su cargo las tareas terapéuticas. En un abordaje etnográfico de las acciones de los profesionales de APS, Epele sostiene que, aún cuando los saberes expertos desde los cuales se producen intervenciones terapéuticas parten del entendimiento de las microdinámicas sociales, vinculares y subjetivas de estos pacientes particulares, “en tanto no consideran los procesos, dinámicas y prácticas macroestructurales e institucionales, tienden a reforzar la responsabilidad individual o grupal de realidades complejas” (Epele, 2010^a, p. 211). La privatización del cuidado, resulta entonces un proceso inverso a la politización de lo personal, debido a que profundiza la posición tradicional y patriarcal de las mujeres, como unívocas cuidadoras de todos los integrantes del hogar. Si bien este trabajo no aborda ni a poblaciones indígenas ni la cuestión del cuidado infantil, aporta valiosas herramientas conceptuales para analizar el rol de las familias y las mujeres en los proceso de salud/enfermedad/atención.

Por último, en relación al proceso salud/enfermedad/atención, recuperamos aportes conceptuales del campo de la epidemiología crítica, que nos posibilita analizar con mayor especificidad la problemática de los padecimientos infantiles vinculados a la desnutrición. Desde esta línea de estudios (Breihl, 1987; 2011), se discuten las explicaciones mecanicistas de la epidemiología clásica, afirmando que las causas de las enfermedades no constituyen entidades estáticas que puedan abstraerse formalmente, sino que tienen que ser interpretadas como parte del movimiento global de la vida social. La salud y la enfermedad, son entonces parte de la vida social, que no pueden ser explicadas únicamente por la búsqueda de conexiones causales entre partes –como comportamientos o hábitos entendidos como riesgos– porque debe comprenderse las dimensiones históricas, sociales y políticas entrelazadas en la

emergencia de una enfermedad (Breihl, 2011). Respecto al riesgo, recuperamos los estudios del campo de las ciencias sociales, que sostienen su abordaje considerando las condiciones estructurales de su producción y las lógicas subjetivas que los sujetos construyen en torno a ellos (Menéndez, 2005; Beck, 2000; Douglas, 2007). El propósito del enfoque es comprender la relación entre la estructura social y la construcción social del riesgo, teniendo en cuenta la perspectiva de los actores sobre los mismos, las distancias entre las normativas (Douglas, 2003) y las prácticas en torno a las cuales los sujetos construyen lógicas de riesgo y la desigualdad en la distribución del mismo (Beck, 2000). En esta línea de análisis, Salomón y Mastrángelo (2010) advierten que dirigir la responsabilidad de un padecimiento al comportamiento o hábito riesgoso e individual limita la explicación de la enfermedad al separarla discrecionalmente de procesos sociales que requieren otro nivel de análisis.

Estos antecedentes, resultan pertinentes para problematizar estudios epidemiológicos sobre desnutrición en poblaciones indígenas, que tanto en el contexto latinoamericano (Buitrón et.al., 2004; Restrepo, 2006) como argentino (Labadie, 2010) cuestionan la capacidad de los padres y las comunidades para proveer un entorno saludable y adecuado para el correcto crecimiento y desarrollo de la primera infancia. En discusión con estos trabajos, investigaciones médicas con poblaciones mbya guaraníes en Misiones (Mampaey, Van Velde, 2015) y wichí en Salta (Casabianca, et.al, 2015; Alvarez Leguizamón, 2011; Castillo, 2011) asocian la emergencia de déficits nutricionales en comunidades indígenas con la extensión de la frontera agropecuaria y su falta de acceso a tierras que les impiden la reproducción simple y ampliada. En esta línea de análisis, estudios del campo de la antropología y la sociología alimentaria (Aguirre, 2010, 2014; Patel, 2014; Bergel Sanchís, 2014) y de la economía (Teubal, 2007) sostienen que la concentración de la tierra vinculada al capital financiero, a la industria semillera, de agroquímicos y alimentaria, son los procesos responsables de un sistema que produce y distribuye “energía barata y micronutrientes caros” (Patel, 2014), generando que “las poblaciones pobres no puedan comer bien” (Aguirre, 2010, p.75). Por su parte, investigaciones desde la antropología médica crítica (Scheper-Hughes, 1992; Lerer, 1998; Herkovits, 2007, 2008; Fassin, 2015) han problematizado las caracterizaciones provenientes de programas, servicios gubernamentales y/o de organismos internacionales que se dedican a promover el tratamiento y la cura de déficits nutricionales, debido a que construyen miradas victimizantes sobre los niños y moralizantes sobre las familias cuidadoras, que, sin embargo, no resuelven el problema. Recuperamos también investigaciones recientes sobre la problemática de la malnutrición en la población infantil

argentina, que si bien no se han realizado desde la perspectiva antropológica, permiten comprender el complejo panorama de la (in)seguridad alimentaria local. En esta línea destacamos los trabajos de Longhi (2012, 2015) que procuran dar un panorama de las expresiones de la malnutrición en el contexto argentino contemporáneo, así como también Huergo y Casabona (2016) que analizan cómo se construye el estado nutricional desde la perspectiva médica nutricional y los problemas comunicacionales con la población paciente. El diálogo de estos estudios con la perspectiva antropológica, permitirá elaborar un nuevo enfoque sobre la problemática de la (mal)nutrición en el contexto particular de la provincia de Salta.

II. El cuidado como categoría analítica para pensar la infancia.

En la intersección de las temáticas referenciadas, esta tesis apuesta a analizar el cuidado como dimensión analítica para pensar la infancia. En este sentido, proponemos pensar al cuidado como un concepto llave que nos permita explorar una diversidad de instituciones y prácticas que estructuran el campo de la infancia. La elección del concepto de cuidado, se debe a su capacidad analítica de problematizar la dicotomía privado/público, permitiendo indagar en diversos ámbitos del mundo social, que pueden parecer distantes en apariencia, pero están estrechamente vinculados.

En el contexto argentino, la infancia posee un rol protagónico en el ámbito de las políticas públicas, acrescentado a partir de la ratificación de la Convención de Derechos del Niño¹¹. No obstante, las experiencias de niñez en áreas rurales hasta ahora han permanecido ausentes en las investigaciones que aluden al “estado real” de la infancia argentina¹². Por su

¹¹ En Argentina la Convención Internacional de Derechos del Niño fue ratificada e incorporada a la Constitución Nacional en 1994, a partir de lo cual algunas provincias han sancionado leyes que adecúan su normativa a los postulados de la Convención, como Salta, donde en 1999 se sancionó la Ley 7.039 de “Protección Integral de todas las personas desde el momento de su concepción hasta la mayoría de edad”. En el año 2005 se sancionó en Argentina la Ley Nacional 26.061 de la Protección Integral de los Derechos de Niños, niñas y adolescentes, derogando los artículos aún entonces vigentes de la Ley 10.903 del Patronato de Menores y vehiculizando una diversidad de políticas públicas que ubican a los niños no como objetos, sino como titulares y/o sujetos de derechos.

¹² En 2007, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) tuvo un importante cambio de gestión y se le reclama haber intervenido las estadísticas oficiales producidas para calcular pobreza y otros indicadores (Veáse “Informe Técnico de la Universidad de Buenos Aires con relación a la situación del INDEC”-Julio 2010). A partir de estos acontecimientos, diversas instituciones como UNICEF Argentina –en conjunto con entidades universidades y agencias de gobierno estatales- y la Universidad Católica Argentina comenzaron a elaborar informes con el objetivo de producir información confiable sobre la infancia, a partir de los datos de las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) que se realizan en poblaciones urbanas y periurbanas (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Unicef, 2013; MICS, 2013; Tuñón, 2013, 2014, 2015).

parte, los niños indígenas se ubican en una posición particular. Además de ser portadores de múltiples alteridades – *no adultos, no blancos, no sanos*-, las imágenes mediáticas de la vulnerabilidad de sus condiciones de vida, los convierte en destinatarios prioritarios de acciones de gobierno y donaciones de la sociedad civil (Leavy, 2015a). Las imágenes de su sufrimiento, sumadas a la invocación del derecho a la infancia y a la salud, resultan ser un mensaje extremadamente eficaz y ampliamente consensual para la opinión pública, mucho más que la de los desalojos que sufren las comunidades a las que ellos pertenecen y la endeble posición en la que se encuentran en la exigencia de los títulos de propiedad de sus tierras (Buliubasich y Rodríguez, 2011). El abordaje descontextualizado de la infancia, se materializa en la focalización de las políticas públicas y en las acciones de ONGs que, a través de las imágenes del sufrimiento infantil buscan movilizar donaciones.

La presente tesis analiza la infancia desde una perspectiva relacional (Menéndez, 1992), ubicando la mirada etnográfica sobre los modos en que el cuidado infantil es organizado en los contextos rurales del departamento de Orán, Salta. Coincidiendo con Faur (2014) en que el cuidado infantil constituye una “organización social y cultural”, consideramos que dicha actividad se construye en relación a las condiciones sociales del niño en cuestión. Así pues, desde nuestra perspectiva la utilización de la categoría de cuidado no sólo tiene por objetivo desnaturalizar los roles de género (Faur, 2014) sino también problematizar la noción hegemónica de niñez que opera en su definición clásica. Si bien la teoría y la práctica feminista brindan valiosas herramientas para pensar críticamente las relaciones sociales y las desigualdades de género, frecuentemente conciben a la infancia como mero grupo de edad (e.g. Scott, 1991; Butler, 1990; Faur, 2014). En esta investigación, consideramos entonces que los aportes de la teoría feminista deben articularse con la perspectiva antropológica sobre la infancia.¹³ En este sentido, el enfoque etnográfico, ha permitido observar a los niños y niñas no solamente como objetos de cuidado, sino también como activos participantes en la organización del mismo.

El abordaje relacional de la niñez, procura también construir una mirada alternativa a la focalización sobre los cuerpos infantiles que ejercen las políticas sanitarias propias de la

¹³ En este aspecto coincidimos con Llobet (2012) en que los conceptos de la teoría post-estructuralista feminista ofrecen herramientas significativas para pensar los estudios de infancia. En su análisis sobre la producción de la ciudadanía infantil, Llobet (2012) señala la necesidad de entender al Estado desde su heterogeneidad y advierte sobre el uso de la categoría de “dispositivo” ya “que puede inducir a la integración de un conjunto de acciones estatales que pueden ser contradictorias entre sí, dotando al Estado de una coherencia que es intrínseca sólo en apariencia, e invisibilizando reacciones y resistencias que hacen a la naturaleza de esos dispositivos” (2012, p.16).

gubernamentalidad neoliberal (e.g. Rose, 2003; Lorenzetti, 2010). El “cuidado de la salud infantil” constituye el *leit motiv* de las acciones estatales que ubican a los niños como los sujetos prioritarios de las políticas públicas. Ahora bien, ¿qué es lo que se entiende por cuidado de la salud infantil? Según Mol (2008), las políticas sanitarias neoliberales construyen un sujeto imaginario autónomo que elabora su estado de salud según las decisiones que toma. En el caso de los niños, su estado de salud sería resultado por las elecciones que toman sus padres y/o los adultos cuidadores responsables. En contraposición al “paradigma de la elección” propio de la racionalidad neoliberal, Mol (2008) explica la “lógica del cuidado” que se sustenta en la necesidad intrínseca de los seres humanos de vincularse y de asumir responsabilidades para cuidar unos de otros. Las ideas de Mol (2008) se alinean con una ética del cuidado, que contiene una lógica procesual, implica un diálogo, una comunicación que se acciona a partir de la advertencia de una necesidad y supone asumir una responsabilidad con otro (Tronto, 1993, 2005; Martin Palomo, 2008).

La “necesidad de ser cuidados” constituye una condición humana para la existencia. No obstante, lo que se entiende por cuidado, está sujeto a un tiempo y un espacio determinado. Los grupos sociales identifican ciertas prácticas y técnicas como cuidado y descartan otras (Epele, 2011), lo cual a su vez va cambiando históricamente. La mirada antropológica brinda herramientas útiles para indagar qué acciones de las políticas sanitarias pueden comprenderse dentro de la lógica del cuidado (Mol, 2008) que impliquen el diálogo y el compromiso con la subjetividad de los familiares de los niños destinatarios de las acciones sanitarias, así como el registro del bienestar de su cuerpo. También permite observar las múltiples dimensiones – individuales, relacionales, comunitarias e institucionales- contenidas en las prácticas de cuidado (Martin Palomo, 2008). Es aquí donde la perspectiva etnográfica adquiere toda su potencialidad, al someter a los conceptos supuestamente universales –como cuidado e infancia- a “la diversidad de la experiencia humana” (Guber, 2001, p.16) reintroduciendo el sentido que ella tiene para los sujetos.

Recapitulando, recuperamos en la presente tesis la polisemia analítica de la categoría de cuidado, considerándola a la vez como una *organización* (Faur, 2014) -para analizar cómo las poblaciones procuran mantener el bienestar de los más pequeños- y como una *lógica* (Mol, 2008) que permite problematizar los modos de tratamiento y curación de las políticas sanitarias. La noción de organización nos permite desplazar al cuidado de las fronteras del ámbito doméstico para explorar cómo la precariedad laboral junto con las condiciones habitacionales y ambientales inciden en ella. Al mismo tiempo, no entendemos a los sujetos “como meros reproductores de estructuras sociales” (Szulc, 2014, p.4), sino como activos

sujetos reflexivos que elaboran estrategias y prácticas para procurar su propio cuidado y el de los suyos. Al respecto, la noción de *lógica*, nos permite indagar cómo se cuida en cada contexto, así como también las prácticas y los itinerarios que las personas de diversas edades emprenden para alcanzar el bienestar. Complejizando así la categoría de cuidado, desplegaremos en los siguientes capítulos el análisis antropológico de las prácticas y representaciones que conforman la infancia en el contexto de estudio.

III. Estructura de la tesis.

La tesis se inicia con este capítulo introductorio donde hemos presentado el problema de investigación, las coordenadas teórico-metodológicas que guiarán el análisis y, en este último apartado, el modo en que se organiza la tesis.

En el capítulo 1 se explica la estrategia metodológica. La misma se origina no sólo en el uso específico de la perspectiva etnográfica, sino también en el diálogo entre la experiencia como antropóloga en un equipo médico interdisciplinario, los aprendizajes provistos en la formación doctoral y mi desempeño como fotógrafa. En este capítulo se presentan los sectores de trabajo donde se centró la práctica etnográfica: El 26, Fortaleza y la Comunidad Ava-Guaraní Arcoiris. De este modo se plantea una mirada panorámica que en lugar de focalizar en un único referente empírico, permite observar convergencias y divergencias en las prácticas de cuidado de mujeres y niños criollos e indígenas, que viven en las interfases rurales del contexto salteño contemporáneo.

Los capítulos siguientes organizan el análisis de la tesis sobre el cuidado y la nutrición infantil. El orden de los mismos va de lo general a lo particular, a través del hilo conductor que ofrece los múltiples significados de la categoría de cuidado. Los capítulos 2 y 3, nuclean los análisis que surgen de comprender el cuidado como una “organización” (Faur, 2014) entre actores institucionales, familiares y comunitarios. Como anticipamos, la noción de *organización* nos permite desplazar al cuidado de las fronteras del ámbito doméstico para explorar cómo la precariedad laboral, se articula con las condiciones habitacionales y la desigualdad de género. Así, mientras en el capítulo 2 indagamos en la dimensión histórica del ambiente social y biológico del espacio rural de Orán, en el capítulo 3 nos focalizamos en cómo las diversas familias – especialmente las mujeres- despliegan estrategias para “hacer crecer la cría”. A partir de la descripción densa (Geertz, 1987) sobre las particularidades del

ambiente rural, analizaremos el modo en que los sujetos elaboran estrategias, para sobreponerse a sus condiciones de subalteridad/desigualdad y procuran su propio cuidado y el de sus familiares.

En los capítulos 4 y 5, entendemos al cuidado como una *lógica* (Mol, 2008) que permite indagar en las relaciones conflictivas de esta población con el sistema de salud oficial, a través de las definiciones en pugna sobre el “buen cuidado” (Mol, 2008). En estos capítulos, se describe y analiza qué estrategias despliegan las familias para curar las enfermedades que sufren sus hijos, que constituyen un obstáculo para “hacer crecer la cría”. Así, la perspectiva etnográfica permite observar en el capítulo 4, qué se entiende por *buen cuidado* en cada contexto y los itinerarios que las personas de diversas edades emprenden para alcanzar el bienestar por fuera y dentro del sistema público de salud. Por su parte, el capítulo 5 concentra el análisis de las acciones gubernamentales incluidas en la *lucha contra la desnutrición* y las tensiones con las perspectivas de las poblaciones destinatarias indígenas y no indígenas sobre la alimentación.

De este modo, explorando la dimensión analítica de la categoría de cuidado, se ofrece un análisis antropológico en torno al ambiente, la familia, la alteridad, la salud y la nutrición, que procura contextualizar las vidas de los niños y niñas que habitan los contextos rurales del contexto rural del departamento de Orán, Salta.

CAPÍTULO 1

Estrategias Metodológicas.

1.1. Consideraciones Metodológicas.

La estrategia teórico-metodológica empleada se enmarca en la tradición epistemológica hermenéutica, desde la cual entendemos que los datos se construyen en el proceso de investigación a través de “la interacción entre teoría, método y las técnicas con ese problemático referente denominado *empiria*” (Escolar y Besse, 2011, p.123). Desde este posicionamiento, comprendemos a las técnicas cualitativas de investigación, propias del método etnográfico (Guber, 2001), como instrumentos que nos permiten intervenir en esta *empiria*, que a su vez construyen mediaciones entre la teorización y lo real. En este *ir y venir* entre la teoría y la realidad (Samaja, 2007) propio de la práctica científica, “sujeto y objeto de investigación se producen junto con el conocimiento en una fabricación que no es transparente ni del todo concerniente para el investigador” (Foucault, 1973 en Besse, 2011, p.97). El método etnográfico se enmarca en dicha posición epistemológica, al considerar que “los relatos producidos por las personas que constituyen el objeto de investigación deben ser valorados exactamente de la misma forma que los producidos por el investigador” (Hammersley y Atkinson, 1994, p.142). La voz del investigador no debe ser infravalorada como epifenómeno o distorsión ideológica sino como parte del anudamiento de él mismo con su objeto, que es una parte constitutiva del proceso de investigación (Besse, 2011). En línea con las ideas foucaultianas sobre el co-nacer implicado en toda práctica científica, la reflexividad sobre los relatos del sujeto investigador en el campo, constituye un ejercicio de vigilancia epistemológica (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2011) que permite despejar los riesgos de la invalidez al interpretar la información conseguida en un relato (Hammersley y Atkinson, 1994).

Desde este posicionamiento epistemológico, entendemos que el problema de investigación, está estrechamente vinculado con el lugar situado de la práctica etnográfica. Más específicamente, fue mi posición de mujer joven, sin hijos, universitaria y de clase media trabajando en los umbrales del Chaco Salteño, la que habilitó la construcción de ciertos vínculos y experiencias en el campo. El movimiento entre teoría y *empiria* propio de la práctica científica, se articuló con el *ir y venir* implicado en el ejercicio etnográfico y con los diversos roles que experimenté como investigadora durante el proceso de investigación. Resulta pertinente entonces, indagar en los desplazamientos geográficos, morales y sociales

implicados en el proceso de investigación, pues en ellos nacen las preguntas que dan origen a la presente tesis.

1.2. La construcción del campo.

“Todo se inicia con un desplazamiento, en todo caso moral y siempre físico, aún cuando se trate de estudiar grupos en la misma sociedad que el investigador” expresan Velasco y Díaz de Rada (2006, p.28) sobre la especificidad del enfoque etnográfico. En mi caso el desplazamiento comenzó en octubre de 2010, cuando fui convocada por una organización no gubernamental (ONG) para participar de un equipo de investigación médica en enfermedades tropicales. La misma se proponía estudiar una particular infestación parasitaria¹⁴, que afectaba a poblaciones indígenas y criollas en el departamento de Orán.

Enmarcada en los lineamientos teóricos de la antropología médica, elaboré un proyecto de investigación para abordar desde una perspectiva etnográfica los aspectos culturales de las infestaciones parasitarias. Mis objetivos ampliados eran contextualizar a la población paciente, describir su propia mirada sobre las parasitosis en el proceso de salud-enfermedad-atención y analizar los vínculos con el sistema de salud pública. En octubre de 2010, el equipo médico aprobó mi proyecto y solicitó que la labor antropológica tuviese una perspectiva intercultural, que permitiera la elaboración de talleres de educación para la salud para la población ava-guaraní altamente infectada por la parasitosis.

En las primeras estadias¹⁵, “mi aldea” (Geertz, 1987) estaba constituida por un paraje –al que me referiré como “el 26” a lo largo de los capítulos- ubicado a treinta kilómetros del centro urbano de Orán y a veinte kilómetros de la frontera con Bolivia. Allí habitaba una comunidad ava-guaraní y población criolla, de nacionalidades argentina y boliviana, asentada en terrenos disputados a un empresario agrícola. En este paraje también se encontraba la *salita*¹⁶, que constituía el puesto sanitario desde donde los agentes sanitarios organizaban sus actividades de APS. Mi acceso al campo fue a través de las agentes sanitarias de la *salita*. A

¹⁴ El equipo estaba integrado por ex-técnicos del Chau Lombriz, un programa de desparasitación dirigido por el Ministerio de Salud de la Nación durante la gestión del ministro Ginés González García (2002-2007). Así pues, médicos y técnicos de la ONG articulaban con el Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales de la Universidad Nacional de Salta y el Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) para el desarrollo de la intervención. La misma implicaba la selección de población muestral, la recolección de muestras coproparasitológicas de la misma, su análisis y el posterior suministro de medicación antiparasitaria.

¹⁵ Ver detalle de las estadias de campo en 1.3.1.

¹⁶ Las palabras y frases en cursiva se refieren a categorías nativas, utilizadas por los sujetos en el campo. Para fragmentos más extensos que refieren a entrevistas y notas de campo utilizaré comillas.

medida que las visitas domiciliarias aumentaban, iba estrechando vínculos con algunas mujeres del paraje rural, que se transformaron en figuras claves de mi campo. Ahora bien, la confianza y la empatía que posibilitaron entablar los vínculos, no significaron que me haya sentido una integrante más del espacio rural, pues “antes de entrar al campo, el investigador ya está implicado en divisiones sociales” (Rabinow, 1977 en Rostagnol, 2011,p.4).

Entre las múltiples divisiones sociales que me distanciaban de las personas que vivían en las fincas y en los parajes rurales de Orán, se encontraban mi posición de clase, mi color de piel y mi contextura física. La primera vez que conocí a la referente ava-guaraní del paraje, le dijo burlonamente a la enfermera que nos presentaba “¿por qué trajiste esta blanca desnutrida aquí?”. En Argentina y en Salta, las clases sociales se expresan no sólo en la capacidad adquisitiva y en las posibilidades de alcanzar más altos niveles educativos, sino también en los cuerpos, en la talla, en el peso y su color de piel. Midiendo más de un metro setenta y pesando sesenta kilogramos, de tez y cabello claros, mi cuerpo expresaba patrones – en toda su polisemia- de clase alta. Mi portación de cara de *patrona* me hacía encarnar la desigualdad social. A su vez, yo había ingresado al campo de la mano de los agentes sanitarios, por lo tanto, si bien yo explicaba que era una antropóloga, para muchos yo era *una doctorcita blanca*.

A pesar de mis variadas marcas corporales vinculadas al poder local, yo era una *doctorcita blanca* particular. En primer lugar, porque en el contexto rural oranense, ninguna *doctorcita* visita las viviendas de sus pacientes. En segundo lugar, porque no es común que las *blancas* se queden durante horas cebando decenas de termos de tereré, y escuchando a las mujeres que trabajan en las fincas de producción de tomates y bananas. Tampoco es frecuente que una doctora se quede jugando con los hijos de estas mujeres cuando ellas tienen que ir a trabajar, ni esté interesada en obtener a cambio algún tipo de lealtad, pues como me dijo Rosa, madre de ocho hijos, “ninguna blanca viene a charlar y a comer a mi casa sin que sea tiempo de votos”, aludiendo a períodos de campañas electorales. Por último, era extraño ver a una *patrona* sin camioneta de doble tracción, que viajase en el San Antonio –el transporte local rural- y que concurriera a la *feria* del Bermejo¹⁷.

Mi cercanía con la población materno-infantil expresa también el modo en que se estructuran las relaciones de género en el campo de estudio. Así como ser mujer posibilitó entablar vínculos con madres, enfermeras y niños, también obstaculizó mis relaciones con varones. Algo similar a lo que Fannon (2002 [1961]) expresó cuando emigró a París, donde

¹⁷ Mercado de frutas, verduras y alimentos que se realiza en la ciudad boliviana de Bermejo tres días a la semana.

dijo empezar a comprender cómo funciona la colonización. Yo comprendí el patriarcado y su poder para nombrar y asignar espacios (Rossi y Femenías, 2009), trabajando y viviendo en Orán. El espacio público es el lugar de reconocimiento e individuación de los varones, mientras que el espacio privado, constituye “el espacio y el tiempo consumido en las tareas domésticas” (ibídem,p.49). Un cuerpo femenino en el espacio público, puede ser un cuerpo “ejemplificador/disciplinado”¹⁸. Desde el recepcionista del hostel, pasando por el mozo de un bar, la enfermera del hospital y la quiosquera de la terminal, todos ellos en algún momento me preguntaban “*usted conoce el caso de las francesas, ¿no? Hay que andar con cuidado por esta zona.*”¹⁹ Mi actividad solitaria despertaba advertencias cotidianamente que eran complementadas con las noticias de la revista oranense Fuera de la Ley²⁰. Relatos sobre violencia de género, violaciones y abusos eran un condimento inevitable de las conversaciones en Orán, que se entremezclaban con los problemas de salud, las relaciones de pareja y los hijos. Estos relatos no sólo expresaban el modo en que se estructuraban las relaciones de género en el campo, sino también los modos en que se configuran las prácticas de cuidado en el contexto salteño. Las advertencias sobre mis actividades solitarias no sólo tenían una finalidad disciplinante, también expresaban el modo en que las mujeres del campo intentaban cuidarme.

El “estar ahí” propio de la práctica etnográfica, disminuyó la ingenuidad en mi rol de investigadora (Cardoso de Oliveira, 2009) y facilitó la comunicación con las personas en el campo (Fonseca, 1999). Al *ir y venir*, fui cruzando fronteras geográficas, sociales y morales sobre los significados del cuidado, el amor y la salud. Y en esos desplazamientos, desde Buenos Aires a Orán, de allí a la salita rural, a las viviendas en las fincas o en los asentamientos, de ahí de vuelta a la ciudad, a reunión en la universidad y luego cena con médicos y técnicos, se fueron entretejiendo las relaciones que configuraron el campo.

La práctica etnográfica no sólo me abrió canales de comunicación con los pacientes del sistema de salud, sino también con los agentes sanitarios y enfermeras del Programa de

¹⁸ En su estudio sobre la violencia de género en el contexto latinoamericano, Femenías y Rossi (2009) sostienen que “los cuerpos ejemplificadores/disciplinados” son aquellos que poseen las mujeres humilladas y violentadas que no cumplen con “el Contrato Moderno que expresa la naturalidad inferior de las mujeres” (2009,p.54).

¹⁹ En julio de 2011 dos turistas francesas fueron violadas y asesinadas en la localidad de San Lorenzo de la capital de Salta. En el año 2014 se condenó a prisión a uno de los acusados pero aún hay dudas sobre los responsables del hecho. Ver La Nación, (10 de junio de 2014).

²⁰ Esta revista, creada y editada por Luis María Muñoz en el año 2000, consiste en un resumen quincenal de todos los casos policiales de los departamentos salteños de Orán, San Martín y Rivadavia. Según su creador, esta publicación vende más ejemplares que “El Tribuno”, que es el principal periódico de la provincia, cuyo dueño es quien fue gobernador provincial Juan Carlos Romero durante tres periodos consecutivos (1995-2007). Muñoz agrega: “los casos policiales de sólo tres departamentos de Salta, me dan tanto material, que podría construir una nueva colección de literatura de novela negra” (EP,12/10/2015)

Atención Primaria de la Salud y el Hospital del San Vicente de Paul que estaban temporariamente colaborando con la investigación médica, junto con estudiantes de la Universidad Nacional de Salta (UNSa). Ellos también pensaban que era “*una más que viene de Buenos Aires*”, pues la dinámica de intervenciones de fundaciones en la zona norte de la provincia es una práctica común. Más específicamente, mi segunda estadía de campo se realizó en simultáneo con diversas intervenciones de UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) en el departamento de San Martín (UNICEF, 2012). Por estos motivos algunos me adscribían a dichas actividades. La referencia de mi persona como *una más que viene de la capital*, era un dato que permite comprender las relaciones históricas entre *la ciudad del puerto y el interior*, donde la primera configura el centro y el resto la periferia. Más específicamente, el director del equipo médico del que yo formaba parte repetía en las reuniones “*esto es la periferia de la periferia*”, cargando de significados de salvación a la tarea de los médicos que viajan a hacer intervenciones sanitarias en el último reducto de exotismo (Gordillo, 1998) que configuran el espacio geográfico de las tierras bajas del norte argentino.

La emergencia de casos de desnutrición y el protagonismo de los casos fatales de niños y niñas indígenas justo cuando estaba realizando mi segunda estadía de campo (*El Intransigente*, 3 de febrero de 2011) fue un acontecimiento que cambió el curso de mis interrogantes. La desnutrición estaba íntimamente ligada con la emergencia de infestaciones parasitarias pero no era uno de los problemas que estuviese investigando la intervención sanitaria de la cual yo formaba parte. El problema de la desnutrición también ponía en un lugar protagónico al cuidado de los niños, su origen étnico y la responsabilidad de sus madres. Desde el discurso médico las madres eran responsabilizadas por la emergencia de déficits nutricionales, mientras los medios nacionales y locales afirmaban que los déficits eran un problema cultural, más precisamente indígena. Así pues, las relaciones de género, la alteridad y la desigualdad social eran piezas claves del acontecimiento sanitario de emergencia.

La cuestión de los déficits nutricionales infantiles se relacionaba también con una serie de “imponderables de la vida real” (Malinowski, 1986, p. 36) que surgían en el juego de intersubjetividades propio del trabajo de campo. Entre las decenas de tererés que tomaba por día, mis interlocutores no tenían a los parásitos como una prioridad en su escala de problemas y me relataban otras preocupaciones: el conflicto por las tierras, los problemas con la patronal y el fantasma de la desnutrición que sobrevolaba las vidas de sus hijos. Por otro lado, me enteraba que no era la primera vez que se hacía esa selección de población, ni que “mis nativos” (Geertz, 1987) entregaban muestras coproparasitológicas sin recibir algún resultado

y/o diagnóstico. Según una pediatra de APS, las infestaciones parasitarias eran una *hojita de un árbol* en medio de espesas yungas donde había desnutrición en adultos y niños, situaciones cotidianas de violencia de género, conflictos históricos por tenencia de la tierra, condiciones laborales precarizadas y cuasi esclavas junto con falta de acceso a agua potable y/o cloacas. Entonces, ¿cómo es que había desnutrición en un polo agrícola económico productor de hortalizas de primicias?, ¿por qué leía en los diarios y escuchaba al unísono en las reuniones de los médicos locales que la desnutrición era un problema indígena?, ¿por qué desde los comunicados del ámbito académico se criticaba la responsabilización del cuidado brindado por los adultos indígenas pero la desigualdad de género era un tema poco abordado?, ¿por qué sólo se hablaba de desnutrición indígena cuando en el campo también observaba niños y adultos criollos desnutridos?, ¿por qué, desde la voz de los referentes del sistema de salud, el problema estaba en que las madres no sabían cuidar? Asimismo, ¿quién sabe cuidar?, ¿qué es cuidar?, ¿cómo abordar el tema del cuidado de los niños y niñas sin reproducir los argumentos culturalistas que culpan a los indígenas y a las madres de todo lo que afecte la salud de sus hijos?, ¿por qué los médicos me piden que hable de la salud en términos de interculturalidad y diversidad étnica, mientras observo situaciones de marginalidad, violencia, racismo y violencia de género? Por otro lado, me surgían dudas en torno a la práctica etnográfica y su aporte a la antropología médica, ¿por qué sigo investigando infestaciones parasitarias si observo que las mismas son sólo una pequeña porción de las problemáticas sanitarias de la zona?, ¿con qué autoridad puedo describir prácticas sociales a partir de diferencias étnicas si todo lo que yo observaba eran conductas propias de la vida en contextos de desigualdad y marginación social?, ¿cómo se construía la diferencia indígena en este contexto?, ¿cómo retrato a *las otras y los otros* en el campo?, ¿qué *nosotros* integro yo?, y siguiendo los planteos de Geertz (1989), ¿qué va a ocurrir con la realidad de Orán, cuando la “*facture en otras latitudes*”?

De todos estos interrogantes surgió mi alejamiento de la investigación en infestaciones parasitarias y la elaboración del proyecto de investigación doctoral que da origen a la presente tesis²¹. El mismo nace de la tensión entre mi labor antropológica como consultora en un equipo de investigación médica y como estudiante de doctorado. Durante mi etapa de consultora, había una serie de imponderables sobre los cuales no podía indagar, sobre todo en relación a cuestiones más estructurales, ligadas a las condiciones históricas y sociales de mis

²¹ Gracias a la obtención de la beca de doctorado Tipo I otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) por el período 2013-2018.

interlocutores en el campo. La preocupación de mis compañeros médicos en relación a *mis resultados* estaba dada por la naturaleza epistemológica de mis datos. “*No podemos publicar una anécdota*” fue una de las primeras frases de un médico del equipo cuando le expliqué que iba a investigar desde una perspectiva cualitativa. La legitimidad de los resultados de mi investigación estaba dada por la elaboración de datos cuantitativos sobre la población a estudiar. En la negociación implicada en las relaciones de colaboración en investigación, elaboré datos cuantitativos sobre mi población de estudio, pero a medida que los informes técnicos avanzaban, me daba cuenta que estaba escribiendo justamente aquello que criticaba en el ámbito académico. Estaba escribiendo para un “lectorado orientado hacia la acción” (Marcus y Cushman, 2003, p.198) que necesitaba el detalle de las conductas perjudiciales para la salud de los pacientes, para elaborar estrategias de intervención educativas en la población y así prevenir futuras infestaciones. De este modo, estaba aportando a una noción de cultura como una totalidad autocontenida, formada por patrones coherentes que me harían explicar la conducta de los sujetos (Geertz, 1987; Rosaldo, 1989). Entonces, ¿cómo interpretar los comportamientos de los sujetos en el campo sin contribuir a la formulación de argumentos que los responsabilicen de sus padecimientos?

1.3. Estrategia teórico-metodológica.

En este laberinto de la casuística social, los aportes teóricos de la perspectiva relacional antropológica (Menéndez, 1992) y la epidemiología crítica (Breihl, 2007, 2011) me permitieron problematizar las tensiones en torno a las ideas del cuidado de la infancia y su salud que observaba en la labor etnográfica. Los estudios antropológicos sobre la infancia mencionados en los antecedentes (e.g., Szulc, 2014; Alvares, 2010) y la perspectiva relacional que implica pensar los problemas en el marco de “relaciones específicas y generales de hegemonía/subalteridad” (Menéndez, 1992, p.374) brindaron un marco teórico para pensar la niñez como un campo heterogéneo que se construye en las tensiones de una multiplicidad de actores que desarrollan “relaciones asimétricas, simétricas, complementarias y antagónicas” (ídem). Por su parte, los aportes de la epidemiología crítica (Breihl, 2007) permiten entender las relaciones entre historia de la naturaleza e historia de los seres humanos en permanente condicionamiento, de modo dialéctico y no determinístico. En articulación con estas ideas, entendemos la cultura como “la decantación de la experiencia histórica acumulada por un colectivo, y el mito y las costumbres, una forma de condensación y simbolización de un proceso histórico” (Segato, 2014, p.148). Los aspectos culturales del cuidado infantil son

entendidos como “un conjunto de interacciones más permeables, en el que convergen distintos procesos que vienen desde dentro y más allá de sus límites” (Rosaldo, 1989, p.41). Estos diversos procesos se originan entonces a partir de las diferencias de edad, género, etnia y clase que interactúan de diversos modos con mi posición en ese campo y que estructuran los antecedentes mencionados en el marco teórico.

El posicionamiento teórico metodológico mencionado, me llevó a tomar decisiones en el proceso de investigación referidas a la selección de actores sociales significativos sobre la problemática de estudio. Los estudios dedicados al cuidado infantil en contextos de alteridad, suelen trabajar únicamente poblaciones indígenas (Alvares, 2012; Remorini, 2013), mientras que aquellos interesados por la salud nutricional infantil sólo trabajan con las dimensiones biológicas de los niños indígenas (Labadie, 2010). Por lo tanto, siguiendo la propuesta de la perspectiva relacional (Menéndez, 1992), extendí mi labor etnográfica a otros sectores rurales donde convivían familias kollas, ava-guaraníes y criollas. Esta elección metodológica tuvo por objetivo observar cómo se expresan las diferencias y desigualdades sociales, de género y etnia a nivel diádico, familiar, comunitario e institucional. Lo *relacional* está dado entonces por identificar los discursos y las prácticas de la multiplicidad de actores que constituyen el campo de disputas del cuidado infantil: madres, padres, pediatras, agentes sanitarios, hermanos, abuelos, funcionarios de gobierno, agentes de ONGs, médicos APS, enfermeros e incluso niños, tanto indígenas como no indígenas, considerando también la propia voz y el posicionamiento ético de quien realiza la etnografía.

Partiendo de la definición relacional de la infancia, no acotamos *a priori* la edad de los niños que se incluyeron en la investigación²². Con el objetivo de atender a la periodización del ciclo vital vigente en cada contexto, se evita asumir la edad como una constante, porque ello supondría negar tanto la agencia de los niños como el carácter socio-histórico de la niñez (Christensen y Prout, 2002). La noción de “simetría ética” (ídem) ha sido orientadora del proceder de la investigación con interlocutores infantiles, a quienes, al igual que los interlocutores adultos, procuramos garantizar la preservación de su anonimato durante todo el proceso de investigación, así como también respeto por sus decisiones de si y cómo participar (Szulc et. al., 2012).

Por otro lado, la definición de infancia utilizada implicó no sólo trabajar con niños, sino también con aquellos adultos que forman parte de su vida social. Los mismos deben

²² De acuerdo con la Convención Internacional de Derechos del Niño (1989), se considera “niño” a toda persona menor de 18 años. Si bien se utilizó este criterio para definir los interlocutores infantiles durante el proceso de investigación, aunque en determinadas instancias que serán detalladas, se focalizó en el trabajo con niños menores de 6 años.

articularse con la diversidad de clivajes sociales que otorgan las trayectorias laborales (patrón/ama de casa/encargado/golondrina/efectivo/changuero/bagallero) y las diferencias de nacionalidad (argentino/boliviana), junto con las diferencias étnicas (kollas/guaraníes/wichí/criollas), y las desigualdades de género y edad. De este modo, las prácticas de cuidado infantil organizadas por las poblaciones rurales son analizadas en relación con las historias de vida, las condiciones laborales y habitacionales propias de los interlocutores en el campo.

A continuación se definen una serie de categorías claves para la descripción del estudio. Más específicamente, se trata de los modos en que nombramos y describimos los espacios donde se ubica la mirada etnográfica.

1.4. Entre lo rural y lo urbano: la *interfase periurbana*.

Nuestro objeto de estudio se sitúa en el abordaje y el análisis de las prácticas de cuidado infantil en los contextos rurales del departamento de Orán, Salta. Ahora bien, ¿qué entendemos por rural? En principio, resulta clave aclarar la concepción de espacio con la que trabajaremos. Lejos de entenderlo como una mera entidad física, consideramos al espacio como el resultado de relaciones sociales (Santos, 1996), un producto histórico, cargado de significados simbólicos, que posee dimensiones “metafísicas e incluso imaginarias” (Lyytinen, 2015, p.49, traducción propia). En esta línea semántica, el territorio constituye una “objetivación multidimensional de la apropiación social del espacio” (Bustos Cara, 1996, p. 262 traducción propia), cuyo abordaje etnográfico, permitirá “describir los flujos en múltiples sentidos, permitiendo dar cuenta de la capacidad de agencia de los actores sociales en sus diferentes roles” (Mastrángelo y Trpin, 2007, p.3).

Entender al territorio desde esta perspectiva implica pensar que el mismo se constituye a partir de las transformaciones entre la ciudad y el campo. En las últimas décadas han acontecido cambios en el contexto agrario y en el modelo de acumulación (Gras y Hernández, 2009) que nos obligan a reflexionar sobre la clásica distinción entre urbano y rural, incluso preguntarnos si ha dejado de ser explicativa (Breihl, 2010). En este sentido, Allen y Lacabana (2003) sostienen que la globalización²³ pone en crisis las categorías tradicionales de centro-periferia y urbano-rural, señalando la necesidad de atender a las interacciones tangibles y circulaciones entre ambos espacios. La expansión de las áreas urbanas, junto con la

²³ Se entiende por globalización “la constitución y el funcionamiento de la economía en forma de red transnacional y la mundialización considerada como la difusión en el ámbito planetario de los modos de vida, cultura y organización sociopolítica occidentales” (Allen y Lacabana, 2003, p.1).

concentración de servicios, sumadas a las desigualdades económicas de los agentes económicos de las áreas agrarias, entre otros factores, han conformado la emergencia de espacios de contacto y conflicto entre distintos actores y procesos de cambio acelerados y significativos en la ocupación del territorio. Lo periurbano se define como un área residual de las grandes ciudades, un “producto de la especulación inmobiliaria, un campo para la planificación y control en la ocupación del territorio” (Allen y Lacabana, 2003, p.2). La “interfase periurbana” (ídem) se caracteriza por “la fragmentación y ausencia de instituciones que ordenen el territorio, lo que produce tensiones respecto de quien administra, pero deja absolutamente claro quiénes son los ganadores del espacio” (Allen y Lacabana 2003, en Rodríguez García, 2012, p.30).

En la presente tesis, consideramos la *interfase periurbana* como un concepto clave para comprender la difusión de modos de vida urbanos en contextos rurales y las similitudes entre las condiciones habitacionales del campo y de la ciudad en el departamento de Orán (Rodríguez García, 2011). Asimismo, la interfase periurbana permite comprender las vidas de los niños que reparten su cotidianeidad entre viviendas en el campo y en la ciudad donde pueden ir al colegio. Por esto mismo, resulta necesario observar el espacio rural desde una perspectiva relacional, que atienda a los flujos e interacciones con las urbes, los procesos sociales e históricos que modifican la circulación de poblaciones y las particularidades de las fases periurbanas que constituyen los bordes permeables entre el campo y la ciudad. En el capítulo 2 se analizarán en profundidad las características del mismo, señalando el lugar de la producción agrícola que se realiza en el departamento de Orán, en relación al contexto agrario salteño y argentino, junto con las transformaciones que acontecieron en las últimas décadas, que afectan a los modos de vida de las poblaciones que viven en éstas áreas.

1.5. Entre lo público y lo privado: la *familia* y la *unidad doméstica*.

Considerando las características de nuestro objeto de estudio, resulta necesario recuperar reflexiones sobre los conceptos de familia y unidad doméstica, ampliamente discutidos (Rapp et. al., 1979; Harris, 1984; Jelin, 1984; Almeida Salles, 1988; Narotzky, 1988). Entre varias cuestiones, estos trabajos han señalado la dimensión histórica y social de la familia y sus relaciones domésticas. Estas ideas, se corresponden con los estudios feministas que problematizan la noción naturalista de la familia (Harris, 1985). A partir de la industrialización en los países europeos, se origina una “ideología²⁴ familiar predominante en

²⁴ Siguiendo el legendario trabajo de Rapp, et.al, (1978), Narotzky (1988) señala que la familia es un “constructo ideológico” que funciona reclutando personas en los hogares y que contribuye a “regular las relaciones

la sociedad capitalista que insiste en que los miembros de una familia nuclear deben vivir juntos y que las personas que no estén relacionadas de ese modo no deben vivir juntas” (Harris, 1985, p.201). Durante este mismo proceso histórico vinculado al ascenso de la burguesía, se produce una separación entre el espacio público, al que se le atribuye la “producción” y el espacio privado doméstico donde se llevan a cabo las tareas de “reproducción”. En paralelo, el “trabajo” se define como actividad “extra-doméstica realizada por hombres, invisibilizando y desvalorizando así el trabajo llevado a cabo en el hogar” (Cerri, Alamillo-Martínez, 2012, p.4). El trabajo doméstico se entiende como parte de una esfera privada/familiar, en tanto sigue una lógica diferente al trabajo racional de la esfera pública y masculina, y se hace gratuitamente pensando en el bienestar de los demás, procurando satisfacción emocional en lugar de compensación económica (ídem). Este es el origen de la dicotomía público/privado, que da lugar a que se atribuyan distintos valores a estos espacios, y a que los cuidados queden inscritos en las familias y vinculados a la femeneidad, lo doméstico y por tanto, lo privado.

En línea con nuestros antecedentes teóricos recuperados sobre el género y la organización del cuidado (e.g. Faur, 2014) entendemos a la familia y la unidad doméstica como constructos sociales “influidos y conformados por su relación con el mundo público, definido por la presencia de instituciones varias y prácticas múltiples” (Almeida Salles, 1988, p. 185). Al respecto, Jelín (1985) advierte que los modos de organización y diferenciación entre familia y unidad doméstica están sujetos a las variaciones de procesos sociales más amplios ligados a la distribución y apropiación de recursos naturales, condiciones laborales y habitacionales. Pues, tal como señala Donzelot (1979), la familia es “reina y prisionera de lo social”, en tanto constituye “una forma incierta cuya inteligibilidad se logra solamente si se estudia el sistema de relaciones que mantiene en el nivel sociopolítico” (ibídem, p.25).

Ahora bien, familia y unidad doméstica no constituyen conceptos equivalentes. En términos de Jelín (1984), la familia constituye un grupo de personas que posee un “sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación que se incluye en una red más amplia de relaciones de parentesco, que a veces implican obligaciones y derechos “guiadas por reglas y pautas sociales establecidas” (1984, p.15). Por su parte, la unidad doméstica constituye la “unidad co-residencial donde las personas se encuentran empíricamente” (Rivas et. al., 2009, p. 29). Las mismas “pueden compartir un espacio de trabajo y producción, así como un

sociales tanto dentro de los mismos como en el entorno y puede considerarse un medio de garantizar y ocultar relaciones de poder y explotación en el seno de los hogares” (1988:168). Estas cuestiones están estrechamente vinculadas a las definiciones de infancia y los estudios de cuidado recuperados en el capítulo 3.

espacio de descanso, de convivencia y de consumo, por tanto, de reproducción²⁵” (ibídem, p.30).

En relación al concepto de familia, nos referiremos a familias nucleares, como aquellas que están formadas por un núcleo conyugal primario –con o sin hijos– exclusivamente y otras formadas por una familia nuclear más uno o más parientes no nucleares, es decir, que no son descendientes directos de ese núcleo conyugal. A estas últimas las llamaremos familias extensas²⁶ (INDEC, 2017).

A lo largo del análisis, observaremos los modos en que los procesos sociales, ambientales y políticos afectan la organización del cuidado infantil al interior de las unidades domésticas.

1.6. Precisiones metodológicas.

Con el objetivo general de abordar las prácticas involucradas en el cuidado y la nutrición infantil en poblaciones rurales indígenas y criollas del departamento de Orán, Salta, se realizó trabajo de campo desde una perspectiva etnográfica (Guber, 2001) entre los años 2010 y 2015²⁷. Identificando los discursos/saberes que se construyen en torno a la salud, la niñez y la alteridad entre actores comunitarios, familiares e institucionales. El área de investigación estuvo constituida por el sector rural del Departamento de Orán, zona de frontera nacional de Argentina con Bolivia, con una población en su mayoría mestiza (criolla) de origen boliviano y argentino, así como también originaria de las etnias kolla y avá-guaraní (Hirsch, 2004; Gordillo, 2010; Comunidad Ava-Guaraní La Loma y Echegorry, 2013), área cuya caracterización profundizaremos en el capítulo 2.

Durante el trabajo de campo se utilizaron las siguientes técnicas cualitativas: observación directa (participante y no participante), entrevistas semi-directivas, método biográfico y grupos de discusión (Jociles Rubio, 1999). También se utilizaron técnicas cuantitativas. En los próximos apartados, se presentan el uso de cada una de ellas.

²⁵ “En un sentido amplio, la reproducción se refiere a todas las actividades a través de las cuales las unidades domésticas se reproducen a sí mismas [...] Dado que las actividades domésticas vinculan a los miembros en las relaciones que continuamente producen y reproducen a la sociedad total, las unidades domésticas de distintas clases sociales varía sistemáticamente en su capacidad de obtener, acumular y transmitir recursos” (Rapp et.al., 1979, pps.176-177).

²⁶ Definiciones utilizadas por el Instituto de Censos y Estadísticas. Recuperado de https://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/censo2001s2/Datos/defifami.doc. Consultado 8/9/2017.

²⁷ El trabajo de campo se organizó en ocho estadias de campo durante: 15 de noviembre a 30 de noviembre de 2010; 5 de marzo a 21 de marzo y 3 de mayo al 20 de mayo de 2011; 1-15 de septiembre de 2012; 12-24 de marzo de 2013; 12 de agosto a 4 de septiembre y 5 a 20 de octubre a 2014; 20 de septiembre a 8 de octubre de 2015.

1.6.1. Técnicas de investigación cualitativa.

1.6.1.1. Observación Participante.

La observación participante se realizó en los espacios familiares, comunitarios e institucionales del área de estudio. Siguiendo nuestras consideraciones sobre el espacio (Santos, 1996), utilizamos estas categorías con fines descriptivos, ya que permiten organizar las observaciones realizadas. Las mismas se corresponden con las dimensiones –individual, relacional, comunitario e institucional- de la organización del cuidado analizada por Martín Palomo (2008).

Entendemos los espacios familiares como aquellos donde se producen las relaciones sociales de los integrantes de las unidades domésticas. El espacio familiar característico está constituido por las viviendas de los diversos sectores rurales, edificadas dentro y fuera de las fincas, y de la comunidad ava-guaraní. La realización de observación participante en las unidades domésticas permite advertir que las categorías descriptivas poseen límites permeables y no son excluyentes entre sí. Por ejemplo, gran parte de la vida cotidiana transcurre entre el espacio doméstico y comunitario en el ámbito de las fincas. El *estar ahí* en la vida cotidiana de los hogares, me incluyó muchas veces a mí misma en las actividades de cuidado de las mujeres madres, cuando ante diversas eventualidades no podían quedarse a cargo de ellos.

Como comunitarios, entendemos una variedad de espacios que no sólo se dan en las comunidades indígenas –como pueden ser la organización de festejos y asambleas- sino también los encuentros pentecostales para niños y los festejos de cumpleaños que se hacen en los espacios comunitarios de las fincas rurales. En las fincas, las viviendas sólo poseen espacio para dormir, por lo tanto, la mayor parte de las actividades cotidianas –y sobre todo de cuidado de los niños- transcurren en los espacios comunes: debajo de los árboles que alivian con sombra las altas temperaturas, donde se ubica la bomba de agua o bien donde se espera el colectivo. En los espacios comunitarios de las fincas, los agentes sanitarios organizan los controles de talla y peso para todos los niños que habitan en las fincas. En estos ámbitos, se observaron los diversos modos en que algunas mujeres se organizan, para hacerse cargo del cuidado infantil y la dinámica particular que adquiere la provisión de servicios en el ámbito rural, donde cotidianamente llegaban vendedores particulares de alimentos, artículos tecnológicos y agua potable.

En la categoría de espacios institucionales, ubicamos a los lugares propios del sistema de salud (salas de espera del centro de APS , hospital, sala de enfermería) como también los

espacios ligados a la presencia estatal en el ámbito rural (escuela, puesto de gendarmería, puestos policiales de frontera y la escolita policial infantil²⁸). Entre estos espacios, destacamos el protagonismo del Hospital San Vicente de Paul que constituye una pieza clave de la red sanitaria del área rural de Orán. También fueron claves las observaciones realizadas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de los parajes rurales. Allí se observó en las salas de espera del consultorio pediátrico, clínico y ginecológico, y la organización de los controles nutricionales para la población infantil. También se realizaron observaciones en el centro de salud de Aguas Blancas y de Pichanal, que poseen mayor complejidad que un CAPS y funcionan como sede de las reuniones de pre-rondas de los agentes sanitarios. También se realizaron observaciones directas en las escuelas rurales, registrando actos escolares y reuniones de maestras. Los espacios de la fundación Nutrir Salta, que en el año 2014 adhirieron a la metodología CONIN, también formaron parte del conjunto de espacios institucionales por donde circula la población de estudio, que serán analizados en el capítulo 5.

La distinción de espacios domésticos, comunitarios e institucionales, tiene un objetivo operativo para la descripción de las estrategias metodológicas utilizadas. No obstante, en el *ir y venir* permanente del trabajo etnográfico, hemos accedido a otros espacios que forman parte del campo de disputas del cuidado infantil, pero que no necesariamente ingresan en nuestra tipología. Se ha acompañado a madres que llevan a sus hijos a curanderos ava-guaraníes, por padecimientos para los que el sistema médico no ofrece un tratamiento. Estas visitas forman parte de los itinerarios terapéuticos (Alves y Souza, 1999) que las madres emprenden para cuidar la salud de sus hijos, por lo tanto, son piezas fundamentales de los modos en que se organiza el cuidado en estos contextos. Tales itinerarios, algunas veces implicaron el viaje a la localidad de Los Blancos, en el departamento de Rivadavia Norte o a la ciudad boliviana de Bermejo. Así, el trabajo de campo adquirió un carácter multi-situado (Marcus, 2008), donde el *estar ahí* implicó deslocalizarse, cruzar fronteras geográficas y morales, siguiendo las conexiones que las personas realizan en búsqueda del cuidado de los suyos. Las observaciones en estos espacios, también permitieron visualizar otros modos de entender la infancia y su cuidado en un espacio y tiempo determinado.

²⁸ La escolita policial infantil, es una actividad que se organiza en el departamento de Orán desde el año 1996. Ubicada en cada comisaría, pueden concurrir a ella los niños que pertenezcan a la jurisdicción de la misma. En los sectores rurales, los niños contactados en el campo, concurrían a la escolita policía ubicada en el destacamento de Aguas Blancas. La misma funcionaba tres veces por semana, realizando actividades de recreación de forma separada para niñas y niños. También organizan una vez al año campamentos donde todas las escolitas de la provincia reúnen a sus alumnos. Más información sobre esta institución en el capítulo 3.

1.6.1.2. Entrevistas.

Las entrevistas semi-estructuradas, abiertas (EA) y en profundidad (EP) se realizaron con una diversidad de sujetos²⁹. Cabe destacar que los interlocutores en el campo no son meros informantes o sujetos “de investigación” sino que constituyen sujetos reflexivos informados de los objetivos de investigación del etnógrafo (Marcus, 2008). En este sentido, respetando los principios éticos de la investigación y el uso de consentimiento informado, la entrevista posee un efecto organizador para el narrador (Bernard, 1995) que permite generar un intercambio entre investigador e interlocutor. Las entrevistas fueron realizadas a diversas personas comprometidas en la organización del cuidado infantil en el contexto de estudio: madres, padres, abuelos, hermanos, maestras, médicos, agentes sanitarios, y enfermeros principalmente. En general, las entrevistas fueron diseñadas a partir de los registros de observación, en función de temas que fueron surgiendo como relevantes y en diálogo con el propio marco teórico y objetivos de la investigación. Las mismas se desarrollaron siguiendo un orden temático que tuviera coherencia con el material a recabar. Sin embargo, dado que se trató de entrevistas antropológicas (Jociles Rubio, 1999), en las mismas fueron surgiendo nuevos temas y ejes.

Se entrevistaron en profundidad a 33 (treinta y tres) mujeres de los sectores rurales y a un hombre. Estas mujeres compartían diversos roles en la estructura familiar y social: son hijas, hermanas, madres, esposas, viudas, abuelas, suegras, usuarias del sistema de salud, trabajadoras en la producción rural y por sobre todas las cosas, son las principales cuidadoras de los más pequeños.

También se entrevistaron una diversidad de niños en el campo. Los 16 (dieciséis) niños y niñas con las que hemos realizado entrevistas en profundidad, fueron contactados a partir de la permanencia en espacios comunitarios.

Otros sujetos claves del campo, fueron los trabajadores del sistema de salud. Se entrevistaron en profundidad 13 (trece) agentes sanitarios de áreas rurales y 4 (cuatro) de sectores periurbanos. Por otro lado, también se entrevistaron 5 (cinco) médicos del PROAPS y 2 (dos) del Hospital San Vicente de Paul y a 6 (seis) enfermeras, 2 (dos) del Hospital San Vicente de Paul y 4 (cuatro) de diversos puestos sanitarios del PROAPS. Se realizaron entrevistas a integrantes del personal de salud con cargos gerenciales: la jefa departamental del PROAPS del departamento de Orán, la gerenta del centro de Salud de Pichanal y una pediatra con cargo gerencial en el Hospital de San Vicente de Paul. No considero un dato

²⁹ Cada entrevista citada a lo largo del análisis lleva su código con el tipo de entrevista que la origina. La tabla de códigos está en el anexo metodológico.

menor que todas las personas con cargo gerencial que me recibieron fuesen mujeres, pues en diversas oportunidades intenté entrevistar a varones con cargos altos administrativos, y a último momento, o bien cancelaban la cita o no se presentaban.

También se realizaron entrevistas en profundidad a otros sujetos, no menos importantes en el contexto oranense. Referentes de las comunidades indígenas de La Loma Tabacal y de diversas comunidades kollas y ava-guaraníes fueron entrevistadas en profundidad y brindaron valiosa información sobre los conflictos por tierras en la zona rural. El abogado Hernán Mascietti, defensor de las comunidades indígenas en los litigios por tierras contra el Ingenio San Martín de Tabacal y el agrónomo Matías García Rodríguez del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) fueron también sujetos fundamentales del campo, plenamente informados sobre mis objetivos de investigación con quienes entablamos “relaciones politizadas de colaboración” (Marcus, 2008, p.33). En ciertas oportunidades, los habitantes de la comunidad Arcoiris, necesitaron de mis registros fotográficos y mi elaboración de mapas satelitales de sus territorios. En estas colaboraciones, pude entrevistar también a los referentes locales de ENDEPA, que brindaron informes y datos claves sobre la situación de los pueblos indígenas en la zona.

1.6.1.3. Método biográfico.

Con algunas de las personas mencionadas, también se utilizó la técnica del “método biográfico” (Jociles Rubio, 1999). El mismo permite conocer cómo los procesos sociales e históricos se inscriben en las vidas de los individuos. Fueron once las historias de vida realizadas: dos con referentes indígenas, tres con agentes sanitarias, dos con enfermeras y cuatro con madres de los sectores rurales. Las mismas fueron realizadas en las últimas estadias de campo, cuando los vínculos entablados fueron lo suficientemente sólidos para poder preguntar y repreguntar sobre la biografía de cada interlocutor. El uso de esta técnica permitió conocer las condiciones de vida en que se han ido gestando las representaciones sociales de los sujetos y sus prácticas individuales, allí es donde radica su importancia y valor.

1.6.1.4. Grupos de discusión (GD).

También se organizaron dos grupos de discusión (Jociles Rubio, 1999). Si bien esta técnica suele ser utilizada para buscar consenso, en el trabajo de campo, se realizó más bien para crear un espacio donde los integrantes de la discusión pudieran debatir y reflexionar sobre sus propias prácticas. Se realizó uno con doce agentes sanitarios del área rural, con el objetivo de conocer sus opiniones en torno a la emergencia de déficits nutricionales. Para

iniciar el debate se solicitó a los agentes sanitarios que describieran por qué eligieron ser agentes sanitarios, cuál es su lugar de trabajo y qué es lo que más les gustaba de su trabajo. Luego se indagó en su propia perspectiva sobre las causas que generan los padecimientos de la población paciente. El grupo de discusión tuvo una duración de dos horas y media. Se registró con grabador.

Otro grupo de discusión fue organizado con siete madres de los sectores rurales. En este grupo, el objetivo fue indagar sobre los modos de atención de los agentes sanitarios y los modos en que a ellas les gustaría que fuera la atención sanitaria. Las consignas fueron:

- 1) ¿Cuál fue la última vez que fueron a la *salita*? ¿por qué?
- 2) ¿Se sintieron bien atendidas?
- 3) ¿Cuándo fue la última vez que se sintieron bien atendidas en el centro de salud?
- 4) ¿A dónde van cuando no van a la *salita*?

A partir de estos disparadores, surgieron temas no previstos como, por ejemplo, experiencias de violencia obstétrica en el Hospital de San Vicente de Paul o el cobro ilegal por la asistencia médica en dicha institución a las mujeres de nacionalidad boliviana. También surgieron relatos sobre las visitas a curanderos de la zona y la atención médica en consultorios privados de la ciudad boliviana de Bermejo. Toda la discusión fue registrada con grabador y luego transcrita.

En la siguiente Tabla pueden observarse una síntesis de las técnicas cualitativas mencionadas y los interlocutores del campo.

Cuadro 1. Descripción técnicas cualitativas

| Técnica | Observación Participante | Entrevistas semi-estructuradas, abiertas y en profundidad | Método Biográfico | Grupos de discusión |
|-----------------|---|--|--------------------------|----------------------------|
| Espacios | | | | |
| Familiares | -Viviendas familiares -Cocina -Dormitorios -Baños | Mujeres (33) Hombres (1) Niña/os (16) | Mujeres madres (5) | Siete Madres fincas (1) |
| Comunitarios | -Lugares comunes de las fincas (Piletones, comedores, pensiones) -Asambleas indígenas -Centro pentecostal -Pensiones | Referentes indígenas (4) Psicóloga ENDEPA (1) Abogado Indígena (1) Técnicos INTA (4) Pastor evangélico (1) | Referentes Indígenas (4) | |

| | | | | |
|-----------------|---|--|---|---|
| Institucionales | <p>Salud: Hospital San Vicente de Paul, Centro salud Aguas Blancas, Pichanal; Centro de Atención Primaria de la salud (CAPS) de el 26, Fortaleza y de zonas periurbanas. Hospital Materno Infantil el Milagro, ciudad de Salta. Fundación CONIN (Orán y Morillo).</p> <p>Educación: escuelas rurales.</p> <p>Seguridad: Escuelita policial infantil, puestos de gendarmería y de Aduana.</p> <p>Administrativo: Municipalidad Orán.</p> | <p>Agentes Sanitarios (13) Enfermeras (6) Médicos (5) Médicas con cargo gerencial (3) Empleado Municipalidad área Vivienda (2) Maestras (3) Psicopedagogas CONIN (3)</p> | <p>Enfermeras (5) Agentes sanitarias (3)</p> | <p>Doce Agentes sanitarios zona Río Pescado (1)</p> |
| Otros | <p>Consultorios médicos privados, consultorio curanderos. Encuentro Nacional de Mujeres 2014, Encuentro Nacional de la mujer rural, 2016.</p> | <p>Curanderos (2) Periodista Fuera de la Ley (1)</p> | - | - |

1.6.1.5. Fotografía.

Si bien el análisis antropológico no se focaliza en la reflexión metodológica de herramientas de registro visual, considero necesario aclarar que mi ingreso al campo fue como fotógrafa. Durante las primeras estadias fui contratada como fotógrafa del equipo de investigación médica. De este modo desde los inicios del campo, estuve registrando con la cámara fotográfica los diversos espacios donde luego profundicé el enfoque etnográfico. Ahora bien, la cámara no fue utilizada con la mera finalidad del registro, sino como una “forma de comunicación” (Orobítg Canal, 2004). Gran parte de las imágenes que obtuve en los primeros viajes, fueron impresas en papel y luego mostradas y regaladas a los sujetos en el campo. Mirar las fotografías con las mismas personas que aparecen reproducidas en el campo, “supone establecer una comunicación con ellas y permite producir relatos distintos a los que se producen a partir de relatos de interacciones verbales” (ibidem, p.5). Lentamente, se fue creando una dinámica donde cada vez que regresaba al campo, algunos sujetos contactados

estaban esperando que les llevara nuevas fotografías. En este sentido, considero que la fotografía fue un instrumento clave, porque me permitió afianzar vínculos y facilitar aún más –parafraseando a Fonseca (1999)- la comunicación durante el proceso etnográfico. La fotografía, al fijar y fragmentar la experiencia, aporta una nueva mirada a la vida cotidiana. Por eso mismo, en varias entrevistas, el punto de partida ha sido comenzar a hablar sobre el lugar donde estas personas del ámbito rural habían vivido. Simplemente a partir de la imagen de la vivienda actual, yo hacía la pregunta de ¿esto siempre fue así? Con este interrogante, se abrían temas sobre cómo el paisaje rural había sido modificado a lo largo de sus vidas, y cómo esos procesos los habían llevado a tomar determinadas decisiones.

Por otro lado, observaciones en el espacio doméstico, los niños me mostraban los álbumes de fotos familiares. El acto de mostrar esas fotografías, iba acompañado de relatos y narraciones sobre eventos familiares, memorias y situaciones significativas sobre sus vidas y las de sus parientes. Mirar imágenes familiares me permitió conocer las historias de vida de cada uno de los integrantes del hogar, así como también entender qué situaciones y experiencias de sus vidas eran significativas para ser recordadas.

1.6.1.6. Técnicas de documentación.

Hasta aquí hemos descripto las técnicas de investigación utilizadas para producir nuestras fuentes primarias. No obstante, hemos utilizado también técnicas de documentación (Valles, 2000) para el análisis de informes sanitarios elaborados por el PROAPS y otras instituciones preocupadas por el diagnóstico de la salud materno-infantil. Entre ellos destacamos:

- Registros semestrales del PROAPS de la zona operativa de estudio;
- Informes Sala de Situación del Ministerio de Salud de Salta;
- Publicaciones oficiales sobre los cambios en los criterios de evaluar los controles nutricionales (Calvo et. al, 2009; Gobierno de la Provincia de Salta y UNICEF Argentina, 2012).
- Documentos oficiales del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, Plan Nacer, Plan Nacer +Sumar elaborados por el Ministerio de Salud de la Nación y por el Ministerio Provincial;
- Informes que caracterizan la situación sanitaria de la población provincial y específicamente de la población infantil (Tuñón 2012, 2013, 2014, 2015; CIPPEC, 2013; UNICEF, 2016).

También se utilizaron técnicas de documentación para el análisis de diversas fuentes secundarias (documentales, institucionales y periodísticas) que describen los casos de niños con déficits nutricionales y serán analizadas en el capítulo 5.

1.6.2. Técnicas de investigación cuantitativa.

Las técnicas cuantitativas se utilizaron en diversas instancias de la investigación, como complemento del análisis cualitativo. En los inicios del trabajo etnográfico, durante los primeros contactos con los agentes sanitarios y el acompañamiento en sus visitas domiciliarias, se realizó una “encuesta mediante cuestionario” (Jociles Rubio, 1999) que tuvo por objetivo la caracterización sociodemográfica de una muestra no probabilística para la investigación médica. La realización de este primer cuestionario (ver Anexo metodológico) fue estratégica en varios sentidos. En primer lugar, porque permitió obtener información cuantitativa que puede dialogar con los registros e informes elaborados por PROAPS. En segundo lugar, porque con aquellas personas que mostraron tener apertura y disponibilidad, pude entablar relaciones que se extendieron por fuera de las visitas domiciliarias del PROAPS. A partir de estos vínculos, crecieron otros que dieron forma lentamente al proceso de “bola de nieve” (Patton, 2009) que me permitió conocer otros espacios del ámbito rural.

En vistas de sistematizar la variabilidad de espacios rurales observados a partir de dicho proceso, se realizó un muestreo intencional (Patton, 1990) en tres sectores rurales. Si bien estas muestras no permiten proyectar fenómenos sociales a poblaciones generales, permiten cartografiar las prácticas del cuidado infantil en relación a variables sociales tales como las condiciones laborales, habitacionales y la tenencia de la tierra. Así pues, esta decisión metodológica está estrechamente ligada a la definición relacional de la infancia y su abordaje contextualizado, más allá de las fronteras del ámbito familiar y doméstico. Dichas muestras se describen con la presentación de cada sector de trabajo (Ver apartado 1.7.1).

También se realizó una muestra intencional, con base en evidencia empírica para la definición de criterios de inclusión y exclusión (Patton, 1990). Con el objetivo de indagar en la problemática de los déficits nutricionales, se tomó como unidad de análisis todos los niños menores de seis años pacientes del PROAPS entre septiembre y octubre de 2015. En ese total de 161 niños, se identificó cuáles habían sido diagnosticados en su último control del PROAPS con las clasificaciones del PROAPS para los déficits nutricionales en aquel momento: RBP (riesgo de bajo peso), BP (bajo peso) y MBP (muy bajo peso). Las tres categorías se subsumieron en la categoría integradora de niños “en riesgo” y luego se

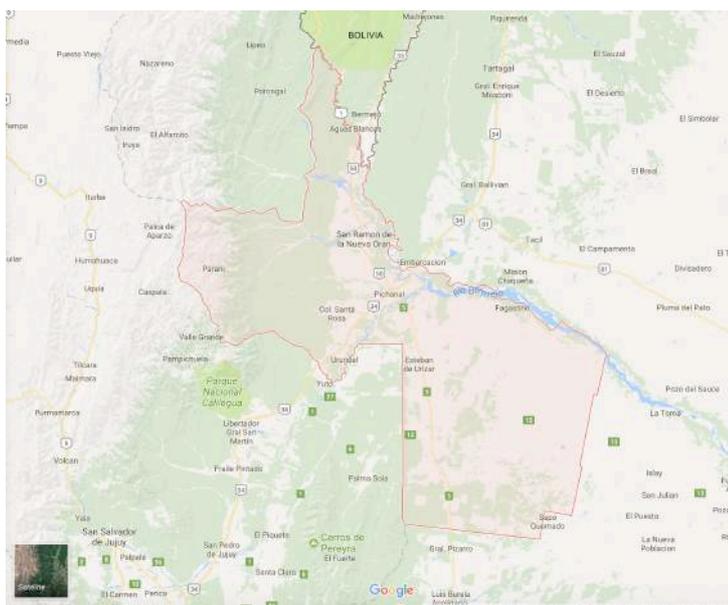
procedió a localizar la distribución de esos niños en riesgo en los sectores en que se realizó el trabajo etnográfico. Este muestreo intencionado (Patton, 1990) tuvo por objetivo problematizar el enfoque de riesgo del PROAPS y la comprensión de la alimentación como una elección individual. El mismo se analizará en el capítulo 5.

1.7. Caracterización del área de investigación.

El departamento de Orán está formado por los municipios de Colonia Santa Rosa, Hipólito Yrigoyen, Pichanal, San Ramón de la Nueva Orán y Urundel que juntos suman una superficie de 11.892 kilómetros cuadrados. Allí habitan 138.018 personas de las cuales el 34,91% son menores de 15 años (INDEC, Censo Nacional 2010). Con una bajísima densidad poblacional (11,6 habitantes por kilómetro cuadrado), la mayor parte de la población se concentra en los centros urbanos, tales como Orán (82.413 habitantes) y Pichanal (24.595 habitantes) (INDEC, 2010). Según la Sala de Situación de la provincia de Salta (2013), el 43,2% de la población departamental presenta Necesidades Básicas Insatisfechas³⁰, el 40,17% no está conectado a desagües cloacales y el 9,25% no tiene agua corriente (ibidem, 2013). De la población total del departamento, 4.725 familias pertenecen a las etnias wichí, guaraní y kollas (Suárez, 2016).

El territorio oranense, forma parte del “ramal azucarero salto-jujeño” (Reboratti, 2009; Gordillo, 2010), más precisamente en la zona que se recorta desde el cruce de Pichanal hasta la frontera con Bolivia por la ruta nacional 50, pasando por la ciudad de San Ramón de la Nueva Orán. El clima subtropical con estación seca, cálido y húmedo, con intensas precipitaciones estivales, que se concentran entre noviembre y abril, habilita la realización de cultivos típicos estivales en invierno para atender el mercado de primicia de los grandes centros urbanos del país (Rodríguez García, 2009). Al mismo tiempo los suelos son ricos en materia orgánica y aptos para desarrollar cualquier tipo de producción agropecuaria (Reboratti, 2009). Estas condiciones óptimas para la producción agrícola han sido aprovechadas a lo largo de los siglos por diversos grupos sociales y en distintas condiciones.

³⁰ Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores: hacinamiento, más de tres personas por cuarto; vivienda, habitan en una vivienda de tipo inconveniente -pieza de inquilinato, pieza de hotel o pensión, casilla, local no construido para habitación o vivienda móvil- excluyendo casa, departamento, rancho; condiciones sanitarias: no tiene ningún tipo de retrete; asistencia escolar, tiene al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela; capacidad de subsistencia: tiene cuatro o más personas por miembro ocupado, cuyo jefe no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria (INDEC, 2010). Según este mismo censo, el porcentaje de población argentina con NBI es del 12,9%, por lo tanto la población de Orán, supera ampliamente la media nacional (idem).



Límites departamento de Orán. Fuente: Google Maps.
Recuperado el 29/10/2017.

Diversos documentos confirman que en el siglo XVII los valles de San Francisco y Zenta, estaban ocupados por parcialidades wichís y tobas del Gran Chaco en un contexto de continuas interacciones con “chiriguano”³¹ y grupos de las tierras altas andinas (Fernández Cornejo, 1989 [1791] en Gordillo, 2010, p. 211). “Los chiriguano estaban asentados en el curso superior del Bermejo, desde el nacimiento del mismo en los ríos Condado y Oroza, hasta la desembocadura del río Blanco, en el margen derecho del Bermejo, aunque ocasionalmente se los encontraba más al sur en la Junta de los ríos Bermejo y San Francisco” (Morillo, 1910 en Reboratti, 2009, p.58). Dicho grupo étnico practicaba la agricultura de tumba y quema, basándose en la producción itinerante de maíz, mandioca y zapallos, que los llevaba a trasladarse por toda el área que va desde la actual Santa Cruz de la Sierra y hacia el Este, hasta las tierras bajas del Chaco. Una cantidad de topónimos guaraníes nombran lugares de dicha área geográfica –como el parque nacional Baritú- dando cuenta de la presencia ancestral en estas tierras bajas, que también son conocidas como el “umbral” al Chaco salteño

³¹ Las poblaciones que actualmente se reconocen como ava-guaraníes que habitan en Salta y Jujuy, fueron denominadas “chiriguano” en la literatura histórica y etnográfica (Hirsch, 2004). El pueblo indígena guaraní proviene de la etnia tupi-guaraní del Amazonas que entre los siglos XV y XVI se dispersó por América del Sur. Dos grupos fueron los que ingresaron a lo que actualmente constituye el territorio argentino: los mbya-guaraní, que se expandieron por Brasil, Paraguay y en las provincias argentinas de Misiones y el norte de Corrientes, y los ava-guaraní, que se radicaron en el oriente boliviano y las actuales provincias argentinas de Salta y Jujuy (Biraben Castelnovo, 2010). Existe una diversidad de estudios del campo de la etnohistoria sobre dicho grupo étnico. Destacamos Susnik (1968), Saignes y Combes (1995) y Metraux (1948).

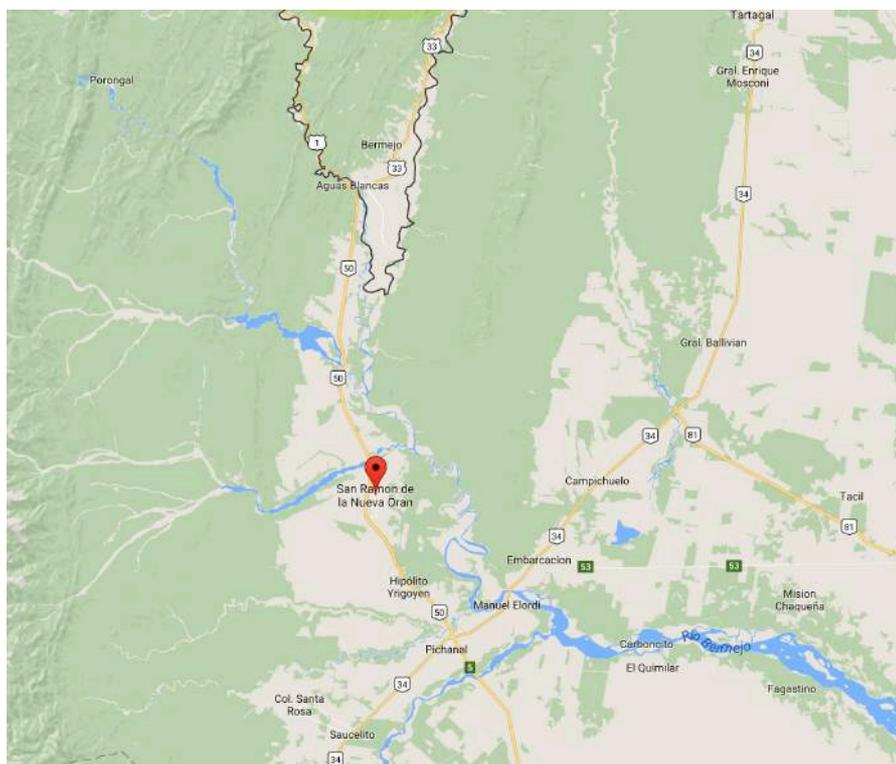
(Reboratti, 2009). La ubicación intersticial de los grupos guaraníes, implicaba un freno a la expansión de los grupos étnicos relacionados al imperio inca y también a las parcialidades wichí y toba de las tierras chaqueñas. Los guaraníes también desafiaron y mostraron una feroz resistencia al avance español, pero fueron diezmados por el avance del Estado y de colonos hacia fines de siglo XIX, cuando “optaron por formas de resistencia no bélicas, de repliegue y migración que le permitieron sobrevivir” (Hirsch, 2004, p.68).

La llegada del ferrocarril y el inicio de la producción azucarera industrial a principios de siglo XX, tuvo un rol determinante en la transformación social y espacial de la cuenca del Alto Bermejo (Literas, 2008). La espesa vegetación de la selva pedemontana se transformó en campos de monocultivo y se inició un proceso de semi-proletarización de los grupos étnicos locales. Este proceso implicó la migración masiva de poblaciones guaraní, kolla, toba y wichí, hacia los ingenios azucareros de Jujuy y Salta (Gordillo, 2010). Dichos grupos étnicos trabajaban y vivían en el Ingenio de San Martín de Tabacal, ubicado a pocos kilómetros de la ciudad de Orán, en la ciudad de Hipólito Yrigoyen, entre los meses de abril y noviembre. Luego volvían a sus poblaciones de origen, aunque estas poblaciones se asentaron en los llamados *lotes* con nombres de familiares del dueño del ingenio, Robustiano Patrón Costas, donde los trabajadores tenían sus viviendas. El proceso de tecnologización de la producción del Ingenio a mediados de la década de 1960, significó la expulsión de miles de trabajadores en distintas zonas del departamento de Orán, sobre todo en los centros urbanos de Orán, Pichanal e Hipólito Yrigoyen (Red Yaguareté, 21/3/2012). Miles de familias de las etnias mencionadas, construyeron sus viviendas conformando asentamientos en los bordes de estas ciudades y algunas en diversas áreas rurales. En el capítulo 2 analizaremos más extensamente los procesos sociales, políticos y económicos que delinearon la formación del espacio oranense, así como también la relación con ellos y las actuales condiciones laborales de los sujetos que viven en cada sector seleccionado.

1.7.1. Selección de sectores.

A continuación describimos los sectores seleccionados y cómo se logró el acceso a cada uno de ellos. La selección de unidades domésticas en tres sectores del ámbito rural, se realizó a través de una muestra exploratoria donde se entrevistó a todas las personas contactadas a través de la técnica de “bola de nieve” (Patton, 1990), hasta completar cien unidades domésticas (N=100). La red se desplegó a partir de los agentes sanitarios del PROAPS, y luego a través de las propias familias entrevistadas.

Los datos que se presentan a continuación reproducen la fotografía de la información recabada al momento de realizar el trabajo de campo. Se repone la foto con la finalidad de describir y contextualizar, haciendo la advertencia de que se utilizan seudónimos con el objetivo de preservar la identidad de los interlocutores –informantes claves o entrevistados- y de los sectores específicos que habitan.



Área de trabajo de campo, donde se encuentran los sectores seleccionados.
(Google Maps, 5/6/2017)

1.7.1.1. Sector I: “El 26”.

El acceso a este paraje se dio a través del acompañamiento a agentes sanitarios. El mismo se encuentra en los márgenes de la ruta nacional 50, donde se ubican empresas agropecuarias –llamadas fincas- que demandan mano de obra intermitente para su producción. Estas empresas, tienen un promedio de 1000 hectáreas cada una y poseen casi la totalidad de las tierras rurales, junto con el complejo agro-industrial de San Martín de Tabacal, que posee 45.000 hectáreas en el área rural de Orán (Rodríguez García, 2011). Las posibilidades de la población rural de vivir en esta zona son, o bien dentro de los terrenos finqueros, o en los asentamientos a la vera de la ruta nacional en dirección a Bermejo (Bolivia).

En el 26 se organizaban 53 unidades domésticas, cuyas viviendas estaban edificadas entre un asentamiento en los márgenes de la ruta y una finca de producción agrícola. En este

sector seleccionamos una muestra de 42 familias, 32 de ellos habitan en fincas y 10 en el asentamiento (94 mujeres y 133 hombres). Todos ellos forman 35 unidades domésticas. En sólo dos de ellas no habitaban personas menores de 10 años. Los habitantes de este sector trabajan en las fincas de producción agrícola o se dedican al *bagalleo*³². Este sector esta conformado por familias ava-guaraníes, bolivianas migrantes de trabajadores golondrinas y familias que se autoidentifican como criollas. Ninguno de los habitantes posee títulos de tierra, ni está conectado a redes de agua potable.

1.7.1.2. Sector II: “Fortaleza”.

El acceso a este barrio fue posible por los contactos con los agentes del PROAPS. La Fortaleza está ubicado en los sectores rurales del municipio de Pichanal, a 30 kilómetros de la ciudad de Orán. La formación de este barrio es el resultado de la lucha del pueblo ava-guaraní y de procesos económicos e históricos implicados en la conformación del espacio rural oranense.

En este sector la muestra está compuesta por 74 familias organizadas en 62 unidades domésticas donde habitaban 431 personas (196 mujeres y 235 hombres). En el 74% de las UD (n=55) vivían menores de 10 años. En este barrio, también había un CAPS y trabajaba el sistema de APS con tres agentes sanitarios. Las familias estaban formadas por personas de la etnia wichi, guaraní y kolla y también familias criollas.

1.7.1.3. Sector III: Comunidad Ava-Guaraní “Arcoiris”.

Esta comunidad funcionaba como una unidad de producción agrícola de pequeña escala y estaba integrada por familias ava-guaraníes que vivían a pocos kilómetros del centro urbano de Orán. Los territorios de Arcoiris había sido reconocidos en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), aunque eran objeto de intrusiones de terceros y amenazas de desalojos³³. El acceso a la comunidad se dio a través de sus referentes, quienes me

³² Esta actividad consiste en el pasaje de mercaderías de Bolivia hacia Argentina, por caminos que surcan los terrenos finqueros, que evaden los controles de las gendarmerías de ambos países. Durante el trabajo de campo este paso fronterizo binacional ha adquirido visibilidad mediática y ha sido relacionado con el narcotráfico (La Nación, 2/11/2015). Ver ejemplos de trabajadores bagalleros en capítulo 3.

³³ Haydee, referente de la comunidad, relató cómo el 5 de agosto de 2004, la empresa Search S.A., seguridad del Ingenio, irrumpió en terrenos de la comunidad “con gasolina para prender fuego las viviendas donde había familias” (EP36, 12/10/2014). Los integrantes de la comunidad presentes, se encadenaron frente a las topadoras y al personal de seguridad y lograron resistir la represión. No obstante, las acciones de las fuerzas de seguridad dejaron lisiado de por vida a Benjamín Flores, miembro de la comunidad. El ingenio ya ha perdido un juicio posesorio en contra de la comunidad, pero está demandando a la comunidad por un juicio reivindicatorio que tuvo audiencia en septiembre de 2015. En el capítulo 2, profundizaremos la situación de la comunidad.

solicitaron la elaboración de mapas para visibilizar el cambio del curso de uno de los ríos cercanos por maniobras del Ingenio San Martín de Tabacal.

Arcoiris estaba integrada por 47 unidades domésticas que suman más de 265 personas, para las que la producción agrícola a pequeña escala constituye su principal, y muchas veces, único ingreso. No toda la población de la comunidad vivía permanentemente en estas tierras debido a la falta de servicios. A la comunidad no llegan los agentes sanitarios y la escuela más cercana está a más de 10 kilómetros. La muestra estuvo conformada por ocho (N=8) unidades domésticas, integradas por tres (n=3) familias (22 mujeres y 19 hombres, de los cuales 15 eran menores de 10 años) que viven permanentemente en la comunidad.

Cuadro 2. Descripción Sectores.

| Descripción sectores | “El 26” | “La Fortaleza” | “Comunidad Arcoiris” | TOTAL |
|-------------------------------------|----------------|-----------------------|-----------------------------|--------------|
| Total Viviendas ¹ | 53 | 400 | 47 | 500 |
| Selección Muestra Familias | 42 | 74 | 8 | 124 |
| Unidades Domésticas | 35 | 62 | 3 | 100 |
| UD con menores de 10 años | 40 | 55 | 3 | 98 |
| Mujeres | 94 | 235 | 22 | 351 |
| Hombres | 133 | 196 | 19 | 348 |

¹ Información brindada por agentes de PROAPS.

Estas muestras son el producto del “proceso de bola de nieve” (Patton, 2009) y no nos posibilitan proyectar fenómenos sociales a poblaciones generales. No obstante, ellas permiten cartografiar las prácticas del cuidado infantil en relación a determinaciones más amplias, como las condiciones laborales, habitacionales y la tenencia de la tierra. De este modo, las precisiones metodológicas detalladas junto con la selección de los sectores se vinculan estrechamente a la definición relacional de la infancia y su abordaje contextualizado, por fuera de los límites del ámbito familiar y doméstico.

1.8. Un panorama sobre las formas de cuidado en el ámbito rural.

El recorte teórico metodológico utilizado es producto de una decisión vinculada al

problema de investigación elaborado. La elección de tres sectores del área rural, tuvo por objetivo brindar a lo largo de los capítulos, una mirada panorámica sobre las convergencias y divergencias en las prácticas y discursos de las poblaciones de los sectores rurales. Así pues, decidí no focalizar la mirada únicamente en poblaciones ava-guaraníes y/o únicamente criollas, porque considero que los fenómenos sociales sólo pueden comprenderse de modo relacional, atendiendo a cómo las identidades y las formas de adscripción se construyen dialécticamente. En este sentido, la estrategia de investigación se orientó a brindar un panorama amplio de la heterogeneidad social de los contextos marginados de la sociedad argentina. En esta búsqueda por un panorama de las diversidades de las poblaciones subalternas, decidí incluir grupos ava-guaraníes con y sin títulos de tierra, porque la posesión de tierra es un elemento clave para comprender las experiencias indígenas en la zona. Al mismo tiempo, decidí incluir familias criollas y migrantes, porque ellas constituían los actores sociales protagónicos del ámbito rural seleccionado. De este modo, en enfoque etnográfico desplegó su capacidad perturbadora para iluminar la diversidad de formas de habitar los márgenes de las tierras productivas (Bitencourt Ribeiro, 2015).

Por último, la mirada panorámica, constituye un intento por problematizar las representaciones naturalizadas en torno a la pobreza y la nutrición infantil. A lo largo de los análisis de los capítulos, observaremos que existen miradas reificadoras y moralistas en torno a la pobreza, que remiten a sentimientos de tristeza, a un “riesgo sanitario” o una característica individual que justifica la emergencia de déficits nutricionales y pautas inadecuadas de cuidado. La mirada panorámica sobre las diversas familias de los sectores rurales, busca entonces problematizar los abordajes de las poblaciones pobres para comprender las prácticas de cuidado y alimentación en relación a determinaciones más amplias, ligadas al acceso a la tierra y a la cercanía con centros urbanos y/o zonas de frontera. La selección de diversas situaciones en sectores rurales, visualiza entonces la variabilidad de procesos sociales, económicos y políticos entramados en los modos en que las personas cuidan a su descendencia y logran acceder a una alimentación adecuada.

CAPÍTULO 2

Ambientes de cuidado.

En este capítulo nos proponemos caracterizar el ambiente del departamento de Orán. Tal como expresa Remorini (2013), en la mayoría de estudios sobre cuidado infantil “el único ambiente considerado es el doméstico” (2013, p. 391). Tal como anticipamos, consideramos que el modo en que las actividades económicas participan de la transformación del paisaje, las disputas por los territorios y los recursos naturales, así como también las formas en que las actividades laborales determinan las condiciones habitacionales, son cuestiones fundamentales para comprender como se configuran la infancia y su cuidado.

Como punto de partida, recuperamos los debates en torno a la naturaleza y cultura³⁴ de la teoría antropológica, que entran en diálogo con las discusiones en torno a los conceptos de territorio y paisaje³⁵ del campo de la geografía. Estas reflexiones nos permiten entender al ambiente como “registro percedero de las vidas y de los trabajos de las generaciones pasadas que han vivido dentro de él” (Ingold, 1993, p. 53). De este modo, el ambiente no es “el telón de fondo de la actividad humana” (ídem), sino más bien el vínculo necesario e inevitable entre las personas y el espacio en que viven³⁶. De este modo, para describir el ambiente, no sólo atenderemos a condiciones climáticas y geográficas, sino a las percepciones de quienes viven en él –que pueden ser diversas- y a los modos que este ambiente ha sido significado a lo largo de la historia. En este sentido, consideramos que el ambiente puede ser pensado tanto desde una dimensión espacial como temporal, en la que puede observarse que nunca está completo, sino que está en permanente proceso de transformación.

³⁴ La teoría antropológica (e.g. Ingold, 1993, 2001, Viveiros de Castro, 2004) ha repensado y reflexionado en torno a la dicotomía naturaleza-cultura, e interrogado incluso su mera validez (Descola, Palsson, 1996) argumentando que la relación humano-ambiente debe ser entendida desde una perspectiva holística, que contemple “los procesos históricos y las limitaciones que, por su posición en la estructura social, tienen los actores sociales en su capacidad de agencia y de comprensión de sus propias prácticas” (Mastrángelo, 2009, p. 346).

³⁵ Existe un amplio debate del campo de las ciencias sociales y la geografía en torno al concepto de territorio, que incluye pensarlo en términos de territorialidades y/o configuraciones territoriales (Benedetti, 2009). Excede a los objetivos del capítulo abordar estas cuestiones. No obstante, consideramos pertinente observar que la crítica antropológica a las visiones naturalistas del concepto de ambiente (Ingold, 1993) es contemporánea a los debates de la teoría geográfica sobre la noción naturalista de espacio, como soporte de la vida humana (Santos, 2000), así como las definiciones de territorio asociadas a soberanía y/o jurisdicción estatal (Benedetti, 2009). Siguiendo las ideas de Santos (2000), el paisaje es todo aquello que vemos y sentimos (...) la dimensión de la percepción, el conjunto de cosas que nuestro cuerpo alcanza a percibir e identificar” (1995, p. 58) y el territorio consiste en “la base del trabajo, de la residencia, de los intercambios materiales y espirituales y de la vida, sobre los cuales él influye” (Santos, 2000, pps.96-97).

³⁶ Ingold (1993) sostiene que “el acto de habitar” es la herramienta que construye el paisaje –*landscape*- y contempla la dimensión temporal del mismo, donde se incluyen los patrones de actividades económicas, las habilidades humanas para procurar una morada –*taskscape*–.

A lo largo del capítulo atenderemos a las dimensiones simbólicas, sociales y políticas que median entre las personas y el ambiente en que viven. Entendemos que los vínculos entre naturaleza y humanos se construyen a través de relaciones de poder, según la posición de los sujetos en la estructura social y los diversos clivajes sociales (género, etnia, clase, edad). Al respecto, Mastrángelo (2009) sostiene que la relación humano-naturaleza, varía según “la posición de los actores sociales en su estructura de poder y si el tipo de actividad económica es predominante/hegemónica o no en su entorno” (2009, p.10). De este modo, no sólo las actividades económicas y la construcción de una vivienda modifican el ambiente, sino también las disputas en torno a la apropiación de recursos naturales³⁷, como la tierra y el agua. Estos procesos implican además conflictos entre grupos sociales, implementación de políticas públicas y diversas perspectivas culturales en torno a la naturaleza, que son susceptibles de ser observados desde la perspectiva antropológica.

En el departamento de Orán, el ambiente y las actividades económicas son indisociables. A principios de siglo la actividad azucarera definía los flujos migratorios y modificó las vidas de todos los grupos étnicos tanto de Orán, como de las provincias aledañas y países limítrofes. En la actualidad, la organización de las fincas agrícolas marcan los ritmos de las vidas de quienes habitan el ambiente rural. Dicho espacio constituye el resultado de “las contradicciones internas del capitalismo unido a su desigual inserción en diferentes territorios y formaciones sociales dentro del mercado capitalista mundial” (Harvey, 2000, p. 1). El avance del capital financiero en las etapas productivas del agro, generó una gran presión para desplazar territorialmente a las familias rurales para aumentar la escala productiva, así como también provocó la disminución de la mano de obra en la actividad agrícola (Giarracca y Teubal, 2008). Estos procesos produjeron la expulsión de las poblaciones rurales a centros urbanos y dificultan el acceso a la tierra y la vivienda tanto de las poblaciones rurales como urbanas. En las próximas páginas observaremos cómo los mismos se desarrollan en el departamento de Orán.

El capítulo se divide en dos secciones. En la primera parte, abordaremos las percepciones “extranjeras” sobre el paisaje de Orán y una breve historización sobre la historia del valle de Zenta y las poblaciones indígenas, principalmente ava-guaraníes, que viven en dicha zona. En la segunda sección, introduciremos el modo en que el arrinconamiento de las poblaciones rurales es percibido por criollos e indígenas. Finalmente describiremos los

³⁷ Mastrángelo (2009) sostiene que el concepto de “recurso natural” presenta una dificultad para ser pensado en ciencias sociales, por el origen etimológico del mismo. La relación recurso-naturaleza, por lo tanto la definición de aquello que debe ser considerado recurso, “debe ser contextualizado en su diversidad social, al igual que geográfica e históricamente” (Mastrángelo, 2009, p. 10).

efectos del reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas y los modos en que el mismo influye en las vidas de quienes habitan los diversos sectores donde hemos trabajado.

2.1. El exotismo ambiental.

El departamento de Orán abarca la región norte y noreste de la provincia de Salta. En su extensión pueden reconocerse tres regiones geográficas bien diferenciadas: la región montañosa del oeste, con alturas que sobrepasan los 4.800 metros sobre el nivel del mar; la región Chaco, con alturas promedio de 300 metros sobre el nivel del mar, que se destaca por ser una zona de gran actividad agrícola y ganadera; y la llanura y Valle de Zenta -donde se ubica el centro urbano de Orán- con una altura media de 400 metros sobre el nivel del mar, que forma parte de la cuenca del Alto Bermejo, e incluye toda la cuenca del río San Francisco, así como la cuenca superior del Bermejo y del río Itáu-Gran de Tarija. Esta última región, se corresponde con los sectores donde hemos trabajado, que a su vez forman parte de lo que se conoce como reserva de Biosfera de las yungas (Brown, Malizia y Lomáscolo, 2007).



Unidades Ambientales y áreas protegidas en la Alta Cuenca del Río Bermejo (Fuente: Brown et al, 2007).

Esta diversidad de unidades ecológicas, junto con las temperaturas subtropicales³⁸, convierten a Orán en un lugar exótico dentro del noroeste argentino. No es el lugar de los cerros de colores con clima seco y poblaciones indígenas andinas, ni es el lugar de Salta más etnografiado por su diversidad de pueblos indígenas³⁹. Sin embargo, las actividades económicas producidas en Orán están latentes en todas las investigaciones del Chaco salteño y sus características sociales y climáticas la han convertido en uno de los pocos lugares de Argentina donde se desarrolla una intensa actividad de investigación médica en enfermedades tropicales⁴⁰. Así pues, una investigación de una poco frecuente parasitosis (Leavy, 2015b), fue la que me llevó a conocer las distintas ciudades del ramal azucarero del departamento de Orán.

Ahí mismo, donde la ruta 34 se empalma con la 50, se erige una gran equis plateada de varios metros de alto que avisa el cruce de caminos y en vertical expresa *Pichanal*. El cruce de esta ciudad, que recibe su nombre por una planta⁴¹, son cuadras de camiones estacionados, apretados entre sí, talleres mecánicos y remiserías, bordeados por decenas de motos que pululan alrededor de ellos, como las moscas que revolotean sobre las montañas de basuras

³⁸ El promedio de temperatura media anual de Orán es de 28 grados centígrados y el promedio anual de alta temperatura es de 44 grados centígrados.

³⁹ Salta cuenta con el mayor número de pueblos indígenas del país y con una población de 79.204 individuos declarados indígenas o descendientes, lo que representa un porcentaje del 6,5% respecto de la población total de la provincia (INDEC, 2010). El Gobierno provincial reconoce formalmente a nueve pueblos indígenas: chané, chorote, chulupí, diaguita calchaquí, guaraní, tapiete, toba, kolla y wichí. Otros cinco pueblos se encuentran luchando por su reconocimiento: atacama, iogys, lule, tastil, weenhayek. Salta constituye un *locus antropológico* (Milana, Ossola, Collado, 2015) que ha concentrado diversas investigaciones sobre todo en la zona de las “tierras bajas” de los departamentos de Rivadavia y Santa Victoria (Carrasco, 1991, 2005; Trincherro, 2000; Buliubasich, Rodríguez, 2011; Hirsch, 2004, 2010; Castelnuovo Birabent, 2014; Lorenzetti, 2007, 2008, 2009, 2015; Serrudo, 2006, Lavazza y Ceriani, 2012) y en la zona de los Valles Calchaquíes (Lorandi, 2003; Palermo y Remorini, 2013). Existen pocos antecedentes del campo de la antropología en nuestro campo (Gordillo, 2010) y se concentran sobre todo en el suceso de la expropiación de la Finca Santiago y su restitución a los pobladores originarios (Weinberg y Mercoli, 2014).

⁴⁰ El Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales funciona en la sede de la Universidad Nacional de Salta desde 1997 y fue fundado por el Dr. Juan Taranto. La historia de las enfermedades tropicales, puede estudiarse en paralelo a la historia de la expansión colonial de los países centrales europeos, sobre todo de Inglaterra. La colonización de territorios con altas temperaturas, llevó a los exploradores a encontrarse con una diversidad de enfermedades infecciosas transmitidas por vectores que desconocían en los climas templados. En la actualidad, estas mismas enfermedades, son denominadas “desatendidas” o “negligenciadas” por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) porque son padecidas por poblaciones mundiales de pobres, por lo tanto, la investigación en ellas no representa rentabilidad para las grandes empresas farmacéuticas. Como resultado de la escasa investigación, de muchas de estas enfermedades hay pocos tratamientos disponibles. El término de *tropicales* refiere a “enfermedades infecciosas que predominan en climas calientes y húmedos, como el paludismo, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la oncocercosis, la filariasis linfática, la enfermedad de Chagas, la tripanosomiasis africana y el dengue” (OMS, 2017). Las actividades económicas intensivas, como la deforestación y la agricultura intensiva, modificaron el ambiente y disminuyeron la cantidad de superficie boscosa de estos ambientes, generando un aumento de la temperatura y modificaciones en los ciclos infecciosos de dichas enfermedades. Por lo tanto, ambientes templados que se creían “a salvo” de las enfermedades tropicales, comienzan a ser escenarios endémicos, como el dengue en Buenos Aires. En 2010, la OMS define como un objetivo del milenio la inversión en investigación en las enfermedades desatendidas (neglected diseases-NTs) instando a convenios entre organismos de investigación y farmacéuticas (Casas Roma, 2015).

⁴¹ La Pichana, que es utilizada para hacer escobas. *Pichay* quiere decir barrer en quechua.

que se ven entre los puestos de comida. Acompañan el paisaje urbano, el casino, las vías de ferrocarril en desuso y a una impactante terminal de ómnibus de fachada rosada con letras plateadas. Al observar y caminar los durmientes de las antiguas vías, me pregunto ¿cómo sería este lugar hoy, si el tren hubiese continuado su servicio de transporte de pasajeros?

En uno de los tantos viajes que hice en el micro desde la ciudad de Salta a Orán, un médico santiagueño me decía “*cuando paso en auto por el cruce de Pichanal me pongo Highway to hell*⁴², porque yo creo que el infierno empieza en Pichanal” (E5, 15/11/2010). Un poco riéndose irónicamente, un poco preocupado, el médico hacía una investigación sobre dengue y repetía lo mismo que me decían otros: “*acá tenés de todo*” refiriéndose a la diversidad de enfermedades “exóticas” que existen por estos pagos. Diversos tipos de vectores, entre los que sobresalen los mosquitos y los ratones, y otras variedades de padecimientos tales como chagas, tuberculosis, VIH, venéreas, incluso anécdotas sobre cada enfermedad. En relación a las de transmisión sexual, hasta había un mito popular del folklore médico que decía que en Pichanal, “*a las venéreas las sacan a pasear con correa*” (E7, 20/3/2012), me decía un biólogo con amplia trayectoria en la zona, aludiendo al tamaño extraordinario de las lesiones cutáneas que se podían observar en los habitantes locales y los trabajadores camioneros que están de paso en la ciudad. Encontraba una serie de sentimientos contradictorios de parte del equipo médico, que iba del entusiasmo febril por esta amplia diversidad de exotismo parasitario, al asco, la incomodidad y las ganas incontrollables de volver a sus lugares de origen. “*Acá crece todo, el calor hace que te brote todo, las plantas, los bichos, pero el calor hace que llega un punto en el que te querés ir, que no te importa nada y te querés ir*” (E6, 16/11/2010) me comentaba una investigadora porteña que hacía estancias en la sede oranense de la Universidad Nacional de Salta.

Yo también era oriunda de climas templados y formaba parte de ese colectivo de “investigadores”, y sí, estaba conociendo el famoso calor de Orán. Bajarse del micro en la terminal era sentir una ola de vapor en todo el cuerpo que nunca finalizaba. Entre el mediodía y las cuatro de la tarde aproximadamente, las calles de Orán estaban completamente vacías, se cortaban todas las actividades laborales, a excepción de las tareas de cuidado. La *siesta*, suele ser realizada en mayor medida por los hombres que por mujeres, que sí trabajan fuera de sus hogares aprovechan el horario partido laboral para dormir a los más pequeños, lavar todo lo que se utilizó después de almorzar, limpiar la cocina, lavar ropa o limpiar la casa, entre otras

⁴² *Autopista hacia el infierno* en castellano, tema musical de la banda de rock metal AD/DC.

tareas. Todo esto ocurre mientras el sol sumerge las calles de la ciudad en un sopor donde todo parece comenzar a derretirse.

A pesar de sentir cotidianamente las altas temperaturas, no me convencía el argumento de que ellas fuesen las únicas responsables del abanico de enfermedades y hostilidades del ambiente de Orán. Las recurrentes referencias a lo “*extremo*”, “*exótico*”, “*periférico*”, “*incómodo*” del lugar, eran la pauta de que varios de los que estábamos allí temporalmente veníamos de centros urbanos templados de clase media, y que estábamos reactualizando dinámicas colonizadoras en tierras “*extrañas*”. El discurso permanente del exotismo a veces me incomodaba más que el calor y me hacía cuestionarme: ¿por qué Orán y Pichanal son así?, ¿por qué “*los bichos*” y las enfermedades pueden brotar tanto?, ¿cómo pueden convivir los sentidos en torno a la diversidad de enfermedades y la más amplia biodiversidad natural de las yungas?, ¿dónde están las yungas? Todos estos interrogantes me llevaron a rastrear la historia del territorio de Orán.

2.1.2. Breve historia de las tierras de Orán.

Diversas fuentes históricas relatan que las tierras del valle de Zenta estaban habitadas por parcialidades chiriguanas en permanente contacto con las poblaciones de las tierras andinas y de las tierras bajas del Chaco (Jaimes Freyre, 1915; Larrouy, 1923 en Poderti, 1995, p.16). Las prácticas de agricultura de estas poblaciones en todo el valle de Zenta, deslumbraron a las huestes colonizadoras, que para fines de siglo XVII describían a la zona como “naturalmente fértil y exuberante”:

"se halla multitud innumerable de árboles y de plantas; siendo tan fértiles las tierras, que cuando se planta o siembra tanto produce; como lo ha acreditado la experiencia en la caña dulce, [...] Se encuentran parrales, moscatel y uva negra de buen gusto, manzanos, granados, membrillos, higos blancos y negros, cidras, perales, albarillos y ají, algodón, naranjos de la China" (Crónicas de 1780 en *De Ángelis, 1910* en Poderti, 1995, p. 55).

Desde aquellos tiempos, los primeros exploradores europeos, percibían especies de las yungas como oriundas de *la China*, marcando el sentido extraño de estas tierras, que además de fertilidad ofrecían una posición estratégica. Esta región constituía un nexo entre las provincias del Paraná y las de Chaco a través del río Bermejo y un contacto fundamental con el Alto Perú, vía Tarija. Así pues, en el siglo XVI, pasaba por el actual centro urbano del

departamento el “camino real” que conectaba la ciudad de Salta con la Villa de Tarija, ubicada en el actual territorio de Bolivia.

Luego de varias fundaciones fallidas⁴³, el 31 de agosto de 1794, nace “San Ramón de la Nueva Orán, la última ciudad de los españoles fundada en América”, tal como reza el cartel verde que se erige sobre la ruta 50. La fundación de la ciudad tuvo por objetivo contener a los avances chiriguano y asegurar un camino que permitiese la comunicación entre zonas estratégicas: “...de este valle (Centa) sale el camino para el Perú y se junta con el camino real a Potosí como cinco leguas más arriba de Omaguaca...” (Cornejo, 1949 en Reboratti, 2009, p.71). Así pues, la fundación de la ciudad se inscribe en una fase culminatoria del período colonial, en un proceso en el que intervinieron distintas partes de la sociedad colonial: militares, civiles, eclesiásticos, juntos con algunos grupos de indígenas reducidos (Poderti, 1995). No obstante, desde su bautismo, la ciudad refiere a la cruzada española contra los musulmanes, personificada en el patrono *San Ramón Nonato*⁴⁴, marcando a fuego el modo en que se estructurarían las relaciones interétnicas en la sociedad local en el futuro cercano.

Así como en varios contextos latinoamericanos, la presencia española en la zona fue determinante para la formación de la estructura social agraria⁴⁵. En la ciudad, las instituciones coloniales repartían solares a los vecinos que quisieran integrarse a la población de Orán, que eran 107 personas en 1803 (Poderti, 1995). En el área rural, las tierras se iban controlando en base a dos figuras jurídicas: la encomienda, que consistía en la cesión de un grupo de indígenas, supuestamente dirigido a catequizar a éstos y convertirlos a la doctrina cristiana, y la merced de tierras, que consistía en una cesión de territorio dirigida a su puesta en valor por parte de un español (Reboratti, 2009). De estas últimas surgen las “haciendas reales” o “haciendas andinas” que localmente se denominan “fincas”, por la necesidad de poseer

⁴³ La ciudad fue destruida dos veces por poblaciones originarias. La primera en 1625 cuando los españoles intentaron establecer una ciudad en un lugar un lugar llamado “Junta de los ríos” o “Enramada”, erigiendo la villa de Santiago de Guadálcazar, donde se ubica geográficamente hoy el centro urbano de Orán (Reboratti, 2009). La segunda un siglo más tarde, en 1779, la orden franciscana procedente de San Bernardo de Tarija funda una reducción a la que llaman “Nuestra Señora de las Angustias del (río) Zenta”. Esta segunda fundación también fue destruida diez años después. La fundación definitiva de la ciudad, se concretó el 31 de agosto de 1794, a manos del militar y noble español Ramón García de León y Pizarro, que era gobernador de la Intendencia de Salta del Tucumán.

⁴⁴ San Ramón Nonato (*non-natus* en latín) es el patrón de las embarazadas y de los partos, justamente porque según la liturgia cristiana, él es la primera persona que nace por cesárea. En el capítulo 4 profundizaremos en leyenda de San Ramón Nonato y su relación con el cuidado infantil en este contexto.

⁴⁵ Hablamos de estructura social agraria para referirnos al área de estudios iniciados por la sociología clásica que señalan la centralidad del agro y la renta de la tierra en el desarrollo del capitalismo (e.g. Chayanov, Kautsky, Marx). Estos estudios señalan que las relaciones entre propietarios del capital invertido en el campo, propietarios de la tierra y vendedores de fuerza de trabajo se conectan a través de un proceso de explotación y acumulación en el que se genera ganancia, la que asume la doble forma de ganancia capitalista y de renta (Alvarez Leguizamón *et.al.*, 2016).

población afincada para su producción. Estas haciendas, junto con las reducciones jesuíticas, fueron instituciones centrales para la conquista de tierras y disposición de los trabajadores indígenas locales (Literas, 2005). Durante el siglo XVIII fueron reducidos en asentamientos de frontera y desplazados de sus territorios ancestrales, mientras que el nuevo gobierno consideró las mercedes de tierras como un antecedente válido para la formación de títulos de propiedad de las fincas.

A lo largo del siglo XIX, el Estado argentino, legalizó y legitimó las propiedades coloniales, gracias a que la “nueva Constitución que consagraba la propiedad privada, mientras que la burguesía rural local se afianzaba como proveedora internacional: se consolida el modelo capitalista agroexportador dirigido por sectores oligárquicos heredados de la colonia” (Literas, 2005, p. 322). En estos procesos fueron fundamentales las conquistas llevadas a cabo por el ejército republicano entre 1884 y 1911, dirigido por el General Victorica y el Teniente Coronel Enrique Rostagno, que arrebataron a las poblaciones originarias más de 5000 leguas cuadradas (*Pereyra y Visentini, 1984* en Poderti, 1995, p.43).

La conquista del Chaco, la presencia de misiones jesuitas y la llegada del ferrocarril fueron elementos claves para que la producción de azúcar adquiriera dimensiones industriales en Orán. Cornejo (1934) sostiene que la industria azucarera tiene su origen en Orán, a partir de la acción de los jesuitas que organizaron la producción de caña de azúcar a los indígenas conversos en la misión de Zenta (*Cornejo, 1934* en Poderti, 1995, p. 55). En el año 1832, Vicente de Uriburu⁴⁶ adquiere la propiedad de dicha misión e instala un establecimiento azucarero que años más tarde compra Robustiano Patrón Costas⁴⁷ y sus hermanos (Sweeney y Benavidez, 1997). Cuando en 1918 llega el Ferrocarril General Belgrano, Orán y Pichanal⁴⁸ pasan a formar parte del ramal zafrero jujeño salteño y la producción de azúcar adquiere dimensiones industriales. Previo a la llegada del tren, los gerentes del Ingenio elaboraron una red de relaciones de diverso tipo con las fincas –antes haciendas reales- que constituían una inmensa reserva de mano de obra, concentrada en familias de la oligarquía salteña (Reboratti, 2009).

Si bien estudios arqueológicos confirman la presencia ancestral de poblaciones originarias en las tierras del departamento de Orán⁴⁹, Robustiano Patrón Costas argumentó

⁴⁶ Familiar de José Félix Uriburu, militar presidente de facto (1930-1932).

⁴⁷ Gobernador de Salta (1913-1916), senador provincial (1935-1918) miembro del Partido Demócrata Nacional, Presidente de la Nación en caso de acefalía entre 1932 y 1943.

⁴⁸ Pichanal era además la única estación salteña del Ferrocarril General Belgrano que conectaba tres ramales que iban a Joaquín V. González, Formosa y Pocitos.

⁴⁹ El sitio arqueológico Moralito, en el departamento San Pedro, tiene una datación radiocarbónica aproximada de 2000 a. P. (Echenique y Kulemeyer, 2003).

que las tierras del valle de Zenta eran un “desierto”, de “bosques magníficos” que “él debió desmontar, para hacer ramales de ferrocarril, levantar una fábrica moderna, venciendo dificultades para conseguir materiales aquí, en Europa, hasta hacerlos llegar con un ferrocarril, que tarda hasta dos meses para hacerlo conducir desde Tucumán” (Sweeney y Benavidez, 1997:29, remarcado propio). Patrón Costas es la figura del pionero explorador, el varón que con su blancura trajo modernidad y el progreso a las tierras del Valle de Zenta. Las historias sobre este legendario “patrón”, se articulan con la épica de formación del Estado-nación argentino, donde para alcanzar el progreso se debía “poblar” los desiertos y “vencer a la naturaleza” (Bartolomé, 2003; Wilde, 2008).

Los relatos en torno al “desierto” y las tierras “vacías”, no solo invisibilizaron la presencia de poblaciones indígenas, sino el valor que las mismas otorgaron mediante su fuerza de trabajo a las actividades económicas de la zona. La instalación del ingenio organizó una economía de plantación (Wolf y Mintz, 1975) que fue determinante en las vidas de las poblaciones rurales. Este sistema se basa en una especialización productiva orientada a la exportación, que no atiende a las necesidades del mercado interno, ni a la subsistencia de las poblaciones locales. Esta organización implica además la propiedad de grandes extensiones de tierra, en lo que se denomina una integración vertical, operada por propietarios dirigentes y el uso del trabajo esclavo (Reboratti, 2009). El pasaje a este tipo de organización económica implica además una transformación del paisaje, de un tipo de agricultura diversificada al monocultivo del azúcar, de producción en pequeñas unidades domésticas a grandes plantaciones, de vivir de una economía de subsistencia a convertirse en mano de obra esclava, de asentamientos dispersos a intensamente poblados y arrinconados por grandes latifundios.

A lo largo de esta breve historización de las tierras de Zenta, podemos observar cómo las figuras jurídicas de la colonia –encomienda y merced de tierras- junto con las reducciones y misiones religiosas, fueron la antesala de la apropiación estatal de los “desiertos” hacia fines de siglo XIX y comienzos del XX. Extensos territorios quedaron bajo el rótulo de “tierras fiscales” y otras fueron tituladas a manos de propietarios ausentes, “convirtiendo a las comunidades indígenas en ‘ocupantes de hecho’ en sus propios territorios” (Schmidt, 2014, p. 77).

2.1.3. De la *Tierra sin Mal* a la ciudad.

La enramada de ríos de la cuenca del Alto Bermejo, junto con la espesa vegetación de la *abundante* Orán, constituyó para muchas poblaciones guaraníes la Tierra Sin Mal⁵⁰, que les permitía producir lo necesario para subsistir e intercambiar con otras familias (Comunidad Indígena Guaraní El Tabacal-CIGET-, 2013). Los chiriguanos vivían dispersos por todo el valle, en asentamientos como La Loma⁵¹. Para ellos, la instalación de la industria azucarera, significó el inicio de un proceso de incorporación a la actividad de la cosecha –zafra- y el desplazamiento de las tierras ancestrales donde cultivaban zapallo, mandioca, choclo, poroto, zapallo anco, sandía y maní. Los ava-guaraníes poseían una economía de subsistencia, en la que cada familia sembraba en una porción de tierra lo suficientemente amplia denominada cerco, que les permitía producir lo necesario para subsistir y para el intercambio con las demás familias. El cultivo se realizaba a partir de una técnica que se denomina roza⁵², que consiste en la rotación anual de los cultivos: se sembraba la mitad de cada cerco dejando el resto en períodos de barbecho para asegurar la sustentabilidad de la tierra. Según Nora, referente guaraní de la zona, en los cercos, “los varones se dedicaban a desmalezar y a limpiar el terreno, utilizando a las cubiertas de los árboles como barreras protectoras de los cultivos” (EP57, 7/10/2015). Por su parte las mujeres, trabajaban en “las tareas de cosecha y de cuidado doméstico, así como también se dedicaban a fabricar las ropas con elementos de la naturaleza” (CIGET, 2013:24). Con esta forma de producción, la comunidad no necesitaba comprar alimentos para vivir, ya que lo que cultivaban era usado para consumo personal.

La experiencia laboral de los hombres y las mujeres guaraníes los convertía en obreros calificados para las labores del Ingenio. “Los guaraníes eran muy buscados ya que poseían habilidades como agricultores” (CIGET, 2013) y fueron incorporados tanto al trabajo en el campo, como en el trabajo doméstico. Las tareas que antes formaban parte de la economía de subsistencia, pasaron a formar parte de la economía de plantación del Ingenio. Las mujeres comenzaron a realizar el trabajo doméstico de las casas de los empleadores del Ingenio, y los hombres a desmalezar y trabajar en los cercos de las tierras que el Ingenio había ocupado.

⁵⁰ La cosmovisión guaraní les indicaba que el paraíso estaba en la tierra y que había que emprender la marcha para hallarlo, por eso mismo son poblaciones conocidas por sus permanentes movilizaciones y migraciones (García Moritán y Cruz, 2012).

⁵¹ La Loma se ubicaba al sureste de Orán y estaba formado por tres asentamientos: La Capilla, La Loma (o Puesto Viejo, que se ubicaba al margen de Camino Real) y el Pueblo Nuevo. Una nota del diario La Nación de 1943 señala que en La Capilla vivían 500 guaraníes (CIGET, 2013).

⁵² El sistema de *roza* y quema implica cortar con machete la vegetación primaria baja y prenderla fuego. Se planta maíz, legumbres o tubérculos cavando con un palo (saracúa) o machete en el suelo entre los troncos. El segundo y tercer año se repite la quema del rastrojo, lo que permite agregar herramientas como la azada y el arado (Mastrángelo, 2012).

Para 1930, el trabajo de la zafra estaba completamente en manos de grupos indígenas de las tierras altas y luego de la guerra entre Bolivia y Paraguay, comienzan a sumarse poblaciones de las ciudades bolivianas de Cochabamba y Tarija. Cuenta Emiliano, referente de una comunidad kolla-guaraní y habitante en aquella época de las tierras altas: “tenía seis o siete años, era un changuito (niño), vivíamos en los cerros, cerca de la zona de Finca San Andrés, cuando te conchaban, y había que bajar a trabajar. Si no ibas te molían a palos, había que ir a trabajar. No me gustaba la vida en el Ingenio, no me gustaba la zafra, era durísimo” (EP41, 3/10/2014). Este relato en primera persona, expresa los modos de cooptación de mano de obra a través de una red de contratistas entre las fincas y los conchabadores del ingenio (Trincherro, 2000).

Como hemos dicho anteriormente, las misiones religiosas tuvieron un rol fundamental en la incorporación de la mano de obra indígena en los ingenios. En el caso particular de Pichanal, fue el Padre Chielli quien se instala en las tierras ancestrales de la comunidad avaguaraní de La Loma en 1938, incorporando a la misión chulupés y chorotes desde la provincia de Formosa para integrar la fuerza de trabajo del ingenio, “que durante los años cuarenta compró más de un millón hectáreas habitadas por diversas comunidades indígenas, entre las que se incluía La Loma” (Literas, 2005, p. 20). Esto permite observar el proceso por el cual el Ingenio, a medida que fue creciendo su producción, fue ocupando y adquiriendo tierras ancestrales a lo largo de toda la primera mitad de siglo XX. Al respecto, Reboratti (2009) señala que en 1920, Tabacal comienza a producir en 900 hectáreas (ha), que crecieron a 2.200 en 1925, 4.800 para 1930 y 7.600 diez años más tarde.

El trabajo en la zafra era forzado y compulsivo. Una vez llegados, las poblaciones eran distribuidas en diferentes asentamientos, llamados lotes, que prácticamente eran pequeñas ciudades⁵³ separadas por etnias. Los lotes eran unidades productivas de plantación, mantenimiento y cosecha de caña de azúcar, que además, concentraba una importante cantidad de población dedicada a las labores agrarias. Para 1960, estos lotes fueron organizados en colonias⁵⁴ donde la violencia se ejercía de modo sistemático por diversos capataces: “...algunas veces, ese personal estaba constituido por indígenas, que siguiendo la

⁵³ Los lotes tenían unas 8.000 hectáreas aproximadamente y eran designados con nombres de mujeres que tenían algún lazo parental con el fundador del Ingenio (CIGET, 2013).

⁵⁴ Las colonias poseían características similares a las de las viviendas de las fincas “-casillas de madera muy precaria, denominados ‘conventillos’, donde se obligaba a todas las familias indígenas, independientemente de la etnia a la que pertenecían, a instalarse, primero de modo estacional y luego de modo permanente”; casas individuales de madera, para todos los empleados del ingenio, prioritariamente criollos; la casa del jefe de la colonia que reproducía, en menor tamaño, el diseño (de material) y los servicios de las casas de los profesionales en el pueblo del Ingenio; una escuela; una enfermería; un almacén o proveduría; talleres y oficinas destinadas a organizar el trabajo en los campos de plantación” (CIGET, 2013:41).

política del personal del Ingenio, trataba de forma bestial a sus propios hermanos” (CIGET, 2013).

Las malas condiciones laborales de la población indígena se modificaron parcialmente con la llegada del régimen peronista⁵⁵, ya que junto con los programas en materia de regulación laboral, se comenzaron a formular programas de asistencia social y salud⁵⁶. En esta coyuntura se forman los sindicatos de obreros rurales, que permite disminuir la precariedad de las condiciones laborales. Sin embargo, quienes trabajaban en el Ingenio, señalan que los delegados sindicales nunca pertenecían a etnias indígenas (CIGET, 2013).

Es importante considerar que hasta la década de 1960, las poblaciones indígenas trabajadoras, incluso las ava-guaraníes que vivían en los terrenos adyacentes del Ingenio, residían permanentemente en los lotes durante la época de zafra y volvían a sus comunidades una vez finalizada. Esta dinámica habitacional fue interrumpida cuando el Ingenio comenzó a ocupar las tierras ancestrales indígenas, expulsando violentamente a quienes vivían allí. En el caso de Pueblo Viejo y Pueblo Nuevo de La Loma, el Ingenio ejerce violencia sistemática⁵⁷ para la expulsión de los ava-guaraníes. Entre los relatos sobre las metodologías para expulsar a la gente, Nora señala que la existencia de un guardabosques, llamado Pérez Fuentes, que era también guaraní y que amenazaba: “llegaba con kerosene y quemaba las viviendas” (EP34, 9/10/2015).

Así como tuvieron un rol destacado para incorporar población indígena a la mano de obra azucarera, las misiones franciscanas también colaboraron en el proceso de expulsión del Ingenio. En el caso de Pichanal fue protagónico el rol del franciscano fray Roque Chielli, denominado “*el domador de indios*”. Según algunos ava-guaraníes, el religioso fue una figura clave que protegió sus vidas cuando el Ingenio prendió fuego los cultivos de los cercos guaraníes. Otros sostienen que el padre actuó en complicidad con el Ingenio, facilitando la usurpación de tierras ancestrales.

⁵⁵ Juan Domingo Perón: secretario de trabajo (1943-1945), presidente de la Nación (1946-52/1952-55/1973-74). A fines de 1944 se sanciona el Estatuto del Peón Rural, instrumento fundamental con el cual Perón penetró en el interior de la comunidad terrateniente con la intención de regular las relaciones laborales, en apoyo del sector social menos protegido: el trabajador rural (Literas, 2005).

⁵⁶ Ramón Carrillo fue el primero en iniciar tareas de salud pública en estos territorios. Su tarea luego es articulada con la labor del programa de Salud Rural (Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010)

⁵⁷ Es en este contexto donde nace la leyenda del *familiar*, que constituye “el perro del diablo, que debe saciar su hambre con la entrega de un peón al año” (CIGET, 2013). Se decía que el familiar andaba por los pasadizos subterráneos del Ingenio, los cuales llegaban hasta la casa de Patrón Costas. Cuando algún trabajador cometía un error o intentaba rebelarse y luego se lo hallaba muerto se decía que era cosa del familiar. Años después se supo que los algunas veces, esas personas eran arrojadas a los perros de la fábrica, los que, en muchas ocasiones terminaban matándolos (ídem).

Literas (2005) relata como el conflicto de la expulsión, se “resolvió” –o se inició- con la compra de 20 hectáreas en el cruce de Pichanal, donde fueron trasladados los integrantes del pueblo ava-guaraní. Estos hechos son relatados en primera persona por Lucrecia, una integrante de la comunidad ava-guaraní que vive en el barrio de Fortaleza en Pichanal:

“Mi familia era de Camiri (Bolivia), yo nunca llegué a ir porque para cuando nació ya no existía más la casa que mi abuela tenía allí. Después mi abuela la tuvo que vender esa casa porque no tenían plata, pero mi mamá siempre me contaba que eran tierras buenas, donde teníamos maíz y verduras. Todos nuestros padres han venido buscando trabajo, porque aquí (Orán) había trabajo con el azúcar. Mi papá sabía manejar bien la madera, hacía desde violines hasta muebles, era muy hábil. Como el patrón se había dado cuenta, él no trabajaba solo en el campo, también hacía cosas en la construcción del Ingenio. El patrón lo quería mucho, y entonces cuando nos tuvimos que ir del Ingenio mi papá le dijo: “¿Cómo puede ser?, ¿adónde iremos?”. Y el patrón le dijo que no tenían más lugar para nosotros, le dio unas maderas y unas chapas, nos subieron a un camión y nos fuimos a parar aquí (Pichanal) y nos quedamos así bien pobres” (EP60, 20/3/2013).

El relato de Lucrecia, se corresponde con el de varios ava-guaraníes, como los que viven en el Paraje 26 y en Arcoiris, que también relataron que el Ingenio puso camiones a disposición de las misiones franciscanas para facilitar el traslado de las poblaciones indígenas. En términos de Gordillo (2011), este relato individual refiere a la experiencia colectiva de la población ava-guaraní, que estuvo sujeta a un proceso de migración transnacional que ancló sus vidas cotidianas en el ámbito del disciplinamiento laboral del Ingenio. En este sentido, la vida de los ava-guaraníes de esta zona a lo largo del siglo XX estuvo marcada por una “doble desterritorialización”⁵⁸: la que los alejó de sus tierras en Bolivia y la que, décadas más tarde, resultó de su trasplante de los lotes del ingenio a los núcleos urbanos circundantes (Gordillo, 2010: 213).

Consideramos que este proceso de *desterritorialización* señalado por Gordillo (2010) debe observarse en paralelo a la concentración de la tierra y la proletarización de las poblaciones nativas que vieron obstaculizado su acceso a la tierra (Trincheró, 2000). Estos procesos adquieren nuevos matices desde fines de siglo XX, debido a las crecientes disputas en torno al territorio y el ambiente en el contexto latinoamericano y argentino, tanto en áreas rurales como urbanas (Giarraca y Teubal, 2010; Merlinsky, 2013; Svampa, 2012; Schmidt,

⁵⁸ El autor entiende desterritorialización como “un proceso de movimiento y desplazamiento que implica la separación de actores y relaciones sociales de ciertas geografías. Y ello conlleva a pensar la desterritorialización como un proceso que no puede estar sino espacializado y que genera múltiples reterritorializaciones” (Gordillo, 2010: 210).

2015). De modo particular, el avance de la frontera agropecuaria y los impulsos de la producción agroindustrial, generaron un profundo proceso de cambio en el uso del suelo, que en el contexto salteño se tradujo en una masiva e inédita deforestación de bosques nativos y “en una escalada en los procesos de arrinconamiento y expulsión de población originaria y campesina tanto indígena como no indígena” (Schmidt, 2015:131). En las próximas páginas observaremos diversas representaciones y discursos en torno a dicho arrinconamiento en el contexto particular de Orán.

2.2. El rincón “verde” del NOA.

Diversos estudios sobre el territorio de Orán, se refieren a la región como una especie de paréntesis en el contexto del NOA, un rincón que configura el umbral al Chaco (Poderti, 1995; Reboratti, 2009; Brown, Lomáscolo, Malizia, 2007). Por su parte, en los portales del Ministerio de Economía de la provincia y de empresas agrícolas, la zona es llamada “el rincón verde del NOA” por ser justamente el lugar donde se emplaza la segunda ciudad más importante de la provincia, que además conforma un importante polo agrícola (INTA, 2016; MECON, 2017).



Actividades económicas de la zona de trabajo. Fuente: Brow et al (2007).

En el mapa superior pueden identificarse las actividades económicas que se despliegan por el corredor conocido como ramal azucarero salto-jujeño (Reboratti, 2009), que hace pocos años adquirió visibilidad mediática como Reserva de Biosfera de las Yungas (Brow, Lomáscolo, Malizia, 2007). Puede observarse en el mapa a las ciudades de Orán y Pichanal bordeadas de áreas de cultivos de caña de azúcar y de pequeños y grandes productores agrícolas –que forman el *rincón verde*–, a lo que se suma la producción de poroto seco, citrus (pomelo y naranja) de primera calidad destinadas a exportación y diversas hortalizas destinadas al mercado interno.

La producción de azúcar en Orán está en manos de la multinacional Seaborg Corporation, que en 1996 compró la mayoría de acciones del Ingenio San Martín de Tabacal.⁵⁹ La empresa ocupa varias miles de hectáreas manejadas en forma totalmente mecanizada, con técnicas adecuadas, con el asesoramiento adecuado, acceso a financiación y capital, y “con poder de negociación propia e influencia en los estratos de decisión del gobierno provincial” (Rodríguez García, 2012, p. 33).

Entre los grandes y medianos productores, encontramos una variedad de productores que se dedican a una diversidad de hortalizas de primicia (tomate, choclo híbrido y/o dulce, berenjena, pimiento bajo cubierta), y bananas y citrus destinadas al consumo del mercado interno⁶⁰. La superficie que ocupan es pequeña en términos individuales (10⁴ s-100ha⁴s) pero amplia en términos grupales (47.000 hectáreas), generando un impacto en el medio ambiente vinculado al manejo del suelo, la intensidad del uso de agroquímicos y un fuerte impacto social vinculado a la manipulación y uso de los mismos (Brow, Malizia, Lomáscolo, 2007). Asimismo, estas empresas agrícolas disponen de los medios de producción, altos volúmenes

⁵⁹ La venta a la multinacional se dio en un contexto de flexibilización del mercado laboral. “A inicios de la década de 1.990 contaba con 8.000 asalariados, en la actualidad según cifras de la propia empresa sólo con 1.800 y 900 más por contratos temporales, sin protecciones sociales de ninguna clase, sumergiendo en el mercado negro un tercio de la mano de obra que emplea. La empresa factura cerca de 40 millones de dólares anuales. En el 2003 el Ingenio reconocía producción y ganancia record mientras mantenía los salarios congelados en un promedio de 400 pesos” (Líteras, 2005, p. 21).

⁶⁰ Entre los grandes y medianos productores, podemos encontrar también unidades agropecuarias productivo domésticas, que bajo cualquier forma de tenencia, producen para el mercado con una dotación de recursos tal que les posibilita obtener beneficios, pero de un monto inferior a la rentabilidad media obtenida por las empresas. Por ello, participan en el trabajo, el productor y su familia, como una forma de ahorrar salario. Lo anterior no excluye la posibilidad de contratación de asalariados como complemento de la mano de obra familiar. Su racionalidad económica tiene como objetivo asegurar la subsistencia familiar, para lo cual intentan maximizar un ingreso global que cubra dicha subsistencia, aún cuando no se retribuyan todos los factores de producción” (Margiotta y Benencia 1995). El paisaje de esta zona, es similar al del cinturón hortícola de La Plata, ya que en muchos casos son productores bolivianos afincados en la zona que trabajan en sus propias fincas, con trabajadores del mismo origen, configurando un proceso de “escalera” (Benencia 2008 en Rodríguez García, 2012, p. 33).

de ingresos y gran tecnificación, de modo que su demanda de trabajo define además los patrones de asentamiento de la población rural (Rodríguez García, 2009).

El polo agrícola del *rincón verde* se compone también por actividades de explotación forestal y de hidrocarburos. La Estancia Las Yungas es una de las empresas más conocidas de explotación forestal de la zona, cuya marca puede observarse en los cajones de frutas y verduras de las ciudades argentinas. Esta actividad se realiza de forma intensiva, sobre un conjunto limitado de especies de la selva pedemontana: cedro rosado, cedro orán, lapacho, roble, quebracho, algarrobo, quina y palo santo. La misma se realiza con técnicas silvícolas y formas de aprovechamiento variadas, pero caracterizadas en general por falta de sustentabilidad y planificación a largo plazo⁶¹ (Brow, Malizia, Lomáscolo, 2007).

Si bien el área puntual del departamento de Orán no es importante en relación a la producción de hidrocarburos, existen actividades de extracción en las áreas de influencia. La más importante de ellas (cuyo impacto describiremos en el apartado 2.2) es la existencia de un gasoducto por la ciudad de Pichanal⁶². También existen empresas dedicadas a la extracción, trituración y clasificación de áridos⁶³. Una de ellas, está ubicada en el terreno adyacente a la comunidad Arcoiris y es una de las principales proveedoras de materiales de construcción de la Municipalidad de Orán.

Si bien este conjunto de actividades económicas conforman el polo agrícola más importante de la provincia, los habitantes de la ciudad de Orán tienen diversas percepciones sobre los efectos de vivir en el “rincón verde” del NOA. En una oportunidad, conocí a una psicóloga del Equipo Nacional de la Pastoral Indígena (ENDEPA) que me decía en relación a su ciudad natal:

“Se dice que Orán es una mujer, porque da, esa abundancia, que está relacionada con la tierra, que da muchos frutos. Es abierta, fértil y es receptiva. Entonces Orán es muy distinta de Tartagal, que es masculina, y al tener tantos negocios de extracción y tantas penetraciones es distinta a Orán. Y también se dice, porque en Hipólito Yrigoyen hay muchos, muchos homosexuales, que es porque de ahí nace el Ingenio. Y el Ingenio es el padre

⁶¹ Las estadísticas provinciales expresan que entre 20.000 y 30.000 m³ de madera son extraídos cada año (MECON, 2013), generando un proceso generalizado de empobrecimiento estructural y pérdida de los remanentes.

⁶² En esta misma ciudad, funciona una sede del frigorífico Bermejo, que posee una unidad de faena de bovinos ubicada en Pichanal, localidad donde he observado la construcción de un parque industrial que hasta el día de hoy solo posee un cartel que promete inversiones que nunca llegaron (*El Tribuno*, 25/2/2015).

⁶³ Los áridos son los materiales granulados –también llamados grava- que se utilizan para la construcción. Sirven para la confección de hormigones, rellenos, escolleras, balastos de vías férreas, bases de carreteras y aglomerados asfálticos.

castrador, muy castrador, que toda la gente que ha estado ahí ha sufrido la violencia del Ingenio, les ha quitado todo. El Ingenio nos ha tenido históricamente acorralados, arrinconados, siempre se ha llevado todo, porque no es que nosotros somos ricos, ellos se llevan todo....” (EP37, 7/10/2015).

Podríamos analizar este fragmento aludiendo a otras teorías sobre la relación entre naturaleza y cultura⁶⁴ pero escapan a nuestros objetivos. Sin entrar en el análisis de discusiones contemporáneas sobre psicoanálisis y sexualidad, nos interesa destacar el modo en que se articulan los sentidos en torno a relaciones de género y explotación económica para explicar la historia de un lugar. La *abundancia* y la *fertilidad*, la capacidad de ser *receptiva*, son entendidas como condiciones “naturalmente” femeninas y la penetración, el arrinconamiento y la violencia como características “naturalmente” masculinas. ¿Estas características responden a los sentidos que guardan las relaciones de género en el contexto oranense?, o ¿sólo son utilizadas para ejemplificar una historia de explotación y expoliación?, ¿lo femenino es por “naturaleza” una madre dadora, una fuente de reciprocidad generalizada que es receptiva a ser penetrada y arrinconada por un hombre?

No podemos responder todos estos interrogantes en este capítulo, sin embargo es importante decir que lo femenino, tanto en la sociedad de Orán, como en muchas otras, suele estar endosado por una suerte de mistificación y que el cuerpo de las mujeres “es parte indisociable de una noción ancestral de territorio” (Segato, 2003, p. 11). Los sentidos culturales dicotómicos en torno a lo femenino y lo masculino, están fuertemente arraigados en el sentido común de la sociedad oranenses y pueden rastrearse incluso en sus fuentes históricas⁶⁵. Asimismo, para varios moradores de Orán, esta fertilidad “natural” se construye

⁶⁴ Para explicar el pasaje de la relación entre la naturaleza y la cultura, Freud construye un “mito científico”. Explica que el mito social primitivo fue el de la pequeña horda dominada por un “padre originario” despótico y robusto, que se apoderaba de todas las hembras del grupo y expulsaba a los machos más jóvenes, tal como lo hacen los primates organizados en torno a un macho alfa. De esta manera, el padre garantizaba la exogamia: prohibía las relaciones (hetero) sexuales al interior de la horda, hasta que los hermanos un día se organizaron, mataron al padre y “devoraron su cadáver”. Luego de “comer al padre”, los hermanos pactaron vivir en paz, a través de tres instituciones: a) el tabú totémico (la prohibición de matar al tótem que ahora representa, protege e identifica a los miembros de la comunidad), b) la ley de exogamia, “tabú del incesto” que deriva de la necesidad de evitar los enfrentamientos por las mujeres, (por la que los hermanos declinan en tomar las mujeres – hermanas- que el asesinato a dejado a su alcance) y c) la prohibición del homicidio (entre los miembros del mismo grupo). De un modo más general, Tonkonoff (2009) sostiene que para Freud la cultura allí existe donde el grueso de los individuos sujetos a ella han abandonado el objetivo primario de las pulsiones que la constituyen (Freud, 1998 en Tonkonoff, 2010, p. 69).

⁶⁵ La expresión aparece en el relato de un explorador español de apellido Montenegro, quien, en 1902, escribe sus impresiones acerca de la ciudad de Orán luego de los terremotos asoladores: “Un día terrible, el risueño paisaje de Orán se enlutó con las conmociones subterráneas que derribaron casi todos sus edificios. Muy pocos de sus pobladores volvieron a reedificar sus viviendas, y cuando apenas comenzaban a borrarse en los ánimos el

como una identidad positiva frente a las tierras duras y secas de los departamentos orientales, donde se ubica Tartagal. Por otro lado, Elvira señala que el Ingenio es una figura masculina que *tiene arrinconados* y marca las vidas de todos los que viven en la ciudad. Sus percepciones se corresponde con los estudios ambientales que estiman que más del 90% de la selva pedemontana de las yungas, donde se emplazan las ciudades del departamento, con áreas de suelo profundo, desapareció al ser transformado en extensos cultivos de caña de azúcar a principios de siglo XX (Brow, Malizia, Lomáscolo, 2007).

Al respecto, Matías García Rodríguez, técnico del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) señala que la ciudad de Orán, “está encajonada y no tiene hacia donde extenderse” refiriéndose al crecimiento de la población del departamento y la falta de planificación habitacional. El encierro de la ciudad se debe en mayor medida a que las tierras buenas del departamento, están en manos del Ingenio. Así pues, aproximadamente 45.000 hectáreas ubicadas en toda la franja occidental de la ciudad, son del Ingenio. Estas tierras tienen la particularidad de ser más altas que aquellas donde se ubica la ciudad, por lo tanto “el agua baja hacia la ciudad, más precisamente hacia los asentamientos del borde de la ciudad, que tienen la napa a cincuenta centímetros” me dice Julio, un vecino del barrio de Kundsén.

Por su parte, el jefe de Ecología de la municipalidad argumenta:

“Acá nadie puede tener tierras a no ser que sea usurpándolas. Seas de clase media, baja o alta, indígena o criollo, no importa. Tengas o no tengas dinero. No hay tierras ni en el campo ni en la ciudad y la ciudad no tiene hacia donde crecer, entonces todo es un problema, porque para tener tierras la gente ocupa y estamos rodeados de asentamientos” (E10, 11/11/2010).

El argumento del agente municipal, grafica la distribución de la población de Orán, que se concentra en la ciudad y en los cordones periurbanos, pero niega el modo en que las diferencias de clase y etnia se articulan con relaciones de poder. Por su parte, Matías Rodríguez señala que en el departamento de Orán existe una “dinámica de usurpación y uso de las tierras, donde no importa la ley, sino la fuerza de hecho, las influencias y el valor económico” (Rodríguez García, 2012, p. 333). En los próximos apartados observaremos cómo ha impactado en el proceso de arrinconamiento de las poblaciones rurales, el reconocimiento constitucional de las poblaciones indígenas como pueblos preexistentes a la formación del Estado Nación.

recuerdo de la terrible catástrofe, un segundo terremoto volvió a convertir en ruinas la gallarda Reina del Chaco" (Poderti, 1995, p. 25).

2.2.1. Políticas gubernamentales en torno a territorio indígena.

El reconocimiento constitucional⁶⁶ de la preexistencia de los pueblos indígenas al Estado argentino en 1994, generó la implementación de una serie de políticas gubernamentales que ubicó al colectivo indígena como sujetos específicos de derecho al interior de la sociedad argentina. Entre estas políticas, se destacan los programas focalizados de salud pública⁶⁷ y el Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas (RETECI) que se fundamenta en la Ley Nacional 26.160⁶⁸ y tiene por objetivo la demarcación de la posesión indígena de la tierra. El RETECI requiere que las comunidades que solicitan el relevamiento estén registradas en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI) o que pertenezcan a pueblos preexistentes, hayan obtenido o no una personería jurídica. Según Lazzari, Rodríguez y Cardin (2013) esta consideración constituye un sesgo hacia las comunidades vinculadas históricamente al Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) y sujetas a procesos de administración y control por dicha institución. Por otro lado, el programa establece que solo pueden ser territorios indígenas aquellos que han sido ocupados históricamente⁶⁹ (INAI, s/f, p. 8). La implementación del programa está a cargo de un Equipo

⁶⁶ En esta dirección, cabe destacar la aprobación por parte de Estado argentino del Convenio 169 de la Organización Nacional del Trabajo (OIT) a través de la Ley Nacional 24.071, que entró en vigencia en 2001, y la incorporación del artículo 75 inciso 17 que reconoce la “preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas y el derecho a la propiedad y posesión comunitaria de sus tierras”.

⁶⁷ Entre dichos programas, encontramos el de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI), creado en 2000 (presidencia de Fernando de la Rúa). Con dicho programa, se dio continuidad a la red de agentes sanitarios indígenas que se había formado entre 1993 y 1994, debido a la emergencia del cólera en las provincias del NOA y NEA. Por otro lado, entre 2005 y 2006, se implementó el subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Asimismo, se dio curso a los programas subsidiarios de la política operacional 4.0 del Banco Mundial, entre los que se encuentra el proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) y el Programa SUMAR incluido al Plan Nacer focalizado especialmente en la participación y la atención sanitaria a pueblos indígenas (presidencia de Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner). Los programas de salud intercultural han sido analizados en profundidad por Lorenzetti (2010, 2012, 2015).

⁶⁸ La Ley 26.160 se sanciona en el mes de noviembre del año 2006, enmarcada en los antecedentes del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo y la Constitución Nacional (Art. 75, inciso 17). A través de la Ley 26.554, en el año 2009, el RETECI se proroga por otros cuatro años. Asimismo en el año 2013, mediante la Ley 26.894, vuelven a extenderse las tareas de relevamiento hasta 2017. La implementación del programa ha implicado la coordinación de acciones del INAI con institutos aborígenes provinciales, universidades nacionales, entidades nacionales, provinciales y municipales, referentes y organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales (INAI, s/f). La ley nuevamente se prorrogó en noviembre de 2017, sin embargo diversas comunidades indígenas continúan siendo objeto de represión y desalojo por parte de fuerzas de seguridad.

⁶⁹ No corresponde a los objetivos del presente capítulo indagar sobre esta dimensión problemática del territorio indígena. Lazzari, Rodríguez y Cardin (2013) explican que el programa realiza una interpretación sesgada del convenio 169 de la OIT, pero dicho problema en torno a los territorios indígenas y la ocupación histórica ya se observa en lo establecido por el artículo 75, inciso 17, donde se circunscribe el reconocimiento de la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que “tradicionalmente ocupan” las comunidades.

Técnico Operativo (ETO) que ejecuta el relevamiento⁷⁰. La información provista por el relevamiento pretende ser la base “racional” de la acción estatal futura (Lazzari, Rodríguez y Cardin, 2013, p. 2).

El caso de Salta resulta paradigmático, ya que es la provincia con mayor diversidad indígena del país (ver nota al pie 6) y donde más dilaciones tuvo la ejecución del relevamiento (Cerra, 2014). A cuatro años de la implementación del programa, sólo se habían realizado seis carpetas técnicas⁷¹ con los resultados del relevamiento y todas ellas con serias observaciones (Buliubasich, 2013). Sin profundizar en la diversidad de conflictos locales desencadenados, nos interesa destacar que la modalidad del relevamiento construye una imagen estática de las comunidades indígenas, delimitándolas a un lugar fijo. Solo se “reconoce” como verdaderamente indígenas a aquellas comunidades que han vivido permanentemente en el territorio que reclaman. Esta alusión de lo indígena como lo autóctono, vinculado a tiempos preexistentes, remite a formaciones hegemónicas de aboriginalidad⁷² en las que se han enmarcado a los pueblos originarios en el contexto argentino (Briones, 2004). Por tanto, las comunidades que viven en zonas de frontera o que han protagonizado procesos de migración, como las ava-guaraníes, al reclamar su derecho a tierras ancestrales, son interpeladas desde una sospecha de autenticidad, de “hacerse indios” para acceder a recursos (Escolar, 2005). Ahora bien, las disputas y reclamos territoriales, se han dado de modos diversos en nuestros sectores de trabajo y afectan los modos en que las personas experimentan y perciben los ambientes que habitan.

2.2.2. El barrio Fortaleza: la *envidia* de Pichanal.

⁷⁰ El proceso de reconocimiento tiene varias etapas: 1) reuniones entre el ETO y la comunidad en las que se determina el territorio por relevar mediante narrativas y un croquis, realización de un cuestionario sobre distintos aspectos sociodemográficos de la comunidad realizado a algunos referentes; 2) trabajo en terreno junto con la comunidad para georeferenciar puntos perimetrales y sitios de uso; 3) levantamiento de actas sobre lo realizado; 4) confección de una cartografía con “capas de información” o “planchetas” interpretables para la comunidad; 5) puesta en consideración a la comunidad de las planchetas y, ante eventuales desacuerdos, introducción de cambios o realización de nuevas mensuras; 6) remisión de la cartografía aprobada y cuestionarios al INAI; 7) dictamen jurídico; 8) finalización del acto administrativo de reconocimiento del territorio (Lazzari, Rodríguez y Cardin, 2013, p. 2).

⁷¹ En las carpetas técnicas, se incluyen el cuestionario sociocomunitario de la comunidad, la narrativa de los usos y ocupación territorial, un croquis del territorio, las cartografías que dan cuenta de la configuración del espacio comunitario, junto al informe histórico-antropológico, el dictamen jurídico y un informe técnico.

⁷² Retomando a Beckett (1998), Briones (2004) define aboriginalidad como proceso y marco de alterización de poblaciones cuya etnicidad queda ligada a determinados significados como la permanencia en un lugar fijo y la autoctonía. Más específicamente, la aboriginalidad se define como una “una praxis históricamente específica de producción de alteridad que ha hecho que la marcación y automarcación de los pueblos indígenas asocie efectos específicos respecto de otros grupos étnicos y/o raciales” (Briones, 2004, p. 73). Esto implica además que los significados que despierta el colectivo indígena son variables y deben ser localizados en tiempo y espacio, y están íntimamente ligados con las coyunturas políticas e ideológicas de cada época.

Como hemos observado (apartado 2.1.3), las poblaciones ava-guaraníes que vivían de modo disperso por el valle de Zenta, fueron expulsadas –gestión del Ingenio y las misiones jesuíticas mediante- hacia barrios periurbanos de ciudades del departamento como Pichanal. En 1991, justo después de la privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) y de la Cuenca del NOA, comienza el gran desarrollo del sector de hidrocarburos en la provincia de Salta (Guidi, 2006). En este contexto, se firma un convenio para la construcción del gasoducto Norandino, que parte de Pichanal y llega hasta Tocopilla (Chile) y el gasoducto Atacama, que sale de Coronel Cornejo (Salta) -pasando por Pichanal- para finalizar en Mejillones (Chile)⁷³.

Como si la retórica del desierto que expresaba Patrón Costas se reactualizara, el gasoducto comienza a construirse en “tierras de baja densidad poblacional” (Guidi, 2006), más precisamente en el barrio de Villa Rallé, donde vivían grupos étnicos ava-guaraníes. Diversos accidentes ocurridos durante la construcción iniciaron un proceso de movilizaciones y reclamos, que incluyeron cortes de ruta y articulaciones con movimientos sociales por parte de la comunidad ava-guaraní. Recién en el año 2006, el Instituto Provincial de la Vivienda (IPV), firmó un convenio con Néstor Kirchner, entonces presidente de la nación, para comprometerse a la construcción de un barrio de cuatrocientas viviendas, “con una escuela primaria y secundaria, un centro comunitario y un centro de Atención Primaria de la Salud” -relataba Marisa, de 27 años, ava-guaraní que vivía en Fortaleza.

La construcción de las viviendas, se finalizó a principios de 2012 y en agosto de ese año -cuando ingresé por primera vez al barrio- estaba finalizando el proceso de mudanza. El barrio estaba ubicado sobre una ruta provincial, en medio de una plantación de soja. Algunas veces mientras conversaba en los patios de las viviendas, un avión hidrante fumigaba los campos que rodeaban el barrio. Desde mi mirada de becaria doctoral, la imagen de los niños corriendo por el que había sido un campo de soja, me parecía macabra. No obstante, los habitantes del barrio no compartían mi parecer. Las casas eran de material, con paredes de hormigón, un baño, dos cuartos y un comedor, con un fondo de quince metros cuadrados. Muchos habitantes del barrio se sentían orgullosos y felices de vivir en casas de materiales con agua corriente. Al respecto, el gerente del centro de salud me expresaba: “ellos (los

⁷³ El gasoducto posee una capacidad de transporte de 8.000.000 metros cúbicos por día para abastecer la planta generadora de energía de Puerto de Mejillones. La inversión total fue del orden de los 400 millones de dólares en territorio provincial y estuvo a cargo del consorcio TRACTEBEL-EDELNOR (Guidi, 2006). Brow, Malizia y Lomáscolo (2007) sostienen que fue recién con la construcción de dicho gasoducto que esta zona comienza a adquirir visibilidad en la esfera pública y para las organizaciones no gubernamentales del campo de la ecología.

habitantes de Fortaleza) *son la envidia de Pichanal, con esas casas, todas blancas, con canillas, baño y azulejos, eso es de lujo acá y encima todo gratis*” mientras abría más sus ojos al decirme *gratis* y *blancos* (EA 59, 3/9/2012). Resulta curioso que en el portal municipal, cuando fue anunciada la entrega de las viviendas, también se dice dos veces, que las viviendas fueron entregadas de modo gratuito.⁷⁴ La referencia a lo gratuito, omite el reconocimiento constitucional al derecho indígena al territorio y el proceso de luchas y movilizaciones.

En el contexto de Pichanal, la mudanza a un barrio de casas *blancas* organizadas en una cuadrícula ordenada, constituye un símbolo de movilidad social ascendente. No obstante, el traslado a un campo deforestado, implicaba para muchos ava-guaraníes el abandono de la pesca que realizaban en el arroyo cercano al barrio anterior, así como el anhelo por “el aire y la sombra” que ya no sentían. En el nuevo barrio, no había árboles, que apaciguaran las altas temperaturas con la sombra. Muchas personas me decían, estamos felices de habernos mudado, pero *“aquí estás encerrado en la casa”*, pues el único lugar con sombra es abajo del techo de la casa.



Vivienda de Fortaleza. Fuente: Pía Leavy (PL), septiembre 2012.

Algunos habitantes decidieron mudar la estructura de su casa del asentamiento al nuevo barrio (ver foto). Por ejemplo, Marisa de 27 años, que se mudó a la vivienda que le asignaron con su marido, su abuela y sus cuatro hijos dice *“ahora nuestra casa de la villa nos sirve para el patio, para hacer el fuego y guardar cosas, además mi abuelita prefiere estar ahí que en la casa nueva, no se acostumbra a dejar el fuego”* (E13, 3/9/2012). Colocar una estructura de madera, formaba un alero que permitía protegerse del sol y del viento para hacer

⁷⁴ Sitio web de portal de la municipalidad de Pichanal (2017).

un fuego y además era una estrategia para hacer del nuevo paisaje un lugar menos extraño, así como también un modo de poder asegurarse medios para cocinar. Si bien ENARGAS –parte firmante del convenio con el IPV- se había comprometido a proveer gas durante un año, nunca cumplió con la promesa y los habitantes del barrio no tenían conexiones de gas. Por eso mismo, al interior de las “nuevas cocinas”, se observaba que los hornos estaban sin uso y se utilizaban como alacenas.

Ahora bien, los conflictos en el nuevo barrio, no se agotaban en las promesas incumplidas:

“...yo lloro lágrimas de sangre, porque todo lo que luchó el pueblo guaraní, la sangre de mis hermanos caídos en el Ingenio, en la lucha con ENARGAS, vivimos en lucha, y ahora que estamos mudados, tenemos que seguir peleando y luchando, porque es injusto que haya hermanos afuera de la comunidad y es injusto que aún no tengamos la escuela que necesitamos...” (EP58, 2/9/2012).

Este relato pertenece a Felisa, una de las integrantes de la comunidad, sobrina de un referente histórico ava-guaraní y agente sanitaria. La mudanza constituía un logro de la movilización política, pero implicaba sensaciones contradictorias para los integrantes de la comunidad. Las gestiones positivas de las movilizaciones ava-guaraní, fueron capitalizadas por un cacique de la comunidad, que comenzó a forjar estrechos vínculos con punteros locales y con funcionarios municipales. Esto llevó a que ingresaran al barrio personas que no pertenecían a la comunidad original, y que no habían estado involucradas en las movilizaciones y los reclamos. Estos conflictos provocaron divergencias entre los integrantes de la comunidad, que se sumaron al problema de que el nuevo barrio no contaba con la escuela prometida en el convenio original. Entonces, los niños en edad escolar debían viajar seis kilómetros para llegar a la escuela. Estos conflictos hicieron que varias familias que habitaban en Villa Rallé continuasen los reclamos por su derecho ancestral a la posesión de tierras a los representantes del IPV o la Comunidad Guaraní.

El barrio tenía todas las características de una interfase periurbana (Allen y Lacabana, 2003), que asumen la condición de una “doble periferia”: se localiza en zonas de “las afueras” de la ciudad donde, a su vez, se conforma la periferia de esos lugares. Es un territorio de borde, donde se pueden encontrar marcas del campo y la ciudad, que ha sido sometido a procesos económicos relacionados con la valorización capitalista del espacio, como consecuencia de la incorporación real o potencial de nuevas tierras a la ciudad (Barsky, 2012). Las características rurales de Fortaleza estaban dadas por su distancia de la ciudad, pero no es

que los habitantes posean suficientes tierras para practicar la agricultura o tienen más acceso a espacios verdes y vegetación. Más bien, Fortaleza recibía las externalidades negativas del campo y la ciudad: deforestación y suelo contaminado (Barsky, 2012). De hecho, cuando comencé a visitar el barrio, había en la entrada un monte de lapachos, que como daban sombra, hacía que varios vecinos se agruparan allí, incluso jóvenes que a veces se juntaban a fumar paco⁷⁵. Esto hizo que los vecinos se organizaran para talar los árboles porque “*si no tienen sombra no van a poder drogarse*” decían los vecinos.

Este escenario de disputas con instituciones gubernamentales y empresas, que luego reeditan relaciones entre los vecinos, resultaba una constante en la vida de los habitantes de Fortaleza. La imagen de los hornos de las casas utilizados como alacenas por las conexiones de gas que nunca se realizaron, expresaba la conflictividad latente de muchas vidas indígenas, aún cuando fueron desalojados de sus tierras porque sobre ellas se ubicaban yacimientos hidrocarburíferos. “*Nosotros luchamos y tenemos el derecho a vivir bien, pero siempre es como que pasamos a vivir en tierras que nos prestan o que nos dan como regalo y no es así*” afirmaba Felisa. Sus palabras me transmitían la complejidad de la lucha del pueblo ava-guaraní, que lograron acceder a un plan de viviendas pero en una tierra contaminada, sin vegetación, ni ríos. A pesar de estas contradicciones, los ava-guaraníes eran objeto de *envidia*, para quienes han tenido que pagar por las tierras de su vivienda. Entonces, lo que estaba en conflicto, además de la posesión de las tierras, era la legitimidad de las reivindicaciones indígenas. Tanto desde las órbitas estatales como desde el ámbito empresarial, la cuestión del derecho al territorio ancestral condensaba significados dispersos, que iban desde el privilegio por la gratuidad y la envidia, hasta la lucha y el sufrimiento.

2.2.3. El paraje 26 y los finqueros.

Este paraje se ubicaba en una pequeña franja de tierras fiscales por donde pasaba un arroyo y había un asentamiento de viviendas –cuatro de ellas de una comunidad ava-guaraní y otras dentro de una finca de producción agrícola- junto a un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y un templo evangélico.

A pesar de haber visitado reiteradas veces el registro de catastro de la municipalidad de Orán y de la ciudad de Salta, nunca logré acceder los planos de las fincas de estos terrenos. Esto se articula con la tendencia de la provincia de Salta, que posee la mayor cantidad de

⁷⁵Es una droga de bajo costo, elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno. En los últimos años, la problemática del narcotráfico en Pichanal ha adquirido visibilidad nacional (*La Nación*, 2/11/2015).

propiedades irregulares en el país⁷⁶. Las fincas son denominadas por los pobladores de la zona por el apellido de los finqueros, que no suelen estar permanentemente en ellas. Los finqueros no siempre son los dueños directos de la tierra, ni los patronos, pero son los que poseen las tecnologías adecuadas para el uso intensivo del suelo, del capital y de la mano de obra (Rodríguez García, 2012). De este modo, las fincas definen el ordenamiento de la población rural, porque demandan mano de obra local y migrante que se asiente en los terrenos finqueros durante las épocas de siembra y cosecha. Según los datos del PROAPS, en el 2012, en el área operativa rural residen de modo permanente 5.349 personas, y entre los meses de abril y noviembre la población asciende a 7.000 u 8.000 personas, aproximadamente⁷⁷.

El paraje 26 era un conjunto de viviendas al margen de las tierras productivas, entre los límites de las fincas –marcados por alambrados- y los caminos provinciales. Entre las viviendas se destacan el templo evangélico y el CAPS, por sus paredes de hormigón. También había dos viviendas, que pertenecían a encargados⁷⁸ de fincas, donde funcionaban pensiones de venta de alimentos y bebidas. El resto de las viviendas estaban construidas por una diversidad de materiales, principalmente madera, que se adquiría en las empresas de explotación forestal de la zona, o con materiales tales como chapas, cartones, plásticos y lonas de poliuretano con estructuras de madera prefabricada, que se compraban en Pichanal. Aunque sólo cuatro viviendas del paraje se encontraban dentro del territorio de una finca, todas estaban vinculadas de diversos modos con la actividad agrícola de la misma: trabajando en ella o utilizando sus instalaciones. El modo de abastecimiento de agua era a través de las bombas de las fincas, que proveían de camiones y tractores a los integrantes del paraje. La conexión a la electricidad se hacía de modo manual desde los postes de luz municipales.

Los integrantes de la comunidad ava-guaraní eran los únicos habitantes del paraje que habían iniciado gestiones para reclamar títulos de tierras. De todos modos, al igual que el resto de habitantes del 26, aún no poseían títulos de tierras. Lorena Funes era miembro de la comunidad ava-guaraní. Tenía veintidós años, sin hijos, y viajaba varias veces al mes a Orán para hablar con referentes de la municipalidad o a Salta capital, al Instituto Provincial de

⁷⁶ “La información del Censo Nacional Agropecuario (CNA) nos permite tener una visión global de la distribución y formas de tenencia de la tierra agraria en Salta y de los cambios ocurridos en el período intercensal. Los resultados del año 2002 contabilizan un total de 10.297 Explotaciones Agropecuarias (EAPs) para la provincia de Salta, de las cuales un 54,1% corresponde a unidades con límites definidos (cubriendo una superficie de 4.269.499,2 has) y el restante 45,9% son explotaciones sin límites definidos (en contraposición al 4,1% de EAPs sin límites definidos a nivel nacional)” (Schmidt, 2014, pps. 78-79).

⁷⁷ Esta información ha sido suministrada por agentes sanitarios sobre la base de registros del PROAPS.

⁷⁸ Analizaremos las relaciones laborales de cada finca en el capítulo 3. No obstante, aclaramos que el encargado de la finca es aquel que vive permanentemente en la finca, que recibe órdenes del capataz y da órdenes a los empleados jornaleros.

Pueblos Indígenas (IPPIS), por los trámites iniciados para el reconocimiento territorial. Lorena era además la pareja de un integrante del Consejo Provincial Indígena que, en los inicios de las gestiones del RETECI, estaba a cargo de los trámites para lograr que el Equipo Técnico Operativo visitara a comunidad. En una oportunidad me relataba el paso de sus papás por los lotes del Ingenio, antes de instalarse en el 26:

“Mis papás han vivido en esta zona toda su vida. Los dos han nacido y trabajado desde chicos en el Ingenio, y después vinieron a trabajar a las fincas, toda su vida trabajaron y no tienen jubilación, ni una obra social, ni nada. Tenemos derecho a la tierra pero no la tenemos, no tenemos ni agua, ni luz, ni cloacas” (EP15, 15/11/2010).

Lorena reivindicaba el derecho de posesión que tiene la comunidad sobre las tierras en que vivían y argumentaba que la presencia de la comunidad era previa a la formación del asentamiento del paraje e incluso a la instalación de la finca. Además señalaba que la precariedad laboral no era una situación nueva en la zona, pues sus padres que habían sido empleados del Ingenio, no percibían una jubilación. No obstante, los contactos de Lorena con diversos agentes del gobierno provincial y municipal, posibilitaron que un camión cisterna visitara el paraje dos veces por semana para el suministro de agua potable: *“es lo único que hemos podido conseguir, ahora que no hay arroyo es el único modo”* expresa en relación al abastecimiento de agua. Al respecto, su abuelo Tomás, de cincuenta y cinco años, que trabaja en una de las fincas de la zona, relataba que luego de la expulsión de los lotes del Ingenio, cientos de ava-guaraníes migraron hacia esta zona y fueron muy pocos los que resistieron el avance de las empresas agrícolas:

“Algunos se fueron para el Río Blanco, otros nos vinimos para esta zona, no había nada aquí, era todo monte. Después fueron llegando los finqueros y nos fuimos cerca de la ruta y hasta dejamos de ver el arroyo” (EP14, 15/11/2010).

Según Tomás, la llegada de *los finqueros* implicó la extensión de la actividad agrícola sobre las tierras indígenas y la modificación del paisaje, afectando a la población rural local. La modificación del curso del arroyo con fines agrícolas, para la utilización de riego, generaba la extinción del arroyo en épocas de seca. Para dimensionar el rol preponderante de *los finqueros* y la actividad agrícola, cabe destacar que la construcción del puesto sanitario,

necesitó de la negociación entre agentes municipales y representantes del sistema de salud pública. Ejemplo de ello es el proceso de construcción del CAPS del paraje:

“P:- *¿Desde cuándo está la salita?*

R:- *no lo recuerdo bien, creo que hace como diez años, no lo sé exactamente. En realidad me habían prometido una vivienda a mí, pero yo pedí que hagan una salita y bueno vinimos con el finquero, el intendente y una de las senadoras, vinieron las topadoras, y de a poco, se empezó a construir”* (EA2, 16/11/2010).

En esta anécdota, se observa cómo la cúpula del poder local, necesitaba del “permiso” del dueño de la finca para llevar a cabo una gestión municipal. Rogelio además relataba que le *habían prometido* a él *una vivienda*, pero que prefirió que en ese lugar se construya *una salita* –CAPS-, por las condiciones de vulnerabilidad en que vivía la población. La vivienda en los contextos rurales, emerge entonces como el resultado de la articulación entre agentes privados y estatales, pues cualquier expansión habitacional de la población local, debe realizarse “con permiso” de los dueños de las fincas (Rodríguez García, 2011).

Así pues, el poder de los finqueros no se agotaba en otorgar “permisos” de tierras. Recordemos además que ellos eran los únicos en la zona con la capacidad financiera para instalar la infraestructura necesaria para extraer agua. La *salita*, aún diez años después de haber sido construida, necesitaba de la “bomba de la finca” para lograr su abastecimiento de agua. Esto implicaba que el finquero se “encargaba”, por medio de sus empleados, de llevar agua todas las semanas hasta la salita para que los agentes sanitarios, los médicos y la enfermera puedan trabajar y atender a la población paciente. Esto generaba vínculos de reciprocidad con diversos habitantes del paraje y trabajadores del CAPS.

El abastecimiento de agua, generaba además ciertas tensiones entre los criollos y los ava-guaraníes del paraje. Norma Ruiz (56) era una mujer criolla que vivía en El 26 con su hija y sus cinco nietos, en una casa ubicada a pocos metros de la ruta, cercada prolijamente con cañas de bambú. En relación al camión cisterna que llevaba agua a la comunidad ava-guarani, ella expresaba, “*no sé porque hay gente privilegiada, a la que le traen agua. No sé si tienen coronita o qué. Acá nos conocemos todos, ¿por qué ellos pueden y nosotros no?*” (E16, 15/11/2010). El suministro de agua era percibido como una distinción por parte de otras madres, que habían decidido interceptar el camión cisterna de la municipalidad en su camino hacia la comunidad. “*Yo también tengo hijos, yo también necesito agua, ¿por qué algunos se la debemos pedir al patrón y a otros se las trae la municipalidad?*” (E49,16/11/2010), comentaba otra de las madres criollas del paraje. De este modo, los criollos percibían que ellos “debían pedir agua al patrón” o debían “ir a buscarla por sus propios medios”, mientras

otros recibían agua a domicilio, como si fuese un servicio municipal. Esta diferencia en la modalidad del abastecimiento, sumada a que los ava-guaraní significaban como un derecho el acceso a agua potable, rigidizaba aún más las fronteras interétnicas entre criollos y ava-guaraníes.

Observamos entonces cómo en el contexto del 26, la población –tanto indígena como criolla- dependía, ya sea de agencias estatales o bien de los propios finqueros para lograr el abastecimiento de agua. Cabe destacar el rol preponderante del finquero, quien no sólo se ubicaba como el legítimo dueño de las tierras, sino además como el patrón de varios habitantes del paraje. Sus vínculos con los funcionarios políticos locales, les permitían negociar la entrega de terrenos para la construcción de una institución pública, como el puesto sanitario, el cual incluso necesitaba de él, para su funcionamiento. De este modo se configuraba una “red clientelar” (Auyero, 2004) entre los distintos actores sociales del 26 y los integrantes del puesto sanitario, donde el principal agente de poder estaba constituido por el finquero, quien realizaba “el favor” de permitir el asentamiento y la construcción de la salita, mediante los funcionarios políticos y el contacto de Rogelio⁷⁹. Siguiendo esta definición, el favor de las tierras realizado por el finquero implicaría la lealtad y las buenas relaciones con los integrantes del paraje y los trabajadores de la salud, ya que sin el mismo, no habría posibilidad de que existiera el puesto sanitario. Esto ubicaba a los integrantes de la comunidad ava-guaraní en el foco de conflictos en torno a las disputas por tierras, ya que eran los únicos que se refieren a las mismas en términos de derechos y no de *favores* por parte del patrón.

2.2.4. Los Guaraníes de Arcoiris.

Esta comunidad era una de las pocas en el departamento de Orán que había pasado las pruebas del ReTeCi⁸⁰. Las familias habitaban estas tierras antes del proceso de tecnologización del Ingenio Tabacal. Diversos testimonios de habitantes de Orán, señalaban que desde la década de 1940 en estas tierras vivían familias ava-guaraníes que, tal como en la actualidad, realizaban ferias de verduras y hortalizas para la población oranense (EP 37-36-40). Las tierras de la comunidad se encontraban rodeadas por plantaciones de caña de azúcar,

⁷⁹ Según Auyero (2004) “las redes clientelares configuran redes de redes de resoluciones de conflictos, que implican lealtad y reciprocidad, en los que los mediadores ofrecen su apoyo político a los patrones” (Auyero, 2004, p. 56).

⁸⁰ Las únicas cuatro comunidades indígenas del área rural de estudio que han sido relevadas por los técnicos del ETO del ReTeCi suman entre sí 7.383 hectáreas, mientras que el Ingenio Tabacal posee 50.000 hectáreas y las empresas agropecuarias suman 11.982 hectáreas (INDEC, 2008). La comunidad obtuvo el reconocimiento de su personería jurídica y sus territorios en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), Resolución N° 86, el 10 de Junio del 2004.

propiedad de la multinacional estadounidense Seaborg Corporation, dueña del complejo agorindustrial San Martín de Tabacal.

Tal como lo expresaba Lorena en el apartado anterior, en los tiempos en que el Ingenio necesitaba población afincada durante la época de zafra, muchas poblaciones ava-guaraníes vivían en esta zona, donde hoy está ubicada la comunidad. A pesar de ser tierras que siempre han sido ocupadas por poblaciones ava-guaraníes, la titularidad de las mismas es del Ingenio. Amparados en la legislación internacional y argentina, la comunidad ha reclamado su derecho a la titularidad y ha obtenido el derecho de posesión. No obstante, sufren permanentemente las intrusiones y hostigamientos por parte de las fuerzas de seguridad del Ingenio Tabacal, que actuaban con complicidad – y personal- de la administración municipal de gobierno. Uno de los acontecimientos más violentos ocurrió el 5 de agosto de 2004 cuando fuerzas de seguridad privada del Ingenio, ingresaron con bidones de kerosene y topadoras para quemar las viviendas, tal como lo hacían en el pasado, para desalojar a la población que habitaba en los lotes o en territorios ancestrales. En aquel momento, Haydee, referente de la comunidad, hija y esposa de un ex empleado ava-guaraní del Ingenio, realizó una cadena humana junto con otros integrantes de la comunidad para frenar las topadoras:

“...en los días anteriores se había acercado gente del ingenio, que le dijo a varios de los hermanos que tenían tierras, que en los días próximos ellos iban a entrar y quemar todo, que no iba a quedar nada. Y los hicieron firmar a varios que no sabían ni siquiera leer, que firmaron que les daban sus tierras al Ingenio. Y ese día llegaron, el 5 de agosto y querían quemar todo, y tuvimos que resistir, y ni la policía, ni nadie nos escuchaba, sólo nosotros, la gente de ENDEPA y nuestros abogados...” (EP36, 10/12/2014).

Haydee me relató estos hechos, una tarde de octubre en la plaza principal de Orán. Me insistió en que por favor nos encontráramos en un lugar abierto, porque le hacía muy mal el aire acondicionado y la enfermaba. Cuando ocurrieron los episodios relatados, las fincas aledañas se encontraban en actividad, por lo tanto, una cantidad de obreros rurales fueron testigos de los hechos pero no se sumaron a la defensa guaraní de los territorios. Las conflictividades interétnicas, se suman a la complejidad implicada en la resistencia cotidiana, que además de poner el cuerpo, requiere un ejercicio permanente de concientización y estudio de las estrategias del Ingenio:

“La estrategia del Ingenio Tabacal es presionar individualmente, ir uno por

uno hacia nosotros, a presionar a la gente, debilitarnos individualmente, mientras de a poco va cercandando nuestras tierras poniendo caña. Hubo una vez que nos sacaron 52 hectáreas y les plantaron caña. Y con los abogados y con la lucha pudimos defender lo nuestro, porque además nosotros plantamos variado, no solo caña. Si ellos nos usurpan tierra y la devuelven, la deben devolver en condiciones, no como la dejan ellos. Nosotros cosechamos bananas, maíz y mandioca, en distintos momentos del año, rotamos los cultivos, como hicimos siempre, así se cuida la tierra, no como hacen ellos, no la saben cuidar, no la saben hacer nutrir” (EP36, 10/12/2014).

Estos distintos modos de *trabajar* la tierra, llevaron a que la comunidad iniciara acciones legales contra el Ingenio en el año 2004, cuando la empresa además usurpó y plantó caña de azúcar en 52 hectáreas de tierras comunitarias. *“Recuperamos las tierras, pero todas tienen química, tienen agrotóxicos, nos lleva mucho tiempo recuperarla, ellos la arruinan”* (EP36). Haydeé señalaba que el modo de trabajar la tierra que realizaban en la comunidad, implicaba cuidar de los nutrientes del suelo, mientras el modo en que trabaja la tierra el Ingenio era perjudicial para su uso sustentable⁸¹.

Luego de los conflictos desatados por la empresa San Martín de Tabacal en 2004, muchos ava-guaraníes decidieron abandonar sus viviendas en las tierras de la comunidad. No obstante, seguían vinculadas a ellas de diversos modos: o bien participando de las asambleas y reuniones semanales o trabajando en ella, pues Arcoiris funcionaba como una pequeña unidad de producción agrícola. Las parcelas iban desde las 0,5 hectáreas hasta las doce hectáreas, siendo el promedio 2 hectáreas por familia, con plantaciones principalmente de bananas y en menor medida, mandioca, maíz, tomate, zapallo, zapallito, batata, sandía, maní, entre otras. Estos productos se comercializaban en el Mercado del Abasto de Orán y en la Feria Franca. En este sentido, la comunidad trabajaba en articulación con técnicos facilitadores del Instituto de Tecnología Agropecuaria (INTA). En un informe de dicha institución se señala:

“La comunidad posee una serie de limitantes para su desarrollo: falta de servicio de luz eléctrica, agua potable y para riego, viviendas adecuadas, falta de tractor, maquinarias e implementos agrícolas, frágiles cercados perimetrales, falta de procesamientos de post-cosecha, mal estado de los caminos, entre otras limitantes, que los hace vivir a sus integrantes de una economía de subsistencia, sin que exista

81 Por uso sustentable entendemos que los sistemas biológicos implicados conserven su diversidad y productividad a lo largo del tiempo.

por el momento la posibilidad de crecimiento productivo y menos aún la capitalización” (Rodríguez García, 2012, p. 33).

La falta de tecnologías adecuadas para extraer agua de los ríos cercanos, resultaba una limitante estructural para la actividad productiva de la comunidad, que obstaculizaba la producción durante la época de sequía. La modificación de los cursos de los ríos de la cuenca del Alto Bermejo, por parte de empresas, resulta un elemento importante para poner en discusión estudios del campo de la economía (Barbarán *et. al.*, 2015) que argumentan que “las comunidades indígenas han demostrado que no saben hacer un uso productivo de sus tierras” (2015, p. 33). Como hemos dicho anteriormente, el manejo que los grupos sociales pueden hacer de sus recursos naturales, depende de su posición en la estructura de poder (Mastrángelo, 2009). En este sentido, la producción agrícola, depende también de las políticas gubernamentales que pueden fomentar o perjudicar la producción de pequeños productores. Así pues, las acciones del INTA posibilitaron que la comunidad tenga tres pozos propios de extracción de agua. El hecho de poder tener su propio acceso a agua para riego y para consumo, hacía que los miembros de la comunidad fuesen independientes de “la bomba de la finca” y por lo tanto, de favores de los finqueros. Excede a los objetivos del capítulo debatir sobre tipos de agricultura y políticas implementadas para pequeños productores, pero consideramos interesante exponer, la desigualdad de fuerzas entre los agentes empresarios y los pequeños productores personificados en los integrantes de la comunidad.

Para Haydee y los miembros de la comunidad, *trabajar* la tierra implicaba *cuidarla*. Este cuidado incluía diversas acciones. Por un lado, implicaba la protección y la seguridad del territorio de posibles entradas de intrusos y de personal del Ingenio. Así pues, cuando se ingresaba a la comunidad, podía observarse una enorme estructura construida con cañas de bambú, gracias al convenio con una ONG y un listado de personas que son los encargados de cumplir con las guardias. Este tipo de prácticas, expresaban los modos en que el territorio indígena y las legislaciones nacionales son vulneradas por los agentes económicos capitalizados de la zona (Rodríguez García, 2011).

Por otro lado, el cuidado de la tierra, implicaba trabajarla respetando tiempos de barbecho y haciendo rotación de cultivos; sólo así “*se puede hacer que crezca maíz, sandía, zapallo, en estas tierras crece todo, pero igual por las altas temperaturas sólo podemos plantar banana ahora*” (EP36). Haydee señalaba que las temperaturas estaban siendo mucho más altas que en el pasado. “*Yo recuerdo que antes corría aire a la sombra, corría aire cuando bajaba el sol. Ahora hay poco aire, no hay viento, porque hay menos árboles y eso*

hace que nos enfermemos más, por eso hay tantas enfermedades tropicales y nos afectan a todos, no sólo a los hermanos” señala Haydee.

En octubre de 2014 conocí a Isidoro, un ava-guaraní que vivía con su familia en la comunidad, cuyas condiciones habitacionales describiremos en el capítulo 3. Isidoro tenía muchas lastimaduras en la piel y luego de mucho conversar me contó que sólo necesitaba ir a la ciudad para su tratamiento de *leishmaniasis*⁸², que se realizaba en el hospital y en el Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales de Orán. Nunca supe qué tipo de leishmaniasis tenía Isidoro, pero cuando a los seis meses volví a la comunidad a visitar la vivienda de Haydee, me contó que Isidoro había fallecido al poco tiempo de mi última visita.

Las palabras de Haydee, coincidían con las investigaciones que señalan que los brotes de leishmaniasis tienen relación con los procesos de deforestación intensiva (Mastrángelo y Salomón, 2010). La vida en la comunidad resultaba difícil para las familias con niños, no solo por la falta de escuelas cercanas, sino también por los temores a las intrusiones del ingenio:

“Muchos hermanos sufren de enfermedades tropicales, muchos que no quieren vivir ahí permanentemente, porque como la policía entró, trauma a todos los niños. Muchos tienen miedo de estar con sus hijos ahí, porque quedan traumatizados y tienen miedo de estar en las tierras en las que permanecen. Entonces viven en la ciudad, donde los chicos van a la escuela y van a la comunidad los fines de semana, porque hay que enseñar desde chicos a que cuiden y sepan trabajar la tierra, la tierra es nuestra abundancia, hay que cuidarla para hacerla fértil, no es fértil por sí sola” (EP36).

Las palabras de Haydeé, permiten cuestionar ideas arraigadas en el sentido común en torno a la naturaleza. En primer lugar, la tierra no es *naturalmente fértil*, pues la misma requiere un trabajo de conservación, protección y nutrición para ser utilizada adecuadamente. El cuidado de la tierra implica pensar en la sustentabilidad de la misma, en su capacidad de renovación, justamente todo aquello que las actividades económicas de la zona no consideran. De este modo, la alusión a la tierra, refiere al territorio, que “contiene formas de tenencias que transitan entre lo colectivo, lo individual y lo supracolectivo (religioso, político) e implica

⁸² La leishmaniasis es causada por un protozoo parásito del género *Leishmania*, que cuenta con más de 20 especies diferentes y se transmite a los humanos por la picadura de flebotomos hembra infectados. Se conocen más de 90 especies de flebotominos transmisores de *Leishmania*. La enfermedad se presenta en tres formas principales: Leishmaniasis visceral, que en el 95% de los casos es mortal si no se trata; Leishmaniasis cutánea, que es la forma más frecuente y produce lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas que dejan cicatrices de por vida y pueden causar discapacidades graves, y Leishmaniasis mucocutánea, que conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas de mucosas de la nariz, boca y garganta (WHO, 2017)

derechos de antiguas y futuras generaciones” (Meza Lopehandía, 2009, p.32). En este sentido, el cuidado de la tierra, está estrechamente vinculado con el crecimiento y el desarrollo de la prole.

El relato de Haydeé, permite además observar las dificultades vinculadas a vivir en el territorio indígena. Si bien la comunidad había sido registrada por el RENACI, la posibilidad de nuevas violaciones a las legislaciones indígenas, constituían un riesgo para las familias rurales. Estudios sobre medio ambiente y salud infantil (WHO, 2017b) reconocen la exposición a riesgos ambientales generados por la contaminación y la falta de agua potable como un factor perjudicial en ambientes rurales, pero no hablan sobre los riesgos de expulsiones y violencias institucionales. Por otro lado, Haydeé sabía muy bien que los riesgos sanitarios de las yungas de Orán, no eran “naturales”, sino que estaban estrechamente vinculadas al accionar de agentes agroindustriales. Así pues, las posibilidades de intrusiones y desalojos violentos por parte de la policía y/o las fuerzas de seguridad del Ingenio, la exposición a fumigaciones de agrotóxicos y a la falta de servicios (luz, agua, educación) eran todos elementos que formaban parte del ambiente rural y que por lo tanto, deben considerarse para pensar de modo contextualizado la organización del cuidado infantil.

2.3. Comentarios finales.

A lo largo del capítulo encontramos dos nociones de ambiente que permanecen en tensión. Por un lado la noción de “ambiente” como físico, natural y externo, que puede observarse tanto en el relato de exploradores de siglo XVII, los escritos de Patrón Costas, funcionarios estatales, como de diversos habitantes de Orán. Esta noción, que flota en el sentido común, es la que comprende a la naturaleza como una fuente inagotable de recursos, disponible para que los hombres controlen, manejen, exploten y usufructúen, sin importar su costo de renovación, ni pensar en las consecuencias a futuro. Por otro lado, encontramos la perspectiva ava-guaraní sobre el ambiente, que comprende al mismo como el resultado de la actividad humana, por lo tanto concibe la naturaleza y la cultura de modo relacional. Esta última perspectiva coincide con la argumentada desde los estudios de cuidado (Tronto, 2005; Martín Palomo, 2008; Mol, 2008).

En línea con la mirada fiscalista, *lo femenino* se considera también como algo *naturalmente fértil*, las poblaciones indígenas como elementos del ambiente disponibles para el uso y el manejo de los hombres blancos. Toda la retórica de los “territorios vacíos”, es

parte de “la mitología nacional de la Conquista del Desierto, repetida como discurso fundacional del país en las escuelas” (Bartolomé, 2003, p. 180) que oculta los procesos de genocidio y explotación de las poblaciones indígenas que dieron origen al Estado-Nación argentino. Esta mitología se articula con las excesivas alusiones a tierras *naturalmente fértiles*, aún cuando diversos estudios señalaron que fue la presencia ancestral de poblaciones guaraníes agricultoras las que generaron la diversidad biológica de la biosfera de las yungas (Echenique, 2013).

La mirada relacional entre el ambiente y la actividad humana, permite dar cuenta de la dimensión cultural implicada en pensar a la naturaleza como una entidad prístina y pura. Así como no hay nada *natural* en pensar a la femineidad como *dadora y fértil*, no hay nada *natural* en pensar a la masculinidad como *violenta*. Los significados en torno a la naturaleza y los géneros a lo largo del capítulo son sociales e históricos. Es el modo de producción capitalista que fue mutando a lo largo de la historia, lo que ha actuado con violencia hacia el ambiente y las personas. La actividad agrícola intensiva, ha generado un “borde” del ámbito rural, al margen de las tierras productivas, que es el único lugar disponible para vivir para los habitantes locales. Este “borde”, genera experiencias de arrinconamiento tanto para pobladores del ámbito rural como urbano y de desigual distribución de las externalidades. En este sentido, el caso de los habitantes de Fortaleza en Pichanal nos permite observar que las poblaciones locales no recibieron beneficios de los recursos naturales que se extrajeron de los territorios en los que habitaban. De este modo, las acciones de las actividades económicas industriales en la zona, reactualizan la lógica explotadora del *pionero* Patrón Costas en estas tierras.



Viviendas comunidad ava-guaraní de “El 26” al borde de los cultivos de una finca. (PL, Mayo 2011)

Excede a los objetivos del capítulo, pero no podemos dejar de mencionarlos, los significados dispersos en torno a la cuestión de los derechos territoriales. Estudios antropológicos han explicado que los derechos humanos constituyen un frente discursivo sujeto a interpretaciones y disputas (Fonseca y Schuch, 2009). La idea de derecho indígena, tensiona el modo en que se han estructurado las relaciones laborales, sociales y étnicas en el contexto de Orán. La fragilidad de la ciudadanía y de las creencias en las normas jurídicas, hace que en el contexto de Orán, esté más legitimado pedir favores tanto al Estado como a un empresario, que exigir derechos humanos. Al respecto, Sigaud (1996) señala que el sentido de protección implicado en el derecho, desde la perspectiva jurídica, se asocia en contextos marcados por las economías de plantación de ingenios azucareros, con la protección que otorgaban los antiguos patrones. Que los integrantes de las comunidades indígenas exijan su derecho a la tierra, tensiona el modo en que se estructuran las relaciones laborales y sociales en la zona rural. Asimismo, los significados en torno al derecho indígena están mediatizados por los sentidos que adquiere la alteridad indígena en el contexto argentino. La perspectiva etnográfica aplicada sobre el caso de Fortaleza y Arcoiris permite ver que la sanción de leyes y su aplicación, no se traduce en la garantía directa de los derechos. Ni el mismo Estado, representado por agentes municipales, respeta las leyes que sanciona, ni regula que las empresas lo cumplan. Por su parte, el accionar de finqueros, permite observar la desigualdad

de fuerzas entre las comunidades indígenas y los agentes económicos, así como las tensiones con las poblaciones criollas en el contexto rural, que muchas veces no se encuentran organizadas. El Estado debe ser entonces pensado a la luz de estas contradicciones y en articulación con los agentes económicos locales.

Volviendo a las perspectivas en tensión en torno al ambiente, podemos observar diversos sentidos en torno a la tierra. Podemos decir que, todos los conflictos se estructuran en torno a la tenencia de tierras, pero ellas no poseen el mismo significado para todos los actores que la disputan. Para quienes poseen el poder económico, la tierra era un modo de producción, es ganancia y renta; mientras que para las poblaciones indígenas la tierra configuraba la construcción de identidad, memorias, recuerdos, las vidas de los antepasados, el abrigo, el alimento, la protección y también el cuidado (Teubal, 2009). Por estos motivos, hablar del cuidado de la tierra y el ambiente, implica también hablar de cuidado de personas.

Recapitulando, encontramos fundamental entender la naturaleza y la cultura de modo relacional, sobre todo pensando en el análisis de la organización del cuidado infantil. No sólo para afirmar el origen cultural de aquello que se entiende como “naturalmente” femenino y masculino, sino también para contribuir a nuevos modos de comprender y analizar el cuidado de la salud humana. En este sentido, cuestiones como la inseguridad generada por las intrusiones de las fuerzas de seguridad en las comunidades indígenas, los desalojos por parte de finqueros y empresas, la falta de acceso a agua potable, carencia de infraestructura como por los manejos de las empresas agrícolas, la falta de acceso a servicios tales como luz, cloacas y/o educación, forman parte de los ambientes de estudio. De este modo, las altas temperaturas no son naturalmente perjudiciales para la salud. Las mismas son consecuencia de diversos procesos sociales, económicos y políticos. Identificar estos procesos, permite distribuir socialmente las causas de los padecimientos y evita responsabilizar a la naturaleza – o a las poblaciones indígenas que suelen ser entendidas como parte de ella- por la propagación de enfermedades. En los siguientes capítulos nos ocuparemos entonces de ver cómo estos diversos elementos influyen en el modo que los sujetos se organizan para el cuidado de su descendencia.

CAPITULO 3

El trabajo de *hacer crecer la cría*.

“Desde siempre trabajé en el campo, pasé por todas las fincas, juntaba agua de los charcos, éramos hermanas de las ratas (risas) dormíamos en el piso, ¡trabajé en cada finca! (risas) pero lo que más trabajo da es hacer crecer la cría, hacerlos crecer (...) nosotros somos los que los traemos al mundo y ellos no saben hacer nada y ahí nos tenemos que encargar y si no se encarga una, no se encarga nadie, el cuidado de los changos no se termina nunca...”
(Rosa, 3/9/2012)

Históricamente, en el contexto de las sociedades occidentales, se han definido como femeninas las actividades “reproductivas” que se realizan al interior del hogar y como masculinas aquellas actividades “productivas” que generan un ingreso económico. De este modo, lo que se realiza afuera del hogar ha sido entendido como trabajo, mientras que lo que se realiza puertas adentro se corresponde con el “cuidado”, que las mujeres estarían naturalmente capacitadas para realizar de modo altruista. Ahora bien, esta división sexual del trabajo no se corresponde con lo observado en las familias de Orán – al igual que en otros contextos- donde las mujeres realizan tareas productivas dentro y fuera de su hogar. Rosa era una de ellas, quien señalaba que el *cuidado de los changos* es el *trabajo de hacer crecer la cría*, que se diferencia del trabajo en las fincas porque *no se termina nunca*. *Hacer crecer la cría* implica alimentar, hacer dormir, vestir, comprar comida –planificarla, prepararla, cocinarla y servirla- limpiar el hogar y lavar ropa, entre otras varias acciones cotidianas que posibilitan la reproducción de los miembros de la familia. También incluye tomar decisiones sobre aquello que los progenitores, sobre todo las madres, piensan que es *lo mejor* para sus hijos.

En este capítulo describo y analizo la organización social y cultural del cuidado cotidiano en los contextos rurales de Orán. Con tal objetivo recupero la propuesta⁸³ de Ravazi (2007) que sugiere pensar dicha organización como un “diamante de cuidados”, que permita observar el rol y las interacciones entre cuatro instituciones centrales: el Estado, las familias, los mercados y las organizaciones comunitarias. Al lo largo del capítulo, voy a indagar

83 El modelo de Ravazi (2007) está pensado para analizar regímenes de bienestar de países desarrollados. Al respecto Faur (2014) sostiene que para las sociedades latinoamericanas, caracterizadas por diversas desigualdades, es necesario pensar en “modelos” de cuidado que den cuenta del “régimen híbrido, compuesto por modelos superpuestos que se reproducen por la oferta segmentada de políticas públicas y la diversa calidad de servicios de cuidado según cada clase social” (Faur, 2014, p. 41).

entonces el cuidado cotidiano que estas diversas instituciones brindan a los niños y niñas que viven en el contexto particular de Orán.

El capítulo se divide en dos partes. En la primera de ellas, profundizo en el complejo universo de la conciliación entre cuidado y trabajo rural, incluyendo las normativas laborales y los modos en que las familias, sobre todo las mujeres y los niños, responden a las demandas de cuidado de los más pequeños en el contexto de Orán. El abordaje etnográfico, permite entender a las familias no como una “cosa” sino como un “proceso” flexible y dinámico⁸⁴, que implica una “vasta gama de relaciones de cuidado y transacciones económicas” (Zelizer, 2009, p. 85). Así, veremos cómo el modo en que cada familia organiza el cuidado infantil se modifica al ritmo de las demandas de cuidados de sus miembros y de las fluctuaciones del trabajo rural, el cual determina relaciones laborales y muchas veces condiciones habitacionales.

En la segunda parte, analizo los diversos espacios institucionales del ámbito rural donde los niños pasan parte de su vida cotidiana. Estos espacios son la escuela pública rural, la escuela policial infantil y la escuelita bíblica pentecostal. El análisis sobre sus alcances y limitaciones, permitirá visualizar cómo se configura el “diamante de cuidados” de los sectores rurales del departamento de Orán.

3.1. La conciliación trabajo y familia.

Los modos en que las familias y las mujeres cuidan, no ocurren aisladamente. Están en permanente interrelación con el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias de cada contexto. Los estudios sobre cuidados ponen “entre paréntesis la dicotomía histórica entre las esferas públicas y privadas” (Faur, 2014, p. 118) para abordar cómo las familias logran resolver las obligaciones del trabajo remunerado, junto con el trabajo que requiere *hacer crecer la cría*. En este sentido:

La regulación del trabajo remunerado operó como el primer intento de conciliación entre las responsabilidades familiares y la inserción de las mujeres en el mundo del trabajo. Desde muy temprano, las licencias por maternidad –y paternidad, aunque en lo concreto resulten escasas en todo sentido- las transferencias de ingresos y la disponibilidad de ingresos de distinta índole para el cuidado infantil, fueron dispositivos centrales – aunque insuficientes- para superar esta tensión. Estos recursos en perspectiva ponen en manifiesto aquello

⁸⁴ La flexibilidad de los grupos domésticos refiere a las estrategias que los sujetos realizan para procurar la reproducción social (Jelin, 1984; Almeida Salles, 1988). Hemos analizado estas categorías en el punto 1.4.

que Anne Liese Elliegesaeter (1999:41) formuló como los tres dispositivos centrales de las políticas públicas tendientes a la armonización entre familia y trabajo: ‘tiempo para cuidar, dinero para cuidar y servicios de cuidado’. Así, la distribución y cooperación de estos tres elementos dentro del área de reconocimiento de un derecho social sirvieron para establecer diferencias en el grado de bienestar de la población. (Faur, 2014, pps. 118-119).

Pensar la realidad de Orán desde la perspectiva de los estudios de cuidado resulta un desafío, ya que las relaciones laborales estaban signadas por la informalidad laboral. De las 100 familias que integraron la muestra, en 76 de ellas, el Principal Sostén del Hogar (PSH) trabajaba en fincas de producción agrícola. De esta porción, sólo 5 lo hacían como *efectivos*⁸⁵ y todos ellos eran varones. La única mujer contactada que trabajaba *en blanco* fue Haydee, de la comunidad Arcoiris, que era empleada del Hospital San Vicente de Paul.

Estos datos reflejan la precariedad que caracteriza al ámbito rural⁸⁶ y la desigual posición de las mujeres respecto a los varones en el mercado laboral. La probabilidad de las mujeres de insertarse en un puesto de trabajo formal y registrado es significativamente menor que la de los hombres en el contexto argentino: en 2013 el 36,6% de las mujeres no disponía de ningún tipo de seguridad social, mientras que sólo el 32,2% de los varones estaba en esa situación (EPH-Indec, MTEySS, 2014 en Faur, 2014, p.122). Es importante también señalar la precariedad del trabajo doméstico, que es la salida laboral del 15% de las mujeres ocupadas, de las cuales el 42% pertenecen al quintil de ingresos más bajos de la población (Pereyra, 2012 en Faur, 2014, p. 122). Estos datos se corresponden con que las actividades y prácticas implicadas en cuidar de otros, así como las personas que hacen esta actividad, “están social y económicamente devaluadas porque son asociadas con emociones, mujeres, clases bajas, minorías étnicas y necesidades” (Harrigton, 1999; Kleinman y Hana, 2008 en Epele, 2011, p. 1477, traducción propia).

En Argentina, la informalidad laboral tiene efectos determinantes sobre el cuidado infantil, pues las intervenciones estatales en torno al mismo se limitan a dos esferas: la protección a la madre trabajadora en el régimen laboral (durante el período de gestación, alumbramiento y lactancia), y la obligatoriedad de la educación básica, que constituye la

⁸⁵ Más adelante observaremos que ser “efectivo” indicaba estar registrado, pero no significaba lo mismo que trabajar “en blanco”, que supone acceder a los beneficios del “trabajo registrado”: cobertura de aseguradora de riesgos del trabajo, un seguro de desempleo, los beneficios del acuerdo colectivo de trabajo (viáticos, refrigerios, escalafón, antigüedad, ropa de trabajo), aportes jubilatorios, licencias por maternidad/paternidad, vacaciones pagas, aguinaldo, seguro de vida y una pensión para la familia en caso de fallecimiento (INTI, 2017).

⁸⁶ En Argentina, el 49,05% de los empleados del ámbito rural trabajan de modo ilegal (Bertranou y Casanova, 2014). Este panorama es comparable con otros escenarios latinoamericanos (Guiarriaca y Grass, 2000), donde “modernización e intensificación de la producción” coexisten “con condiciones de trabajo que se consideraban eliminadas” (Lara Flores, 2008, p. 26).

principal estrategia del cuidado para las familias (Rodríguez Enríquez, 2005). En el contexto argentino, la escuela pública tiene una muy alta presencia en la sala de cinco años – acercándose a la universalización- pero que disminuye fuertemente en las salas de 4 y 3 años, pese al esfuerzo de ampliar la matrícula en los últimos años⁸⁷ (IIPE, 2002; DINECE, 2007 y 2010 en Zibecchi, 2013, p. 431). Esto mismo observaremos más adelante para el particular contexto de Orán, donde existían pocas posibilidades para “desfamiliarizar” el cuidado de los menores de cinco años.

En la última década diversas políticas públicas han intentado revertir las desigualdades generadas por la informalidad laboral. Entre ellas destacamos la Asignación Universal por Hijo (AUH), implementada desde 2009. Consiste en una transferencia monetaria a los hijos de personas desocupadas, que trabajan en el mercado informal o que ganan menos del salario mínimo, vital y móvil⁸⁸. Con esta medida, el Estado buscó asegurarse que la población por debajo de los 18 años asista a la escuela, realice controles periódicos de salud y cumplan con el calendario de vacunación obligatorio, ya que éstos son requisitos indispensables para cobrar la asignación.

Respecto al ámbito rural, en diciembre de 2011 se sancionó y promulgó la Ley N° 26.727 de Régimen de Trabajo Agrario, con el objetivo de superar la vetusta legislación promulgada durante el último gobierno de facto (Egan, 2013). La nueva normativa, se tradujo en el contexto de Orán, en una serie de acciones a cargo de la Agencia Federal de Ingresos Fiscales (AFIP) y el Ministerio de Trabajo de la Nación con el objetivo de “combatir el trabajo esclavo”. En la nueva legislación se destacaban diversas exigencias en torno a las condiciones de vivienda, salud y alimentación de los trabajadores, y a la regulación de la jornada de trabajo⁸⁹ (Egan, 2013). En relación al cuidado infantil, la normativa estableció

⁸⁷ “La ausencia de servicios educativos para los niños y niñas más pequeños de gestión estatal ha conformado un ‘nicho’ aprovechado por la oferta privada mercantil de servicios de cuidado que claramente segmenta el acceso de la población según su nivel socioeconómico y regiones geográficas (Rodríguez Enríquez, 2007). Tal oferta se caracteriza tanto por tener un carácter institucionalizado o preservando el clima familiar y, en general, ha tendido a concentrarse en las zonas urbanas y atender niños de las familias de mayores ingresos” (Zibecchi, 2013: 432).

⁸⁸ Consiste en el pago mensual de \$996,80 para niños menores de 18 años y de \$3.251,20 para chicos discapacitados sin límite de edad. (Decreto N° 1.602/09, 2009). Recuperado de: <http://www.anses.gob.ar/archivos/cartilla/MONTOS%20AAFF-AAUU%20percibidas%20desde%2003-2017.pdf>. Consultado el 24/5/2017.

⁸⁹ El artículo 24 establece: “*Vivienda. Requisitos mínimos.* La vivienda que se provea al trabajador deberá ser sólida, construida con materiales adecuados que garanticen un adecuado estándar de confort y habitabilidad, debiendo reunir los siguientes requisitos mínimos: a) Condiciones de seguridad, higiene, abrigo y luz natural, debiendo garantizarse medidas de prevención y saneamiento relativas a los riesgos sanitarios, epidémicos o endémicos según la zona de que se trate; b) Ambientes con características específicas que consideren el tipo y el número de integrantes del núcleo familiar, con separación para los hijos de distinto sexo mayores de ocho (8) años; c) Cocina-comedor; d) Dormitorios, en función de la cantidad de personas que la habitan; e) Baño para cada grupo familiar, dotado de todos los elementos para atender las necesidades de higiene básica de la familia y

licencias por paternidad y maternidad, incluso para los trabajadores temporarios,⁹⁰ y exigió el emplazamiento de espacios de cuidado de los niños a cargo del trabajador. Estas regulaciones se ubican en el capítulo III de la legislación:

“Prevención del trabajo infantil. Espacios de contención para niños y niñas.

Artículo 64. — *Espacios de cuidado y contención.* En las explotaciones agrarias, cualquiera sea la modalidad de contratación, el **empleador deberá habilitar espacios de cuidado** y contención adecuados a fin de atender a los niños y niñas a cargo del trabajador, durante todo el tiempo que dure la jornada laboral y poner al frente de los mismos a personal calificado y/o con experiencia en el cuidado de la infancia. Este **servicio** deberá atender a los niños y niñas que aún no han cumplido la edad escolar y también, en contra turno, a los que asisten a la escuela hasta cubrir la jornada laboral de los adultos a cuyo cargo se encuentren. La reglamentación establecerá los requisitos mínimos que deberán cumplir los espacios de contención para niños y niñas, así como la cantidad de trabajadores a partir de la cual se exigirá a los empleadores la obligación establecida en el párrafo primero, teniendo en cuenta las particularidades locales y regionales y las peculiaridades de la actividad agraria respectiva” (Remarcado propio, Ley 26.727 Régimen de Trabajo Agrario, 2011).

Esta referencia a los espacios de cuidado como un *servicio* para los trabajadores, cuya responsabilidad estuviese a cargo del *empleador*, resultaba novedosa. Consideramos que la misma guarda relación con los debates de las últimas décadas sobre la necesidad de contemplar la conciliación entre las familias y el trabajo (Faur, 2014). La normativa sugiere que la separación de los espacios de adultos y niños, podría prevenir que estos últimos *trabajen*. Si bien no es nuestro foco en esta tesis, sí podemos plantear que se trata de una

que deberá como mínimo contener: inodoro, bidet, ducha y lavabo; y f) Separación completa de los lugares de crianza, guarda o acceso de animales, y de aquellos en que se almacenaren productos de cualquier especie”. (Ley N° 26.727 de Régimen de Trabajo Agrario y Convenios de Corresponsabilidad, 2017).

⁹⁰ Artículo 50.-*Aplicación de las licencias de la ley 20.744* (t.o. 1976) y sus modificatorias. Resultan de aplicación a los trabajadores comprendidos en la presente ley las licencias previstas por la ley 20.744 (t.o. 1976) y sus modificatorias, sin perjuicio de las establecidas en el presente título y lo prescripto para los trabajadores temporarios con relación a las vacaciones. **CAPITULO II. Licencias especiales. ARTICULO 51.** — *Licencia por maternidad.* Personal temporario. El personal femenino temporario también tendrá derecho a la licencia por maternidad, cuando esa licencia debiere comenzar durante el tiempo de efectiva prestación de servicios y hubiere, en forma fehaciente, hecho la correspondiente denuncia al empleador. La trabajadora tendrá estabilidad en su empleo durante la gestación y hasta el vencimiento de la licencia por maternidad, y gozará de las asignaciones que le confieren los sistemas de seguridad social, que garantizarán a la misma la percepción de una suma igual a la retribución que corresponda al período de licencia legal y del que exceda el tiempo de trabajo efectivo correspondiente a las labores para las que fuera contratada, conforme lo determine la reglamentación que en consecuencia se dicte. La violación de estos derechos obligará al empleador al pago de una indemnización, cuyo importe será equivalente al que hubiere percibido la trabajadora hasta la finalización de dicha licencia.

ARTICULO 52. — *Licencia parental.* Establécese para el personal permanente de prestación continua una licencia con goce de haberes de treinta (30) días corridos por paternidad, la que podrá ser utilizada por el trabajador de manera ininterrumpida entre los cuarenta y cinco (45) días anteriores a la fecha presunta de parto y los doce (12) meses posteriores al nacimiento.

perspectiva un tanto ingenua, en la que el *trabajo infantil* emerge como una enfermedad que podría prevenirse si los hijos de los trabajadores son puestos en *cuarentena* (Ariès, 1987). Entonces, si bien exigir la creación de un servicio de cuidados de los hijos de los trabajadores constituye un derecho, y un modo de contemplar la articulación de la esfera reproductiva y productiva, la idea de infancia que construye la normativa, resulta cosificada y descontextualizada. Si los padres viven en un contexto de ilegalidad laboral, ¿cómo los niños van a estar exentos de los efectos de la precariedad laboral?



Sanitarios compartidos por trabajadores y sus familiares en una finca en el Paraje 26. (PL, octubre 2015)

El escenario rural oranense, nos plantea la necesidad de elaborar un análisis de las prácticas de cuidado que trascienda las esferas estatales de provisión de bienestar. Los interrogantes son entonces ¿quiénes cuidan cotidianamente a los niños?, ¿en qué condiciones lo hacen?, ¿cómo lo hacen?, ¿qué estrategias familiares logran resolver el cuidado?, ¿cómo intervienen las condiciones laborales en las estrategias de cuidado?

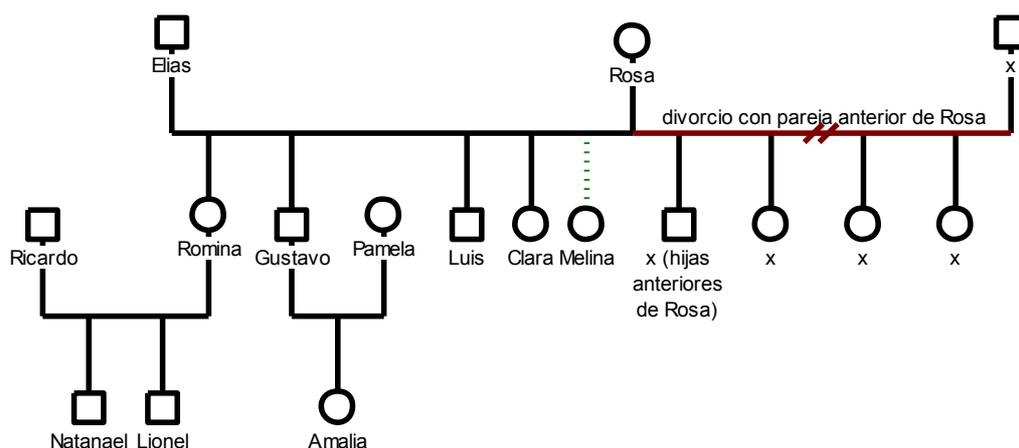
La informalidad como *realidad instituyente*.

3.2. Familias extensas criollas.

La familia de Rosa fue una de las pocas que contacté donde el principal sostén del hogar era *efectivo*. Su familia estaba repartida en tres viviendas que se ubicaban en la entrada de la finca de Soto, donde se observaba una sala de bar dentro de un galpón con ventanas

cubiertas con mosquiteros y mesas largas con bancos de madera, enfrentadas a una ventana con rejas que hace de mostrador. Allí se podían comprar bebidas, pilas, tarjetas de celulares, bicarbonato de sodio, hojas de coca, golosinas y repelentes para insectos, junto con paquetes de velas y muchos otros objetos. Este comercio de venta de bebidas y comidas que manejaba Rosa, localmente recibía el nombre de *pensión*.

Elías Vélez (52), Rosa (44), Luis (14), Clara (15) y Melina⁹¹ (12) vivían en un dormitorio ubicado al fondo de la *pensión*, pasando el mostrador. Pegado a este ambiente, había un comedor con un televisor frente a mesas y sillas. Melina no era hija biológica de Rosa y Elías, sino criada por ellos, porque su madre, una pariente lejana, no podía hacerlo. Romina (26), la hija mayor de los Vélez, vivía en la segunda casa, ubicada a pocos metros del galpón, con su pareja Ricardo (31) –hijo de un encargado de otra finca aledaña- con quien tiene dos hijos: Lionel (3 meses) y Natanael (3 años). Por su parte Gustavo (19), hijo de Rosa y Elías, y Pamela (17) vivían en la tercer casa con su hija Amalia (3 meses).



Junto a la vivienda principal, donde se abría la *pensión*, había un gran alero con techo de chapa que formaba la galería y el espacio de la cocina. Allí se hacía el fuego y había piletas construidas con gomas de camionetas partidas por la mitad. Una para la cocina y otra para lavar la ropa. Todos los recipientes de plástico que habían sido utilizados para la producción de las fincas (bidones de pesticidas, fertilizantes) se utilizaban en el sector de limpieza para almacenar el agua extraída de la bomba de la finca. Al fondo, a varios metros del galpón, se

⁹¹ Rosa tenía además una hija que estudiaba en la Universidad Nacional de Salta en la ciudad capital de la provincia, y otros cuatro hijos que había tenido con otra pareja y que vivían en distintos lugares del conurbano bonaerense.

encontraban los baños: dos casillas de madera que cubrían una letrina sellada con cemento que se conecta a una cámara séptica que colocó Elías. Cerca de los baños, podían verse enormes árboles de paltas, que brotan en marzo, y una pequeña huerta, donde según la época podían encontrarse sandías, calabazas o pimientos.

En nuestro primer encuentro, Rosa me mostró los bidones de PVC de 200 litros, de color azul cubiertos con nylon transparente y las dos jarras de plástico diferentes, que diferenciaban el uso de agua de consumo del resto de los usos. Rosa me explicó: “...*el agua me la trae mi hijo, que trabaja muy bien con Soto, vienen todas las semanas con el tractor y ahí me traen los bidones. Nosotros tenemos mucha confianza con Soto, lo conocemos hace mucho, por eso también podemos vivir en esta casa*” (EA17). Si bien Elías era encargado *efectivo*, las condiciones sanitarias de su vivienda lejos estaban de cumplir con las que dictamina el Régimen del Trabajador. La *casa* provista por Soto era un viejo galpón que se utilizaba para maquinarias, por lo tanto no poseía las “condiciones de seguridad, higiene, abrigo y luz natural”, ni garantizaba las “medidas de prevención y saneamiento relativas a los riesgos sanitarios, epidémicos o endémicos según la zona de que se trate” (Ley RTA, art. 5). Ni la cocina ni el baño estaba conectados a redes cloacales o de agua potable, cuyo abastecimiento, como vimos, dependía del hijo de Rosa, que también era empleado en la misma finca. Por otro lado, tal como hemos descripto, en la habitación de la vivienda principal dormía todo el grupo familiar. No había espacios separados para adultos y niños, y tampoco existía en la finca un espacio destinado al cuidado de los hijos de los empleados.

Como anticipamos, en los contextos rurales de Orán, ser *efectivo* no implicaba percibir los beneficios del Régimen de Trabajo Agrario, ni percibir los beneficios de una relación de dependencia legal⁹². De este modo, la informalidad constituye una fuente “instituyente o principio de realidad”, una dimensión pragmática propia del “neoliberalismo desde abajo”⁹³, que “no refiere a lo que no tiene forma, sino a la dinámica que inventa y promueve nuevas formas (productivas, comerciales, relacionales)” (Gago, 2014, p. 21). Las personas que viven en contextos de informalidad desarrollan estrategias para “subsanan las actividades y los

⁹² Ver nota al pie N°3.

⁹³ Gago (2014) entiende al neoliberalismo como una fase del capitalismo que produce una “proliferación de modos de vida que reorganizan la noción de *libertad, cálculo y obediencia*, proyectando una nueva racionalidad y afectividad colectiva” (2014, p.10). Por “*neoliberalismo desde abajo*” se refiere a “un conjunto de condiciones que se concretan más allá de las voluntades de gobierno, de su legitimidad o no, pero que se convierten en condiciones sobre las cuales opera una red de prácticas y saberes que asume el cálculo como matriz subjetiva primordial y que funciona como una poderosa economía popular que mixtura saberes comunitarios autogestivos e intimidad en el saber hacer en la crisis como tecnología de una autoempresarialidad de masas [...] la fuerza del neoliberalismo acaba arraigando en los sectores que protagonizan una *pragmática vitalista*” (cursiva de la autora, ibidem:13).

servicios de reproducción que no existen” (ídem). Los sujetos son interpelados, entonces en relaciones de “emprededurismo” porque son responsables de autogestionar políticas públicas –empleo, cuidado, transporte, educación, salud- ausentes y/o ineficaces (ibidem, p.22). Existen normativas estatales sancionadas e iniciativas regulatorias, pero las mismas no logran promover condiciones laborales legales.

3.2.1. La vida en Rosa.

Una mañana de marzo de 2011 cuando el sol ya empezaba a sofocar, Rosa me invitó a almorzar a su galpón-vivienda-pensión. En aquel entonces Lionel tenía seis meses y Natanael tenía tres años recién cumplidos. Ninguno de los dos iba a la escuela y como su mamá había viajado a Orán, Rosa estaba a cargo de sus dos nietos, además de atender su pensión.

Con un metro cuarenta y ocho, y una cabeza llena de rulos cortados, que a veces teñía de rubio, Rosa no se quedaba quieta ni un segundo. Mientras Natanael corría por la entrada de la finca, ella caminaba toda la galería de su casa con un banquito bajo la axila al que se subía para llegar a las repisas donde se guardan los utensilios de cocina, los platos y los fósforos, entre otros montones de objetos apilados. Iba, venía, se paraba en el banquito para alcanzar el pelador de papas, volvía al piso, para sentarse nuevamente, pelaba las papas, buscaba maderas para mantener el fuego de la olla vivo, llegaba un cliente, entraba a su casa, volvía a subirse a otro banquito para llegar a asomarse por la ventana del mostrador, vendía una cerveza con un paquete de bicarbonato de sodio, me guiñaba el ojo y me decía “*este se macha*⁹⁴ y no lo saco hasta la noche”. Luego volvía a su cocina, a las papas, a la olla, a cortar más verduras y a revisar que siga durmiendo el pequeño Lionel en una hamaca construida con una bolsa de arpillera que se ataba entre dos postes de la galería. “*Elías siempre me trae verduras que sobran de la cosecha, por suerte eso siempre hay acá, algo para picar siempre tenemos*” (EA17).

La vida cotidiana de Rosa se organizaba en base al funcionamiento de su pensión y de la realización de tareas domésticas. Lunes, miércoles o viernes, Rosa arrancaba el día a las seis de la mañana, cruzando la frontera para ir a la feria de Bermejo. La feria consistía en un mercado a cielo abierto, donde los principales productores de la zona, ofertaban la producción agrícola a precio mayorista y muchas veces, el excedente de producción que no podía ser exportado como *Premium*. A su vez, la frontera implicaba una circulación de otro tipo de mercaderías alimenticias, que siempre estaban a precios más accesibles que en los comercios

⁹⁴ Localmente se le dice machado al borracho y/o alcoholizado.

del centro de Orán. Cuando Rosa iba a la feria, su hija Romina quedaba a cargo de atender a los clientes. Ella estaba terminando el secundario en Orán, razón por la cual estaba ausente varias mañanas en la semana, que era cuando Rosa quedaba a cargo de los niños. Los varones de la familia, Gustavo, Elías y Ricardo, trabajaban en la finca. Clara y Melina asistían a la escuela por la mañana.

Aquella mañana, en su casa, Rosa iba y venía de la galería de su cocina, atendía clientes y cocinaba en la olla, y también estaba cuidando de sus nietos. Mientras hamacaba al pequeño Lionel, le decía a Natanael que corría cerca de donde se movían los tractores. “*Te va a pisar un tractor y tu mamá me va a matar, Natanael escuchá a tu abuela*”, le decía al nene mientras me decía “*este chango me hace enojar*”, y seguía hamacando al bebé y lo abanicaba con una franela para quitarle los mosquitos.

Para mis parámetros de *clase media porteña*, Natanael estaba jugando en un “campo minado”, por donde no sólo entraban y salían tractores, sino también camiones con ruedas de su altura, que ingresaban a cargar y descargar mercadería. No podía creer que Rosa no lo agarrara del brazo y lo sacara de ahí. Pero ella sólo le hablaba, mientras el niño seguía corriendo y esquivando los vehículos. Lionel lloraba, y Rosa seguía yendo y viniendo. Yo no me pude contener y me acerqué al “campo minado” de tractores a preguntarle a Natanael si quería dibujar con unos lápices que siempre llevaba conmigo. En unos pocos minutos el pequeño se entretenía mientras yo le dibujaba el contorno de su mano en una hoja. Rosa aprovechó mi estado de observación participante para pasarme el bebé Lionel y una mamadera. Justo en ese momento, su yerno Ricardo –padre del niño- entró a la vivienda principal y se puso a mirar televisión en el comedor. Yo sentada con un bebé en brazos tomando la mamadera y otro jugando a mi lado, sólo pensaba, ¿me hubiesen dado dos menores a cargo si no fuese mujer?, ¿por qué no se lo daba a su papá, que estaba sentado mirando televisión?, ¿cómo podía ser que el nene de tres corriera entre los tractores y ella no lo fuera a buscar?, ¿qué hubiese hecho ella si yo no estaba? Como si me hubiese leído el pensamiento, Rosa en una de sus caminatas me dijo: “*menos mal que estas vos, sino no puedo atender a la pensión.... a veces Natanael le da la mamadera a su hermanito, porque él es muy buenito*”.

En esta breve escena, podemos observar cómo la ideología maternalista, que supone que las mujeres son ante todo madres y son las cuidadoras ideales de los niños (Nari, 2004), permea las relaciones intrafamiliares del hogar de los Vélez. Aunque las mujeres no sean familiares, ellas igualmente emergen como las más capacitadas y las únicas responsables de las tareas del cuidado infantil, mientras los varones son los que “salen” a “trabajar”. Esta

asignación cultural de deberes y obligaciones, no las exime del trabajo remunerado, como podemos ver en el caso de Rosa, que además de cuidar a sus nietos, organiza un comercio al interior de su casa. En la olla, Rosa cocina para alimentar a su familia y a los empleados rurales. La cotidianeidad de Rosa permite problematizar la dicotomía público/privado que fundamenta la definición clásica de cuidado y permite observar los modos en que lo “reproductivo” está estrechamente ligado a lo “productivo”. Podemos decir –y ampliaremos este análisis más adelante- que las estrategias de cuidado que despliega Rosa, son estrategias ante la desigualdad de género, que es aprehendida desde la más temprana edad.

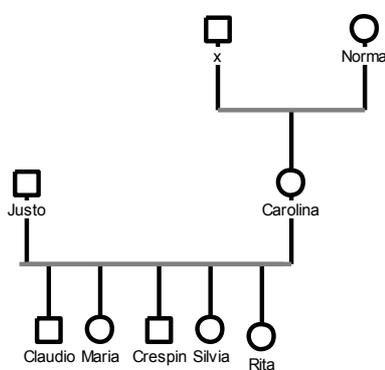
En relación a los vínculos intergeneracionales, el modo en que Rosa se relacionaba con sus nietos, daba la pauta de que mis parámetros de infancia “normal”, no tenían nada que ver con los que observaba en la pensión de los Vélez. Natanael era mucho más independiente y responsable que un niño *de clase media urbana porteña* de tres años. Él podía asumir la responsabilidad de darle la mamadera a su hermano bebé, y tenía una autonomía en el espacio doméstico y en el espacio circundante de su vivienda, como el lugar de entrada y salida de camiones de la finca.

Los niños Vélez estaban siendo cuidados por su abuela de un modo que habilitaba su autonomía e independencia. Lo que hacía Natanael era objeto de una “supervisión no intrusiva” (Mead, 1930) por parte de su abuela. Ella estaba concentrada en cocinar y no desatendía de su nieto, pues ella “seguía a través del sentido del oído el desarrollo de sus actividades” (Szulc, 2015, p. 65). Al mismo tiempo, también observé que, tal como analiza Szulc (ídem) en el caso mapuche, “calmar el llanto de un bebé no constituye un imperativo absoluto”. Fue mi perspectiva de clase media urbana la que me llevó a buscar a Natanael porque tenía miedo de que un camión lo pisara. Rosa confiaba en el conocimiento que su nieto tenía sobre el espacio, a pesar de que le advertía que tuviera precaución. En este sentido, Szulc señala que los niños poseen un “manejo competente del entorno” que guarda relación con su “participación en actividades de subsistencia desde muy temprana edad” (Szulc, 2015, p. 67). Como anticipamos, Rosa planteó también que Natanael podía darle la mamadera a su hermanito Lionel. En este sentido, los niños participan de las actividades de cuidado y son activos agentes que colaboran con el objetivo familiar de conciliar las responsabilidades del trabajo remunerado y las tareas domésticas.

3.2.2. “Me quedé aquí haciendo de madre.”

“Somos ocho, tres adultos y cinco niños. Yo me quedo con los changos y mi hija y mi yerno salen a trabajar” me explicaba Norma Ruiz, mientras pelaba habas en una palangana

rosa (EA 16). Tal como en el caso de Rosa, el modelo familiar respondía a una ecuación simple: población activa económicamente saliendo a trabajar en forma remunerada fuera del hogar y adultos inactivos quedando al cuidado de los más pequeños puertas adentro. Esta familia vivía en el asentamiento, a diferencia de los Vélez que vivían dentro del terreno de las fincas. Su vivienda estaba cercada prolijamente, construida con paredes de madera recubiertas con caña de bambú, y un cerco del mismo material que permitía que no se escaparan las gallinas y los pollitos. La casa estaba compuesta por tres dormitorios con un gran alero donde había una mesa de madera y sillas. Uno de los dormitorios era de la abuela, que dormía con Rita (5) y otro de los dormitorios era para el resto de los nietos: Claudio (12), María (10), Crespín (9) y Silvia (7).



El tercer dormitorio era de Carolina (34) y Justo (35) que trabajaban en una finca cercana como *jornaleros efectivos*. Ellos firmaban todos los días un recibo como comprobante de que habían recibido un honorario por ese día de trabajo, pero en ese recibo no figuraba ningún tipo de aporte a la seguridad social. A su vez, Carolina me explicaba que “*el capataz te explica cuando hay tarea*” (EA47), señalando la inestabilidad de la demanda laboral y del ingreso económico. Tal como en otros hogares, el único ingreso fijo de esta familia, estaba constituido por la AUH.

La fluctuación del trabajo en las fincas, llevó a Justo a trabajar como *bagallero* un tiempo. Esta labor consiste en transportar bultos con mercaderías a través de la frontera argentino-boliviana, por caminos que surcan los terrenos finqueros, y evitar así los controles de aduana y gendarmería que se encuentran en la ruta. *Bagallear* era mucho más “inseguro” (Lara Flores, 2008) que trabajar en las fincas: implicaba recorrer grandes distancias, con bultos que podían pesar hasta sesenta kilogramos, soportando temperaturas tropicales y

corriendo el riesgo de ser “*descubierto*” por los gendarmes⁹⁵. El riesgo asumido por quienes trabajaban de bagalleros se traducían en la posibilidad de acceder a un ingreso más alto. En el año 2012, mientras en las fincas el jornal de efectivo era de cincuenta o sesenta pesos, el traspaso por la frontera de un bulto de cincuenta kilogramos en la espalda –que se realizaba en cinco horas si no había conflictos con gendarmería- daba ciento cincuenta pesos argentinos.

Mientras Carolina y Justo salían a trabajar, la abuela Norma quedaba al cuidado de sus nietos, quienes –más adelante observaremos- eran una pieza fundamental en la organización cotidiana del cuidado. De lunes a viernes, los cinco hijos iban a la escuela rural más cercana, ubicada a diez kilómetros. Ningún adulto intervenía en el traslado de los niños a la escuela. Esperaban el colectivo en la ruta, y Claudio y María estaban a cargo de pagar el boleto de sus otros tres hermanos. Esta situación y otras retratadas expresan los modos en que los niños son actores fundamentales en las tareas de cuidado.

En una oportunidad, visité la vivienda y no había ningún adulto. Me encontré a María armando un fuego con sus dos hermanas menores. María estaba abanicando con un cartón las pequeñas llamas para que prendiera la madera, mientras las dos hermanas estaban mirando televisión. “*Norma se fue a comprar comida y mis hermanos salieron a lo de Matilda –vecina de comunidad ava-guaraní- ellos salen y yo me quedo aquí haciendo de madre*” (E18, 12/5/2011). María con sus diez años, estaba a cargo de alimentar a las gallinas y cuidar a los pollitos, y también realizaba distintas tareas domésticas como barrer, lavar ropa, pelar papas, ir a hacer mandados y quedarse al cuidado de sus hermanas más pequeñas. Hacer *de madre* implicaba asumir tareas reproductivas del hogar: hacer el fuego para preparar la comida y cuidar que las dos hermanas más pequeñas no se acercaran al fuego, ni se fueran de la casa. Haciendo estas tareas, María era una figura clave en el proceso de socialización de sus hermanas, enseñándoles a “ser mujer”.

Por su parte, Claudio de 12 años, iba con un carro a buscar agua a la bomba de la finca de Soto y ya estaba dando sus primeros pasos como jornalero. “*Cuando mi papá no da abasto con las tareas, yo lo ayudo*” refiriéndose a la época de cosecha de tomate y/o banana, en que hay más demanda de trabajo manual. Si bien la abuela Norma estaba en contra de que trabaje, porque “es mejor que estudie”, el niño se mostraba orgulloso de acompañar a su papá y ayudarlo en distintas tareas, “*Me gusta porque así ya voy aprendiendo y además mi papá me da dinero*” (E19). La posibilidad de acceder a dinero no fue observada en el universo

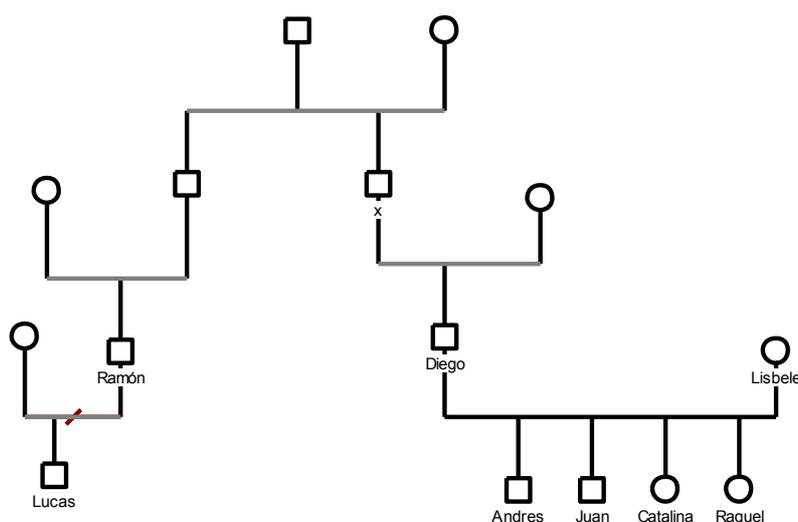
⁹⁵ Los conflictos entre gendarmería y bagalleros permanecen vigentes en la actualidad. Uno de los episodios más dramáticos ocurrió durante el trabajo de campo en mayo de 2013 con el asesinato del bagallero Gabriel Tercero (*El Tribuno*, 18 de mayo de 2013).

femenino infantil. Las tareas de cuidado no son remuneradas, salvo cuando son realizadas por mujeres adultas en casas que no son las propias.

Las observaciones en el espacio doméstico de la familia Ruiz dan cuenta de cómo niños y niñas cumplen un rol protagónico en la organización del cuidado. Desde muy temprana edad, las niñas aprenden a realizar actividades asociadas al género femenino: limpiar la casa y cuidar a sus hermanitos. Esto ha sido explorado en poblaciones guaraníes por Hirsch (2011) donde señala que la socialización de las niñas en la práctica de la maternidad comienza desde muy pequeñas. Si bien podemos decir que sólo hemos observado niñas realizando tareas domésticas tales como limpiar o cocinar en el hogar, el cuidado de los hermanos más pequeños es una tarea que también realizan varones y que adquiere diversos significados.

3.2.3. “Yo puedo cuidar de todos”

En la casa de Lisbele Colque (26), que también se ubicaba en El 26, pero dentro de un terreno finquero. Allí vivían además de Diego (28) -su pareja-, Lucas (12), Andrés (10), Juan (5), Catalina (3) y Raquel (1). Esta familia tenía una casa pequeña, formada por dos dormitorios con un alero cercado con cañas de bambú que protegían una pequeña huerta. En la galería había una mesa con sillas y estaba ubicado el televisor, siempre prendido aunque nadie lo estuviese mirando. Los objetos, desde las prendas de vestimenta hasta los útiles escolares y los utensilios de cocina estaban envueltos en bolsas de nylon, nada estaba apoyado en el piso de tierra. “Porque aquí llueve y se gotea todo” me explicaba Andrés (EA20).



Al igual que Rosa, Lisbele había organizado una pensión en su vivienda, pero bastante más pequeña. Si bien ella la llamaba pensión, era más parecida a un quiosco, donde se vendían golosinas, hielo y bebidas, porque los Colque tenían una heladera con un amplio congelador. Los cuatro chicos iban a la escuela en el turno tarde y se quedaban en la casa por la mañana. En una oportunidad, Lisbele había salido a llevar a la beba Raquel al pediatra y el resto de los hijos se quedaron en la casa. “Yo soy el que está a cargo”, me dijo Andrés y me invitó a pasar. Estaban dibujando con Lucas, un primo segundo que vivía con ellos, mientras su papá Ramón trabajaba y residía en una finca en Jujuy. Andrés observó que Catalina se sentó en el piso y le dijo fuerte “*Catalina no, en el piso te sientas con una manta*” y fue al cuarto a buscar una manta para que la niña no se sentara en el piso de tierra. Mientras seguía explicándome:

“A:- es que sino después lleva tierra a todos lados, además acá hay víboras, yo tengo el machete por cualquier problema, por si se quiere meter con mis hermanas.

P: ¿En serio? No te creo. ¿Te parece que vas a cazar una víbora con un machete? Mirá que las víboras son rápidas.

A: si pero mi padre me ha enseñado, yo sé cazarlas y así yo puedo cuidar de todos.

Y ahí nomás Andrés fue caminando hasta su cuarto y trajo el machete que tenía debajo de su cama” (EA20, 11/5/2011)

En esta situación de campo podemos observar que yo hablaba con Andrés desde mis propias construcciones de infancia, sin tomar con seriedad lo que decía mi interlocutor. Para mis parámetros de infancia normal, si un nene me dice que tiene un machete pienso que debe ser de juguete y que no va a tener acceso a un arma blanca. El *cuidado de todos* que realiza Andrés, refiere a la protección de agentes intrusos y a la defensa de peligros externos. Esta forma de cuidar se articula con los mandatos de género de los varones: ser valientes, corajudos y tener fuerza física para pelear contra posibles intrusos. Es otra forma de cuidar, que significa defender y mostrar ser competentemente varón (Connell, 1997). Esto no quería decir que Andrés estuviera exento de asumir tareas de cuidado “femeninas”, como cuidar que su hermana no se llenase de tierra los pies.

Por otro lado, Lucas y Andrés estaban a cargo de la pensión, actividad que Juan estaba desesperado por atender “*si viene alguien a comprar lo quiero atender yo, por favor*” decía el pequeño Colque. Lucas estaba muy serio y le decía, “*eres muy chango todavía, las golosinas las vendemos nosotros*” ubicando los rangos de edad y las responsabilidades en su lugar.

Encargarse de la venta de la pensión era un trabajo de adultos, que Lucas y Andrés deseaban realizar y mostrarme.

Esta situación permitía observar que las actividades de producción dentro del hogar, es decir, aquellas que generan dinero, no sólo son realizadas por adultos. La participación de los niños en ellas, “no sólo es un recurso didáctico” señala Zelizer (2009, p. 263). Lucas y Andrés estaban atendiendo la pensión, escuchaban al cliente, recibían el monto del precio de los productos y daban cambio. No estaban “jugando”, estaban participando de actividades productivas del hogar, al mismo tiempo que cuidaban a sus hermanos menores y mientras lo hacían, adquirirían conocimientos que luego les servirán en el futuro. Esto implica observar que los niños no sólo son objetos de cuidado o sujetos consumidores, sino que son tanto cuidadores como productores en la economía del hogar. Nuevamente la dicotomía entre las esferas productivas y reproductivas resulta ineficaz para explicar las relaciones de cuidado, como lo observaremos en los casos siguientes.

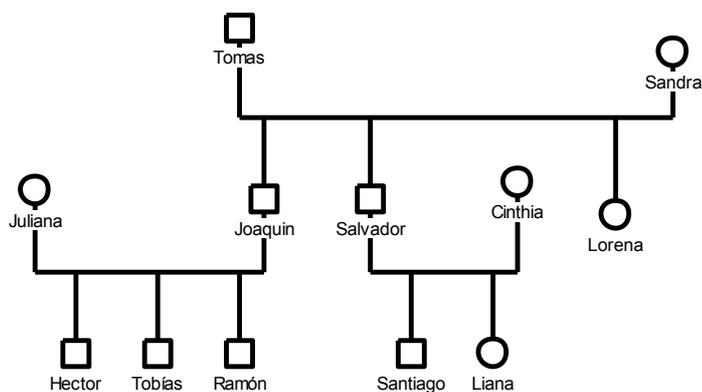
3.2.4. Familias extensas ava-guaraníes.

Tal como en los casos anteriores, en los hogares de la comunidad avá-guaraní encontramos familias extensas, formadas por integrantes de varias generaciones y parientes de distinto grado que pueden no vivir en la misma vivienda, pero si compartir gastos de manutención. De este modo, decimos que estas familias extensas constituyen unidades domésticas.

Una de ellas, corresponde al caso de Lorena Funes, sobre quien hablamos en el capítulo anterior (ver apartado 2.5) que vivía con sus padres y sus tres hermanos, cuñadas y sobrinos en el asentamiento del 26. Las tres viviendas estaban ubicadas al interior de un cerco, rodeando un antiguo gomero que daba sombra a cada una de ellas. Joaquín (28) era el hijo mayor, que vivía con su mujer Juliana (22) y sus tres hijos: Héctor (9), Tobías (7) y Ramón (5). Después estaba Salvador (25) con su mujer Cynthia (22) y sus hijos Liana (6 meses) y Santiago (2). Lorena (22) dormía en la misma casa que sus padres. Joaquín y Salvador trabajaban en fincas de la zona o también a veces como *bagalleros*. Esta organización patrilocal, puede ser entendida como un “tëntami”⁹⁶, que es el espacio de la casa de los abuelos, sus hijos y nietos alrededor de un amplio patio llamado *oka*” (Hirsch, 2008, p. 243). En el patio de los Funes siempre merodeaban perros, gallinas y pollitos. Sus casas

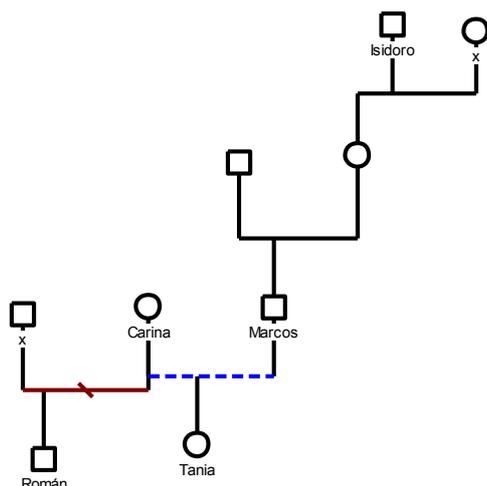
⁹⁶“Varios tëntami formaban un tëta, pueblo o comunidad, y a la familia se la denomina tentara(-ra: sufijo que significa futuro)” (Hirsch, 2008, p. 243).

tenían piso de tierra y habían fabricado un método para acopiar agua de lluvia. No obstante, su principal fuente de abastecimiento de agua estaba a cargo de sus hijos mayores que la traían de una finca.



Los abuelos Tomás y Sandra ya no trabajaban en las fincas. Los ingresos económicos estaban a cargo de los varones jóvenes, Joaquín y Salvador, que eran *jornaleros por tareas*. Sus mujeres, a veces, obtenían un ingreso vendiendo comida a la salida de las fincas. Todos los niños eran destinatarios de la AUH. Tal como en los casos retratados por Hirsch (2008) en Yacuiba, estas mujeres estaban familiarizadas con la experiencia de vender y aprovechar los cambios monetarios que ofrece la frontera. Ahora bien, no podemos decir que esto se deba a una identidad particular ava-guaraní, pues la actividad de Rosa y su pensión, también expresa habilidades comerciales para la venta, el regateo y la organización de estrategias para procurar ingresos económicos.

La familia Quispes también era de origen ava-guaraní, pero vivían en la comunidad de Río Blanco. Ellos eran una de las pocas familias que vivían con niños allí, justamente porque todavía no estaban en edad escolar. En una casa con dos dormitorios, vivían Isidoro (55), su nieto Marcos (23) y su pareja Carina (22) con Tania (6 meses) y Román (3 años).



Isidoro, era ava-guaraní y al igual que Haydeé, la referente de la comunidad (ver apartado 2.2.4) que nació en el Ingenio, fue expulsado a fines de la década de 1970. Su familia se tuvo que mudar al barrio Caballito de Orán y él, trabajó toda su vida como jornalero en distintas fincas de la zona. Dos de sus hermanos fueron actores importantes en los violentos conflictos con el Ingenio relatados (Ver apartado 2.2.4). Desde entonces, Isidoro comenzó a formar parte de la comunidad Arcoiris y, cuando en 2008 se instaló la bomba de extracción de agua, decidió construirse una vivienda y mudarse a su parcela.

En 2014 Marcos y Carina fueron a vivir con él. Ellos se conocieron trabajando en una finca cerca de Aguas Blancas donde Carina vivía con su familia y el entonces bebé Román. Marcos, que vivía en un barrio periurbano de Orán, viajaba todos los días a la finca a trabajar como *jornalero*, mientras Carina era *jornalera por tareas*: “*hacés lo que te dice el capataz que hay que hacer, según el día, cobrás por jornal y a veces hay trabajo, a veces no, siempre está en cambio el trabajo en la finca*”. El puesto de *jornalero por tareas*, permitía obtener una remuneración por una tarea específica, como cortar juncos para atar los frutos de tomate y podía realizarse en la propia vivienda. “*Hacía por tareas para cuidar a Román, y cuidar a sobrinos y hermanos si no estaba mi mamá*”, explicó Carina.



Hamaca para bebés en Comunidad Arcoiris. (PL, 12/10/2014)

El trabajo “por tareas” era una modalidad laboral comúnmente realizada por mujeres porque se podía realizar en el hogar, cuidando de otros familiares. Nos parece importante recordar que de este mismo modo se denominaba a la modalidad de trabajo en el Ingenio San Martín de Tabacal, donde “la jornada era de tres o cuatro de la madrugada hasta las ocho de la noche” (Córdoba, Bossert y Richard, 2015, p. 101). Las tareas eran asignadas por un capataz –al igual en que las fincas actuales- y podían consistir en el armado de surcos para cosechar y limpiar. Si bien los trabajadores migraban al Ingenio con sus familias y todos los miembros participaban de la realización de las tareas, el salario sólo era cobrado por el padre, varón y adulto (ídem).

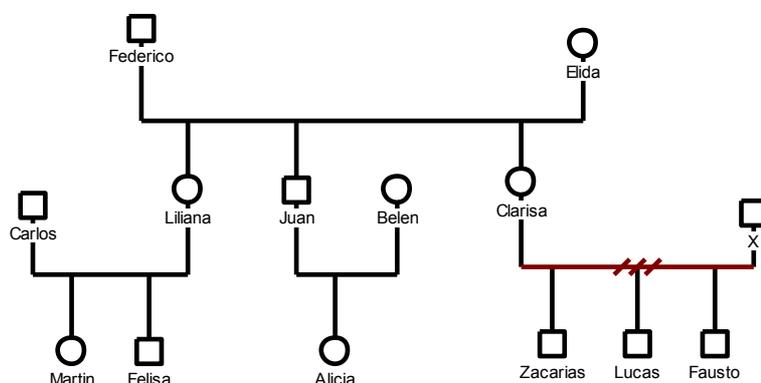
En la actualidad, Marcos realizaba una jornada laboral de 7 a 17, por lo tanto era más corta que la que había cumplido su abuelo cuando era niño⁹⁷. No obstante, sus condiciones laborales eran informales. La mudanza a Arcoiris, generaba la posibilidad de trabajar para la producción de la comunidad y de gestionar un ingreso económico con la venta en la feria franca de Orán. Si no había trabajo disponible en las fincas de la zona, Marcos trabajaba en la

⁹⁷ Las jornadas laborales en el Ingenio eran desde las 4 am hasta entrada la noche. El trabajo infantil en el Ingenio no remite únicamente a una etapa pasada, pues en los últimos años también se han denunciado casos de trabajo infantil allí (*Clarín*, 10 de diciembre de 2007).

producción de la parcela de su abuelo o para otros *hermanos*⁹⁸ que no daban abasto con las tareas de cosecha. Esta actividad configuraba un respaldo para las épocas en que el trabajo rural mermaba.

Las tareas domésticas estaban a cargo de Carina y del bisabuelo Isidoro. Ambos intercaban el cuidado de los niños con trabajos remunerados en fincas. La vivienda que usaban había sido construida por ellos. Consistía en dos dormitorios, con piso de tierra, paredes de madera y un alero donde se ubicaba una mesa larga con bancos de madera. La casa estaba a pocos metros de dos pozos de agua y tenían una letrina a la que le habían construido un pozo ciego. Además de las plantaciones de bananas, que pertenecían a su parcela, Isidoro y familia, tenían gallinas y una huerta con zapallos, tomate y sandía. El cuidado y el mantenimiento de la huerta estaba a cargo de Isidoro, así como también la alimentación de las gallinas y pollitos.

En Fortaleza, el barrio periurbano ava-guaraní, observamos las configuraciones familiares más diversas. La relocalización a un barrio de viviendas, significaba para muchas familias extensas su fisión en distintas unidades residenciales. Esto se daba en el caso de los Ochoa, que se habían organizado en dos viviendas. En una de ellas vivía el matrimonio Federico (43) y Élidea (39) con su hija Liliana (22) - en pareja con Carlos (22) y sus dos hijos Martín (2) y Felisa (4)-, Juan (17) junto con su pareja Belén (15) y su hija Alicia de seis meses. En otra casa, vivía la hija mayor, Clarisa (26) y sus hijos Zacarías (10), Lucas (8) y Fausto (5). La pareja de Clarisa había ido a trabajar a una cosecha de la vid en Mendoza hacía dos años y aún no había regresado.



⁹⁸ Es común que los habitantes de Arcoiris se refieran como “hermanos” al resto de integrantes de la comunidad.

Cuando Clarisa trabajaba en la planta de selección de cítricos de Pichanal, dejaba a sus hijos al cuidado de su mamá Élida. Así pues, tanto Clarisa como Belén, intentaban hacer trabajos por tareas para obtener ingresos económicos además de la AUH y la pensión por discapacidad que obtenía Zacarías por su diagnóstico de parálisis cerebral.

En su estudio sobre las familias ava-guaraníes, Hirsch (2008) señala que:

“La idea de que la madre trabaja afuera del hogar no genera un conflicto, como el que observamos en las sociedades urbanas en las cuales las mujeres se sienten tironeadas entre la casa y el trabajo y la falta de tiempo para dedicarse a los hijos. Las mujeres guaraníes tienen mucho apoyo de la familia extensa: las hermanas, tías y madres se ocupan de los hijos cuando sus madres salen a vender a la ciudad” (Hirsch, 2008, p. 244).

No nos arriesgamos a afirmar que la organización de la familia extensa sea una característica particular de las mujeres ava-guaraníes, pues hemos observado mujeres que se identifican como criollas y que también se organizan de este modo. Sí nos parece fundamental considerar en la organización del cuidado otros factores, tales como las relaciones laborales y ciertos procesos sociales y políticos, como por ejemplo las movilizaciones por el derecho a la tierra que generaron que los habitantes de Fortaleza accedan a una nueva vivienda. Asimismo, estas experiencias de movilización y reivindicaciones territoriales, se expresan en vínculos más estrechos con el resto de integrantes de la comunidad. Tanto Lorena, como Isidoro y Marcos, se refieren al resto de integrantes de la comunidad como “hermanos”, de modo que en los contextos ava-guaraníes encontramos lazos comunitarios que se entranan con los significados de familia.

3.2.5. Tensiones intrafamiliares.

Hasta aquí hemos observado diversas estrategias de cuidado en familias, donde la responsabilidad del cuidado suele estar a cargo de las mujeres adultas, y también de los y las abuelas, en el caso de las familias extensas. No obstante, en el transcurso de la vida cotidiana, las diversas estrategias que despliegan las familias para resolver exitosamente las demandas de cuidado de los más pequeños, pueden al mismo tiempo desencadenar conflictos intrafamiliares.

Por ejemplo, Norma Ruiz, la abuela de Claudio y María del 26, sostiene que en su época “*las madres trabajaban para criar hijos, no para hacer dinero*” (EA16) señalando las tensiones que se generan cuando las madres dejan de cumplir con el mandato altruista del

cuidado del hogar y los hijos, e incursionan en actividades rentadas, que suelen ser del universo masculino. Ahora bien, hemos observado que trabajar no siempre implica salir de la vivienda y que hay diversos motivos que llevan a las mujeres a buscar un ingreso económico.

La actividad de Rosa en su pensión, permite reconocer la elaboración de una estrategia para trabajar de modo remunerado sin salir de la vivienda. La cocina de Rosa permitía observar cómo las actividades productivas se entrelazan con las reproductivas en el interior de los hogares (Zelizer, 2009). Así, al cocinar, Rosa no sólo alimentaba a su familia, sino también a clientes de la finca. Esta actividad le habilitaba obtener un ingreso económico que podía articular con las actividades de cuidado. La olla de Rosa, representa cómo se entrelazan en la vida cotidiana las esferas de lo público y lo privado, sobre todo en el contexto de las fincas, donde además la vivienda está determinada por las relaciones laborales.

La actividad de la *pensión*, también se entramaba con el modo en que históricamente las relaciones de género se han enlazado con las condiciones laborales, en este contexto. Las mujeres que migraban al Ingenio, podían o no colaborar con las tareas en los cañaverales, pero su actividad principal consistía en preparar comidas y cocinar, no solamente para su marido y el grupo familiar, sino también para otros trabajadores y de esa manera, obtener algún dinero extra. Este “servicio de comida se llamaba ‘pensión’ y se pagaba semanalmente” (Córdoba, Bossert y Richard, 2015, p. 102). Ahora bien, este pago, no lo recibía la mujer, sino el padre de familia, porque como ya se planteó “en el Ingenio, aunque fuesen varios integrantes de la familia, sólo uno de ellos (el padre, varón y mayor de edad) era quien recibía el pago” (ídem). De este modo, el armado de pensiones es una práctica de larga data en este contexto de producción agrícola, y permite analizar las tensiones que emergen entre las tareas del trabajo reproductivo y el productivo al interior de los hogares.

Rosa no recibe un pago semanal de parte del finquero Soto porque su *pensión* funciona como un comercio de venta libre. Si bien los Vélez no vivían en el Ingenio, el modo en que organizaban el cuidado cotidiano y administraban el salario entre los miembros de la familia, tiene relación con estas prácticas de antaño. En relación a su pensión Rosa explicaba “...*como Elías es efectivo nosotros no cobramos asignación, yo sólo cobro el subsidio de los hijos*⁹⁹ y *no me alcanza para mis cosas y cuesta sacarle a mi patrón, nunca me da y yo nunca tengo*

⁹⁹ Rosa refiere al subsidio por más de siete hijos, que declara el Decreto 2360/90. “Está dirigida a aquellas madres de 7 o más hijos en estado de vulnerabilidad social que se encuentren sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporción” Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/Decreto-2360-1990-Reglamentacion-de-la-Ley-de-pensiones-a-madres-de-7-o-m-s-hijos.pdf>. Consultado el 4/7/2017.

para mí” (EP17). Por *patrón*, Rosa no se refiere a Soto, sino a Elías, su pareja. Como otras mujeres madres, que hemos contactado en el trabajo de campo, Rosa no accedía al salario de su marido y las tareas de cuidado tampoco le permitían salir a trabajar a las fincas.

Al respecto, Federici (2004) señala que “así como los señores que dominaban en las plantaciones tenían a los supervisores que controlaban el trabajo de los empleados, se puede decir que los hombres controlan a las mujeres a través del patriarcado del salario” (2014, p. 45). El salario implica que una de las partes recibe un ingreso económico y la otra debe realizar todo el trabajo de reproducción de la fuerza de trabajo, a través de su cuidado y alimentación, en “condiciones invisibles y gratuitas” (ídem). Por eso mismo Federici dice que es a través del salario y el matrimonio, que “el capital controla el cuerpo de las mujeres” delegando en los trabajadores “el poder de controlar y golpear a las mujeres si no cumplen con la función de la reproducción” (ídem). Si bien en el caso de Rosa, y de la mayoría de las familias contactadas, las uniones conyugales son de hecho y en muy pocos casos las parejas se casan, los conflictos entre las parejas por la distribución de los ingresos económicos eran recurrentes.

En otras oportunidades, Rosa me comentó que hacía mucho tiempo quería visitar a sus hijas que vivían en el gran Buenos Aires pero que “*Elías no le da permiso*”. Rosa se refiere a su marido como su *patrón*, y no está refiriendo a cualquier relación laboral, sino a los modos en que son comprendidas las experiencias de trabajo en este contexto, signadas por la precariedad y la ilegalidad. En este escenario, el marido ocupa una posición jerárquica en el contexto privado familiar, es el que *cobra el salario* y el que tiene el poder de decisión, el que *da el permiso*, o no, de lo que puede hacer su empleada mujer. En este sentido, la pensión puede entenderse no sólo como un modo de gestionarse un ingreso económico por fuera de las relaciones familiares, sino también un modo de negociar con los mandatos de género.

Con la *pensión*, Rosa puede generar dinero, mientras limpia su casa, lava la ropa, hace la comida y cuida a sus nietos. Así pues, Rosa insistía a su hija Romina en que terminara el secundario y estudiara para “*poder trabajar de otra cosa*”. Por otro lado, Rosa enviaba dinero a Julia, otra de sus hijas que vivía en Salta capital y estudiaba en la universidad. Estas cuestiones nos hablan del modo en que las relaciones íntimas se enlazan con las tensiones por las transacciones económicas y las desigualdades de género (Zelizer, 2009). El caso de Rosa, permite comprender que muchas veces las mujeres “salen” a trabajar, no sólo porque la plata no alcanza, sino porque no participan de la distribución del salario del *patrón del hogar*. Generar dinero propio permite poder afrontar gastos extras, tener autonomía y poder dar dinero a los hijos.

El armado de la *pensión* también puede observarse en el marco de la desinversión sistemática del Estado en los contextos neoliberales (Gago, 2014). Las mujeres como Rosa, deben autogestionarse las políticas de cuidado, que brillan por su ausencia en los contextos rurales. Armar una *pensión* mostraba una amplia eficacia: permitía, como se ha planteado, obtener un ingreso económico y negociar los mandatos de género que se enseñan desde la infancia.

Ahora bien, hasta aquí hemos abordado casos donde los miembros de las familias organizan las relaciones de cuidado, ¿qué pasa en los casos cuando las madres no tienen a disposición estas extensas redes de abuelas, madres, hermanas, tías y vecinas?

3.3. Madres “golondrinas”.

Estela tenía 22 años y era oriunda de Chuquisaca, Bolivia. Su marido trabajaba como *efectivo* en la finca de Soto. A través de un pariente suyo, habían conseguido trabajo en la finca y el capataz les ofreció vivir en el sector del *conventillo*, nombre que recibe el grupo de casas de los *jornaleros*, que son los empleados que cobran por jornal¹⁰⁰. Como hemos visto en el caso de Elías Vélez, ser efectivo implicaba firmar un recibo de sueldo al final de cada día, pero no necesariamente significaba trabajar de modo registrado. De hecho, la hija de nueve meses, que vivía con la pareja, cobraba la AUH. Tener DNI y trabajar como efectivos, ubicaba a Estela y su marido en una posición distinta de los *golondrinas* ilegales que vivían en sectores alejados de la ruta, entre los frondosos cultivos de bananas, para evitar las inspecciones estatales¹⁰¹.

¹⁰⁰ En el año 2011 un jornalero cobraba entre 50 y 60 pesos argentinos por día, mientras en 2014 cobraban 120 pesos por día. La jornada laboral era de diez horas con un corte al mediodía que se podía extender los siete días de la semana en época de cosecha. En relación a los componentes de la precariedad en contextos rurales, Neiman (2010) señala inestabilidad, ingresos suficientes, carencia de protección social adecuada y ausencia de buenas condiciones de trabajo, vinculadas a la jornada de trabajo, condiciones de alimentación y vivienda durante la duración de la jornada.

¹⁰¹ Entre 2010 y 2015 la Agencia Fiscal de Ingresos Públicos (AFIP) en articulación con el Ministerio de Trabajo de la Nación, realizaban inspecciones en pos de combatir el trabajo irregular en contextos rurales. (*InfoCampo*, 9 de junio de 2011)



Viviendas familias golondrinas entre los bananales. (PL, septiembre 2015)

En esta finca, el sector del *conventillo* estaba formado por cincuenta y seis viviendas, construidas una al lado de la otra, con paredes de madera y techos de chapas. A simple vista, este sector era un bloque de dormitorios rodeados por espacios de galerías donde se prendían los fuegos de las ollas y se tendían las sogas para colgar la ropa, mientras decenas de niños correteaban sorteando sillas, mesas y bidones de PVC. Las viviendas estaban constituidas por un dormitorio con un alero, donde había lugar para ubicar el fuego para cocinar. Dependía de cada empleado construir en el interior de los mismos el contrapiso de cemento. Mientras el espacio de cocina era de cada familia de jornalero, los lugares destinados a la limpieza de ropa y de la cocina, eran comunes, como las letrinas y las duchas¹⁰². Estos espacios sanitarios podían ser compartidos con los empleados que trabajaban en la finca pero que no vivían en ella.

La casa de Estela se ubicaba cerca del sector de *las piletas* construidas con gomas de camiones partidas a la mitad y sostenidas con estructuras de postes de madera. El ambiente privado de su casa estaba formado por una cama y cajones de verdura prolijamente apilados, forrados con bolsas de plástico, donde guardaban la vestimenta y el calzado de todos los miembros de la familia y también algunos utensilios de cocina. Decimos privado para

¹⁰² En 2010, se registraron diez letrinas disponibles para las cincuenta y seis familias. En 2014 se habían construido veinte letrinas más. A pesar de la inversión en sanitarios, no estaban separados los espacios sanitarios de los trabajadores que vivían en la finca de los que no lo hacían.

referimos al único ambiente usado solamente por el grupo familiar, pero cabe destacar que la privacidad era cuasi inexistente en la vida dentro del *conventillo*.

Las viviendas en las fincas lejos estaban de cumplir lo estipulado por el Estatuto del Peón Rural del Régimen de Trabajo Agrario. Asimismo, la vida en las fincas implicaba una convivencia intensa entre familias argentinas y bolivianas que compartían jornadas laborales. Mientras los maridos eran compañeros de trabajo y procuraban el abastecimiento de agua de las viviendas familiares todas las semanas, las mujeres debían mantener limpios los espacios sanitarios que se compartían. Estas actividades podían generar lazos de cooperación y de competencia. A esto se sumaba que todo lo que ocurría *puertas adentro*, era escuchado *puertas afuera* de los dormitorios y viceversa. Estas condiciones habitacionales, permitían cuestionar el significado del término “privado” que se utiliza comúnmente para definir el espacio doméstico, que en el contexto de las fincas es además eminentemente público. Así pues, observaremos que en la vida cotidiana de Estela, lo productivo y lo reproductivo son indisociables.

Estela conciliaba el cuidado de su beba Jenifer, de nueve meses, con diversas tareas del trabajo rural. Mientras la beba estaba en el cochecito sentada y jugando con una maraca de cotillón, Estela estaba en cuclillas apoyada en un cajón de verduras de madera, cortando juncos de mimbre que ataba de a grupos con una cinta negra de plástico. Esos juncos luego servían para el *tutorado*, que consiste en atar los frutos de tomate y evitar que rompan las ramas de la planta. Si Jenifer estaba muy molesta y no se quedaba quieta en el cochecito, Estela la ponía en un corral que había comprado en Aguas Blancas o en un aguayo¹⁰³ en el piso de tierra donde la niña podía tener más movimiento que en el cochecito. De todos modos Jenifer todavía no gateaba, pero sí se sentaba.

¹⁰³ El aguayo tradicional es un tejido, hecho a mano, utilizado por las mujeres del altiplano de Bolivia y Perú. En la actualidad pueden estar confeccionados de modo industrial, de todos modos es una tela muy resistente, que puede utilizarse para cargar bebés en la espalda o para transportar los efectos personales, las mercancías.



Sectores de limpieza comunitarios de las fincas. (PL, Mayo 2012)

En una oportunidad, Estela me pidió si me podía quedar con Jenifer porque se quería bañar, siempre lo hacía con la beba y no se podía lavar bien su larga cabellera. Mientras cuidaba a la nena, me daba cuenta que las otras madres, varias a las cuales yo conocía no se me acercaban, y yo pensaba, ¿cómo hacía para bañarse cuando yo no estaba? Cuando volvió del baño me pidió si la ayudaba a bañar a la nena en *las piletas*. Era mayo y la temperatura estaba alrededor de los 20 grados centígrados, bastante invernal para el contexto de Orán. La zona de las *piletas* no tenía conexión a una canilla, por lo tanto las mujeres llegaban con bidones, baldes, cacharros y todo tipo de recipientes para poder tener acceso al agua en esa zona, que estaba a cientos de metros de la bomba. Pero como al mediodía hacía mucho calor, y el agua estaba en los bidones de PVC -que no estaban a la sombra-, la temperatura era bastante templada para el baño de su beba. La mamá la ubicó dentro de la cubierta partida a la mitad y le comenzó a echar agua con una cacerola pequeña. La beba chapoteaba animada y nos mojaba a las dos con agua marrón, porque en el fondo de la cubierta había tierra, como en todos los rincones de la finca. “*Nunca se le puede sacar el barro, nunca*” me decía Estela mientras le pasaba un jabón, y miraba sus uñas y las de su hija llenas de tierra. Cuando la sacó de la pileta de agua marrón la beba arqueó la espalda en un grito de enojo y empezó a llorar. Estela la envolvió en una toalla azul eléctrico y mientras la secaba, se la ató en su espalda con

la misma toalla, como se hace con los aguayos y así la beba dejó de llorar mientras apoyaba su cabeza en el pelo húmedo de su mamá.

Mientras volvíamos a su casa, pasaban niños corriendo y salían los empleados jornaleros hacia la entrada de la finca. La jornada laboral estaba llegando a su fin para algunos, pero no para Estela. Mientras vestía a su hija, miraba de reojo la salida de los empleados. Abrigó a la beba con un pulóver de lana de llama y la puso en el cochecito. Después sacó de un cajón de madera una caja de plástico amplia, donde había empanadas envueltas con servilletas. Agarró el aguayo que estaba en el piso, lo sacudió para luego ubicar a la beba en el medio del triángulo de tela rosa y roja, y se la ató a la espalda. “*Voy a aprovechar para salir a vender*” (EA23) me dijo mientras encaraba hacia la puerta de la finca.

Estela se manejaba con una racionalidad económica sumamente productiva. Los momentos en que lograba controlar los movimientos de su hija, eran aprovechables para producir ingresos económicos. Su aguayo era la herramienta perfecta para también poder trabajar en la cosecha. Pues así, con su beba en la espalda, también podía participar trabajando a destajo. Tanto ella, como varias otras madres que hemos conocido en la zona de la comunidad Arcoiris, trabajaban con sus hijos en la espalda. Incluso podían continuar con su labor mientras daban de mamar con los niños sujetos en el pecho.

Trabajar con el bebé pegado al cuerpo, resultaba operativo cuando no había familiares cercanos disponibles para cuidar de los hijos. La técnica del aguayo, permitía además, sostener la lactancia materna, que no resultaba fácil para las madres que necesitaban trabajar fuera de su casa sin poder llevar a los niños.

Estela racionalizaba tiempo y tareas, emprendía nuevas formas de procurar ingresos económicos, cocinando para vender, trabajando por tareas y además encontraba modos de tener cuidada a su beba. Así, ella autogestionaba su propia política de cuidado – con ayuda de su familia a la distancia como observaremos más adelante-, “subsanando las actividades y los servicios de reproducción que no existen” (Gago, 2014, p. 24). Como ha señalado Gago (2014), la fuerza laboral migrante boliviana, viaja reformulando un capital comunitario, capaz de funcionar como “recurso de autogestión, movilización e insubordinación pero también como recursos de servidumbre, sometimiento y explotación” (Gago, 2014, p. 25). En este sentido, las personas migrantes pueden ser entendidas como inversoras de sí mismas, que ponen en juego un “capital comunitario”. En el caso de Estela, está constituido por sus redes familiares en Chuquisaca que le proveen el cuidado de sus hijos mayores.

“...el año pasado traje a mis hijos pero no me gusta que estén aquí, prefiero dejarlos con mi abuelita, este es un lugar violento, no me gusta que mis hijos crezcan acá.
-y a ella, ¿por qué la traes?
-porque es pequeña y todavía me permite trabajar” (EP23).

Su abuela tenía cincuenta años, ya no se dedicaba al trabajo en las fincas. En tanto económicamente inactiva, podía dedicarse a las tareas de reproducción que facilitaban la productividad del resto de miembros de la familia. Podemos decir que aquí el cuidado se organiza bajo la forma de una “familia transnacional”, donde los miembros construyen relaciones que trascienden la espacialidad y las fronteras geográficas (Ariza, 2002). Este concepto fue elaborado para comprender las nuevas configuraciones familiares que surgen de las migraciones transnacionales (Cerruti y Maguid, 2010) y permite observar que no hay nada “natural” en el modo en que las mujeres experimentan la maternidad. La familia transnacional se define como aquella cuyos miembros viven gran parte del tiempo distanciados unos de los otros y que son capaces de crear vínculos que permiten que sus miembros se sientan parte de una unidad y perciban su bienestar desde una dimensión colectiva, a pesar de la distancia física (Bryceson y Vuorela, 2002, p. 2). Podemos pensar esta dimensión colectiva, como el capital comunitario al que se refiere Gago (2014) en relación a la fuerza de trabajo migrante boliviana, que se pone en juego con la voluntad de progreso y de inversión de sí.

3.3.1. Cuidar a una niña.

Ahora bien, la población *golondrina* no conforma un todo homogéneo. Detengámonos un momento en el caso de Viviana (22), que vivía junto a sus dos hijas Carla (3 años) y Beatriz (2 meses), y su pareja Javier (26) en el Paraje 26. Ella era de Chaguaya (Bolivia) y él argentino, aunque gran parte de su familia era de origen boliviano. La pareja se había conocido trabajando en una finca en Rosario de la Frontera, localidad salteña ubicada a 370 kilómetros de Orán “*Trabajábamos bien pero era muy fiero (feo) el lugar para vivir y el primo de Javier trabajaba aquí con su familia, y nos dijo que se podía vivir en el asentamiento*” me explicaba Viviana (EA24). El primo que les permitió acceder a vivienda y trabajo ya no estaba más en El 26 porque había migrado a Mendoza para la cosecha de la vid. A excepción de los miembros de la comunidad ava-guaraní, varios habitantes del asentamiento relataron que fue a través de un contacto en particular que lograron acceder a la vivienda en el asentamiento.

La vivienda de Javier y Viviana estaba formada por un dormitorio -donde había dos camas y un placard-, paredes de madera, techo de chapa y piso de tierra. Habían construido una letrina que conectaron a una cámara séptica y Javier traía agua desde la bomba de la finca con un tractor que le prestaban dos veces por semana para llenar los bidones de PVC de 200 litros que usaban para el almacenamiento.

Durante el día, cuando Javier salía a trabajar, Viviana trabajaba en su casa. Mientras el dormitorio era el espacio para dormir, la galería, con el alero que protegía del sol, era el espacio donde transcurría casi toda la vida cotidiana. Allí estaba el espacio para el fuego, los bidones de agua, la mesa baja donde comían, y cajones de madera apilados -que eran de verduras- para guardar los utensilios de cocina. Entre el dormitorio y la galería también estaba ubicado el televisor, que conectaban por medio de una conexión manual al poste de alumbrado público.

Al igual que Estela, Viviana me explicaba “...cuando sólo tenía a Carla seguía trabajando en el campo con ella en la espalda, pero con ella que se mueve todo el día no se puede”. Con sus tres años, la niña caminaba por todo el espacio de la galería, entraba y salía del dormitorio, y también iba a la casa de los vecinos sin temor de los perros que vagabundeaban por la zona. Viviana se había hecho amiga de Lorena, la referente guaraní, que estaba acostumbrada a recibir visitas de la pequeña. Para la beba, Viviana había construido una hamaca con bolsas de arpillera que ataba entre dos postes y tenía un corral de plástico donde poder dejarla o sino usaba el aguayo. Pero Carla estaba en una edad en que se movía todo el día, no podía ser sujeta con el aguayo y tampoco podía ir a la escuela. Por eso Viviana ubicaba su olla en la galería de su casa, en una posición estratégica, donde podía observar los movimientos de Carla. “Es muy movediza pero es buena, ya me empieza a ayudar con la casa” me decía Viviana mientras revolvía la olla con su beba menor en la espalda sujeta con el aguayo. Con sus tres años, Carla ya estaba siendo instruida en quehaceres domésticos, ayudaba a su mamá a juntar basura en una bolsa y también a guardar ropa en los cajones del dormitorio. “Ya desde chiquita tiene que aprender...” decía su mamá (EA24).

Tal como el caso de María de la familia Ruiz (apartado 3.2.b), la pequeña Carla estaba aprendiendo a ser mujer en los contextos rurales. Carla comenzaba a saber que hay ciertos lugares en los que resulta adecuado estar, mientras que hay otros que resultan peligrosos para una niña:

“V:- Siempre tiene que estar lejos del fuego y en las fincas no podía ir al baño.

P: -¿Por qué no podía ir al baño?

V:- Porque en las fincas está lleno de hombres grandes, que son de afuera y se machan y van al baño, me daba miedo que vaya al baño, nunca se sabe qué puede pasar...” (GD47)

Al igual que señalaba Estela, las fincas son comprendidas por Viviana como lugares riesgosos para el crecimiento de los niños, sobre todo si son niñas. El conocimiento de los riesgos influye en el modo que los sujetos viven y planifican sus actividades (Giddens, 1995). Para Viviana, la posibilidad de que su hija fuese al baño, que también utilizaban los peones rurales adultos, era riesgoso porque la ubicaba a su hija frente a una posible situación de abuso sexual. Por eso mismo, prefería que su hija utilizara el sanitario sólo en compañía de ella o de lo contrario, evacuara a cielo abierto. Estas situaciones, nos permitían reflexionar en torno a la construcción subjetiva del riesgo (Menéndez, 2005) en el contexto de las fincas, donde una situación de abuso sexual representaba un temor mayor que la “contaminar” el suelo. Así, cuidar a una niña implicaba también enseñarle a identificar riesgos en el contexto particular de las fincas. Las situaciones de violencia de género o entre varones, vinculadas al consumo de alcohol, eran comunes y representaban un riesgo a prevenir por las mujeres, sobre todo para las más pequeñas. El testimonio de Viviana nos habla de cómo se articula el riesgo y la vulnerabilidad con las desigualdades de género y edad en el contexto rural.

Estas cuestiones plantean el valor del enfoque etnográfico para entender cómo las personas dan sentido a las acciones que realizan, incluso a las formas de crianza. Enseñar a una hija a que evacúe a cielo abierto, puede ser leído como un hábito riesgoso para la salud desde la literatura médica (Soriano et.al., 2011), o bien puede ser entendido como una estrategia de prevención de riesgos en un contexto de precariedad habitacional y de profunda desigualdad de género.

3.4. Madres “solas”.

También encontramos casos de mujeres sin pareja, que han quedado al cuidado de sus hijos y por diversos motivos no pueden encontrar colaboración en sus redes de parentesco y/o de amistades. Tal es el caso de Clara Marilyn (25), oriunda de Tarija (Bolivia), nacionalizada argentina, que vivía con sus hijos Ricardo (9), Luis (7) y Dilma (5) porque su marido Héctor “cayó preso” luego de “terminar a los machetazos en un bar” (EP25). Clara nunca me detalló los motivos del conflicto, pero sí me explicó que su pareja era muy violenta y que ella prefería que esté en la cárcel, aunque sabía que esta situación era provisoria, ya que sólo tenía un año de condena. “En la cárcel está con los evangelistas que me lo van a sacar bueno” me

explicaba¹⁰⁴. Clara vivía en el *conventillo* de la finca de Soto, y obtenía un ingreso económico por limpiar los baños comunes y por cuidar a niños de otras familias. “*En realidad, yo no puedo trabajar más en el campo, no me puedo mover mucho porque todos mis hijos nacieron por cesárea y las heridas no cerraron bien*” (EP25-10/3/2011). Indagando en las experiencias de los nacimientos de sus hijos, las heridas de sus cesáreas no habían cicatrizado correctamente porque Clara no había podido hacer el correspondiente reposo post-parto. En este punto observamos uno de los tantos efectos de la informalidad laboral: la ausencia de licencias por maternidad. Esta situación genera graves lesiones en los cuerpos de las madres que se tornan padecimientos crónicos. En el caso de Clara, ella había logrado que el patrón no la desalojara en la finca porque: “*le dije que no tengo a donde ir, que puedo hacer la limpieza y que además puedo cuidar a otros niños, así otras madres trabajan.... me dijo meta meta*¹⁰⁵... *que podíamos quedarnos*” (EP25, 12/3/2011).

La negociación de Clara con el capataz, en relación al servicio de cuidado infantil, fue previa a la sanción de la nueva normativa del trabajo agrario, por lo tanto no la observamos como un intento de la patronal de adecuarse a las nuevas regulaciones. No obstante, el cuidado de los hijos de empleados rurales, como hemos señalado anteriormente, es un problema para los trabajadores que no viven cerca de familiares que puedan asumir dicha responsabilidad. Según Zibecchi (2013) en los sectores más pobres, las estrategias de cuidado, pueden ser también estrategias de supervivencia. En el caso de Clara, ofrecerse como cuidadora le permitía obtener un ingreso económico frente a la falta de redes familiares, el encarcelamiento de su pareja y su condición de salud, a raíz de no poder acceder a licencias por maternidad.

Destacamos también en este caso, como en los anteriores, el rol activo de los niños en la responsabilidad del cuidado de los más pequeños. Los hijos de Clara iban a la escuela pública de la zona en el turno de la mañana. Esperaban el colectivo San Antonio en la ruta y, una vez que llegaba, Luis ayudaba a su hermanita Dilma a subirse. Luego Ricardo sacaba el boleto para los tres hermanos. Esta situación retrata el protagonismo de los hermanos en el cuidado infantil. El resto del día lo pasaban en los lugares comunes de la finca y/o alrededores, a excepción de los sábados cuando van a la escolita dominical.

Clara solía estar en los espacios comunes del *conventillo*: en la zona de los baños limpiando o en las piletas. A veces ubicaba una mesa de madera de poca altura debajo de unos

¹⁰⁴ En torno a experiencias de prácticas religiosas pentecostales en el sistema penitenciario, ver Tolosa, 2017.

¹⁰⁵ *Meta* es una expresión típica salteña, que equivale a una afirmación.

árboles a la entrada de la finca, donde ponía unas mantas en el piso y ubicaba a los bebés que tenía a su cargo. Su trabajo como niñera consistía en prevenir riesgos:

“yo sólo miro que no estén corriendo por la zona de descarga de los camiones y que no se metan en problemas, pero los nenes son malos aquí, mi hijo el otro día trajo un cuchillo a casa, no sé de dónde lo sacó, para mí que fue el vecino, aquí los niños son bravos” (EP 25).

De este modo, las tareas de Clara como cuidadora se basaban en la supervisión de los niños, sobre todo los más pequeños. Aquellos que eran mayores de cuatro, ya tenían total autonomía para circular y/o jugar por el entorno de las fincas.

Otro ejemplo de “madre sola” es el de Silvina Salazar, de veintidós años, con dos hijas de distintos padres. La primera de ellas se llamaba Graciana (5) y la segunda Vanina (13 meses). Para trabajar en el campo, solía llevar a Vanina en un aguayo y dejaba a Graciana en la casa de una vecina, a la que le pagaba. Pero a veces la vecina no estaba y no podía ir a trabajar. En otras ocasiones iba a trabajar dejando a sus hijas al cuidado de mujeres en las fincas. Si bien su madre vivía en un asentamiento cercano, ambas no tenían buenas relaciones:

“no me gusta mi mamá, nos peleamos mucho, dos veces ella intentó regalar a Graciana, ella tiene piel blanca y es bien bonita, porque me decía que no sabía cuidarla y que tampoco sabía cuidar a mi marido...y él (papá de Vanina) se fue, se fue a trabajar a Corrientes y nunca volvió” (EP26, 2/10/2015).

El testimonio de Silvina evidencia cómo en este contexto se considera que la tarea de la mujer es saber cuidar a los hijos y al marido. De acuerdo a este tipo de interpretaciones aquella mujer que no sabe cumplir con esta tarea, se convierte en una *madre sola*. No hemos indagado en los modos en que la madre de Silvina intentó *regalar* a su nieta. No sabemos si tenía que ver con alguna transacción económica. De todos modos, la situación permite observar cómo se estructuran las alteridades raciales en el contexto salteño, donde en línea con el contexto latinoamericano más amplio, la blancura constituye un capital racial (Segato, 2013).

Estos últimos casos nos permiten observar que la población materna no constituye un todo homogéneo, y que si bien el cuidado infantil emerge como una responsabilidad femenina

en la mayoría de los casos, los modos en que las mujeres y abuelas asumen esta tarea depende de diversos factores que trascienden el acto de cuidar, pues:

“el cuidado -como fenómeno- no puede ser abordado sin trascender el estudio del acto de cuidar -y las relaciones entre el proveedor del cuidado y quien lo recibe- para centrar la mirada en todo un conjunto de fenómenos sociales íntimamente relacionados con dicho acto: la intimidad, las relaciones de género, la economía, la pobreza, las políticas públicas” (Zibecchi, 2003, p. 431).

En el *acto de cuidar un niño* están involucradas una diversidad de acciones materiales –vestir, limpiar, bañar, trabajar para conseguir el dinero para comprar comida, mantener una vivienda, comprar ropa, entre otras-, e inmateriales –dar afecto, contener, calmar, proteger, supervisar y enseñar- donde los supuestos mundos hostiles de lo económico y lo afectivo están estrechamente entrelazados (Zelizer, 2009).

Estos múltiples fenómenos sociales se encuentran vinculados de modo inextricable con las prácticas que configuran la organización del cuidado infantil en los casos analizados. Las definiciones culturales sobre la paternidad y la maternidad, constituyen los hilos que traman los aspectos económicos y afectivos del cuidado. Clara y Silvina son llamadas *madres solas* en el ámbito rural oranense y este calificativo no sólo se refiere a un estado civil, sino también a la falta de un entramado social que les permita a las mujeres pobres “desfamiliarizar” el cuidado infantil. Esta *soledad* se articula con una permanente moralización sobre el desempeño materno, mientras se omite la responsabilidad masculina frente a la crianza. La conflictos intrafamiliares, sumada a la falta de instituciones, y/o servicios estatales y/o comunitarios para delegar las tareas de cuidado, configuran un escenario complejo donde “se acentúan las históricas desigualdades de género y reproducen desigualdades económicas” (Faur, 2014, p. 20). Estas mujeres, además de ser juzgadas por su desempeño como madres, tenían serias dificultades para insertarse en un mercado laboral que no ofrece posibilidades de brindar derechos laborales, ni servicios de cuidado.

Lo observado hasta aquí permite afirmar que la oferta de servicios de cuidado desde el mercado es cuasi inexistente, salvo por las pocas excepciones en que hay mujeres que ofrecen trabajar de cuidadoras. Ahora bien, ¿cuál es el lugar de la comunidad?, ¿qué servicios ofrece el Estado para “desfamiliarizar” las tareas de cuidado?

3.5. Cuidado cotidiano por fuera del ámbito familiar.

3.5.1. La escuela pública.

Existe una diversidad de estudios que abordan las particularidades de la escolarización pública en el contexto argentino (Novaro, 2003; Ardieta y Rosso, 2005), y en particular hacia las poblaciones rurales (Puiggros, 2006) e indígenas (García Palacios, Hecht y Enriz, 2015, 2017). Más allá de estas consideraciones, y de acuerdo con el foco de esta tesis, resulta relevante plantear que en los contextos analizados la escuela pública se posiciona como la principal institución estatal que provee servicios de cuidado, en tanto constituye un espacio extrafamiliar a donde todos los niños mayores de 4 años asistían cotidianamente. Ahora bien, ninguno de ellos podía llegar a la escuela sin utilizar algún medio de transporte .

En el barrio de Fortaleza, la mayoría de los niños mayores de cuatro años, iban a la escuela Juan José Castelli N°252, que se ubicaba en las afueras del centro urbano de Pichanal, pero no estaba cerca del nuevo barrio. Recordemos que uno de los reclamos más intensos de la comunidad era la construcción de escuela con nivel inicial, primario y secundario, que figuraba en los planos de edificación del barrio, pero aún no había sido edificada. El arreglo con el gobierno provincial, ante la falta de una escuela más cercana, fue instalar un servicio de transporte público que, a través del pago de un boleto escolar, llevaba a los niños a la escuela.

En la comunidad Arcoiris, no vivían niños mayores de cinco años durante la semana, justamente porque no había una escuela cercana. Por estos motivos, las familias con niños en edad escolar vivían durante la semana en el barrio periurbano de Caballito para poder acceder a la escuela pública.

La mayoría de los niños del 26, concurrían a la escuela “Cabo Juan Adolfo Romero” que se ubicaba a pocos kilómetros del paraje, en un punto de la ruta provincial donde se ubicaba un puesto aduanero y otro de gendarmería. Considerando que gran parte de los interlocutores infantiles en el campo asistían a la misma, analizaremos brevemente ciertas particularidades de la misma, por ser además la única ubicada en los sectores de trabajo.

3.5.1.1. Yendo a la *escuelita rural*.

La inauguración de la escuela rural “Juan Adolfo Romero”, en 1974, guarda relación con el crecimiento económico del polo agrícola de Orán y el objetivo estatal de delimitar las fronteras nacionales (Benedetti, Salizzi, 2011). Además de estar al lado de un puesto de

gendarmería, la escuela fue bautizada con el nombre de un cabo de dicha fuerza de seguridad¹⁰⁶.

En el año 2014, la escuela “Juan Adolfo Romero” contaba con ciento cincuenta alumnos que se repartían en una sala de 4 y 5 años del ciclo inicial y luego en los siete años de primario. Para ir al secundario, los alumnos debían ir a Orán o a Aguas Blancas, pues en el campo sólo se podía hacer nivel inicial o primario. El turno mañana del jardín, implicaba una jornada de tres horas, donde los niños desayunaban cuando ingresaban. Tal como lo hemos observado en otros apartados, los niños más pequeños, llegaban a la escuela acompañados de sus hermanos mayores y de otros vecinos del paraje, sin la supervisión de adultos. Tal como en el caso de Fortaleza, los niños esperaban al costado de la ruta por el transporte público, que compartían con el resto de trabajadores locales, jornaleros, efectivos e incluso *bagalleros*.

Si bien la jornada del nivel inicial era sólo de tres horas, para varias de las madres del 26, el espacio del jardín era útil porque les permitía omitir el armado de una de las comidas. *“Ellos pueden comer ahí a la mañana o a veces al mediodía y hace más fácil organizar el trabajo en la casa”* me decía Lisbele. Por su parte, una docente me explicaba: *“aquí vienen todos los hijos de los trabajadores de las fincas, vienen y almuerzan aquí, no tenemos problemas de inasistencia pero sí de rendimiento, porque sus padres son todos analfabetos”* (EP27). Las maestras señalaban que en muchos casos, sus alumnos eran los primeros alfabetizados de la familia. Ellas explicaban esto con orgullo, pero al mismo tiempo veían el analfabetismo de sus padres como un obstáculo para ayudar a sus hijos a “progresar”. Por otro lado, destacaban la dificultad de tener un seguimiento continuado en el tiempo del progreso de los alumnos debido a la migración de las familias por cuestiones laborales: *“como trabajan en las fincas sus familias, muchos hacen años salteados, me la paso haciendo pases a Tarija y a Mar del Plata, van viajando hacia donde haya trabajo y muchas veces los chicos trabajan desde muy chicos y prefieren dejar la escuela”*.

Tanto Tarija (Bolivia) como Mar del Plata (Argentina) son ciudades donde hay fincas de producción agrícola. La presencia de alumnos de origen boliviano en la escuela argentina, no sólo implicaba la intermitente movilidad de sus familias, sino también la circulación de otros saberes en torno a la alimentación. El profesor de huerta, explicaba al respecto:

“...empezamos en marzo, haciendo los almácigos de lechuga, repollo, acelga. Todo eso lo cosechamos después de 90 días, y después plantamos almácigos de

¹⁰⁶ En la entrada de la escuela se encontraba un busto del cabo de gendarmería con una placa que decía “en el 40 aniversario de su fundación, el Círculo de Suboficiales de Salta rinde su homenaje con este busto al primer mártir de la subversión”.

tomate. Ahora estamos cosechando los tomates y acabamos de plantar maíz. Y después en cada materia los chicos van viendo temas de agricultura, en los problemas y hasta en los cuentos de literatura. Acá los chicos comen distinto a los de Orán porque muchos son bolivianos, entonces comen más mandioca, comen ensalada con el guiso. Comen más verdura.” (EP 45, 9/10/2014).

Las palabras del docente se corresponden con nuestras apreciaciones sobre la diferencia entre los accesos a alimentos de las familias que viven en los sectores rurales, frente a las que viven en barrios periurbanos, cuestión que abordaremos en el capítulo 5. Asimismo, permiten observar que no siempre las relaciones argentino/bolivianas son conflictivas, y que en las asignaturas de la escuela se considera las particularidades del ámbito rural, como la familiaridad de los niños con la producción agrícola.

A partir de este breve panorama de la educación pública en el contexto rural, señalamos la importancia de la escuela en relación a la alimentación: entre marzo y noviembre, aproximadamente, los niños en edad escolar comen en sus casas y en la escuela.

Por otro lado, el proceso de expulsión de población del campo a la ciudad, que ya hemos mencionado (Allen y Lacabana, 2003; Barsky, 2012), se articula también con la escasa oferta escolar en el ámbito rural. Así pues, no existe la posibilidad de cursar los estudios secundarios en la zona y algunas familias, como las de Arcoiris, deben migrar a la ciudad para que sus hijos puedan cumplir con la obligatoriedad de la educación pública. La falta de escuelas en el espacio rural se articula con las particularidades de la vida en los márgenes de las tierras productivas (Rodríguez García, 2009).

Aun con las limitaciones mencionadas, como la falta de matrícula para menores de cuatro años, la escuela ofrece un espacio de cuidado por fuera del ámbito doméstico, donde los niños asisten diariamente. Si bien, una vez que llegan a la escuela ellos son separados en grados por edades, la ida a la escuela en grupos de parientes o vecinos, permite observar un margen de autonomía infantil mucho mayor que en otros grupos sociales.

La autonomía de los niños y niñas del ámbito rural, se traduce en una mayor capacidad de decisión y en la circulación permanente por diversos espacios, privados y públicos. Los niños circulan sin compañía de adultos, caminando y/o corriendo por cultivos, terrenos de fincas y las viviendas de sus vecinos. Esta autonomía infantil no debe ser observada como una “falta de cuidado” sino como la presencia de un fuerte andamiaje grupal y familiar que les da tanto libertad como seguridad de movimientos (Hecht, 2010, Colángelo, 2009 en Garcia Palacios, 2015, p. 51). Ahora bien, tal como hemos observado, este andamiaje puede ser útil

para los niños que ya saben caminar pero, en algunos casos, no lograba resolver las demandas de cuidado de los bebés más pequeños.

Respecto a la autonomía infantil en comunidades indígenas, Tassinari (2007) sostiene que la misma forma parte de una “pedagogía nativa” que habilita a los niños a circular por diversos espacios para “verlo todo” y reconocer su agencia en el aprendizaje. Por su parte, García Palacios (2015), sostiene que al poder “verlo todo”, los niños pueden participar de diversos espacios de los lugares donde viven, “circulando” por diversas experiencias formativas¹⁰⁷ (2015, p. 53). Así pues, en los próximos apartados, indagaremos en otros espacios institucionales donde los niños de Orán circulan y pasan parte del día fuera del ámbito familiar.

3.5.2. La escolita policial infantil.

“Es un orgullo propio de Orán, es un invento de Orán, aunque algunos se ponen celosos y quieren decir que es salteña, pero la escolita policial es made in Orán”. Estas palabras pertenecen a un cabo de la policía oranense, que trabajaba en una comisaría de la ciudad. Según cuenta la leyenda, la escolita policial fue un invento del comisario Lamis, *“un buen hombre del campo, que hizo una buena gestión en la fuerza”* y que decidió organizar actividades para ofrecer tratamiento a los jóvenes con problemas de drogadicción. *“Fue en los noventa, había muchos, muchos chicos que se drogaban y fue el modo de ofrecer un tratamiento para ellos”* (EA29), relató el cabo, sin detallar con mayor especificidad cuál era el tratamiento ideado por Lamis.

Según las fuentes oficiales, los *Cuerpos Infantiles de Policía* se originaron en 1991 con el objetivo de:

“promover el acercamiento comunitario a través de la niñez, inculcando valores humanísticos de solidaridad, compañerismo, autoprotección, el respeto de las normas

¹⁰⁷ El concepto de “experiencias formativas” proviene del campo de la antropología de la educación, donde se ha incorporado “la idea de apropiación como contrapeso al concepto de socialización, desarrollando la noción de experiencia formativa en referencia al conjunto de relaciones y prácticas cotidianas (escolares, familiares, barriales, etc.) en las que los niños y niñas se involucran activamente y que condicionan, en tanto limitan o posibilitan, el sentido de sus diferentes construcciones” (Rockwell, 1995; Achilli, 1996 en García Palacios, 2015, p. 53).

sociales y su importancia para una armónica convivencia comunitaria” (Ministerio Seguridad Salta¹⁰⁸, 10/4/2014).

La escolita policial dependía de la Dirección de Prevención y Orientación Comunitaria de la policía salteña y funcionaba en todas las dependencias policiales de la provincia. Para inscribirse, los padres presentaban el documento de los niños entre 6 y 13 años donde debía figurar la dirección postal para certificar que los alumnos concurrían con sus vecinos.

Los niños del Paraje 26, asistían a una escolita policial en el destacamento policial de Aguas Blancas, al que iban tres veces por semana: martes, jueves y sábados, a contraturno del horario escolar. Allí desarrollaban múltiples actividades, todas ellas:

“acciones de carácter preventivo y comunitaria, tales como charlas, talleres y jornadas inherentes a la seguridad vial, protección y conservación del medio ambiente, violencia familiar, primeros auxilios, derechos y deberes del niño, drogadicción, alcoholismo, educación para la salud, educación de valores, etc.” (Gobierno de la Provincia de Salta, 10/4/2014)

Distintos adultos enfatizaron esta característica moralizante de la escolita, como una institución que ofrecía actividades que contribuirían a evitar conductas perjudiciales en el futuro, como la drogadicción. En este sentido, una enfermera que trabajaba en el departamento de Rivadavia me relataba que:

“E: Yo recuerdo que la escolita (policial) nace cuando había grupitos de changos por todos lados y casi no se podía caminar por Orán y entonces él (Lamis) hizo traer asistentes sociales para trabajar con los chicos y armó una sección de violencia familiar en la policía. Yo no sé si la metodología era muy buena.

P: ¿Por qué? ¿cual era la metodología?

E: Y, él hacía un aislamiento de seis meses con cada chico, el que resistía eso después se recuperaba, el que no, bueno, no. Seguía en la calle y quedaba en la calle. Ahora es el jefe provincial de la policía. Y él armó la escolita porque quería que los chicos tengan educación física, esa fue la excusa y otra cosa que dicen es que es para la

¹⁰⁸ En el año 2014 funcionaban 199 cuerpos infantiles en toda la provincial a los que acudían 7.622 niños. Gobierno de la Provincia de Salta. (10/4/2014). Inscripciones abiertas para Los Cuerpos Infantiles de Policías. Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/inscripciones-abiertas-para-los-cuerpos-infantiles-de-la-policia/29946>. Consultado el 5/6/2017.

prevención de las adicciones en el futuro. Pero una cosa es en Orán que hay clubes, que los chicos hacen cosas, y otra cosa es en pueblos como Hickman¹⁰⁹ que es como que la escolita es todo, todos los chicos van. Y el tema es que no hay gente tan preparada, vos sabes lo que es un chaqueño haciendo de maestro, ¿qué sabe un chaqueño de pedagogía?

P: ¿por qué decís que no saben de pedagogía?

E: porque son brutos, yo me canso de atender, cada dos días tengo a alguien con una herida de arma blanca por allá. Hace poco me pasó que me llama el doctor, diciéndome que había un herido en el cuello, un casi degollado. Parece que un familiar, por una mujer, le dio en la nuca con un hacha. Y el tipo estaba vivo, porque además el chaqueño es duro, no entiendo como no se mueren. Además son vagos, están todo el día haciendo nada y reciben un montón de subsidios, imagínatelos con niños a cargo” (17/10/2015).

Como vemos, la escolita policial infantil despertaba polémica entre los pobladores de Orán. Mientras para algunos oranenses, la misma era un orgullo, para otros, como la enfermera, la escolita podía ser un lugar peligroso. Al mismo tiempo, la polémica reavivaba una alteridad varias veces mencionada entre oranenses y *chaqueños*. Mientras Orán era el *rincón verde* (ver apartado 2.2), *lo chaqueño*, no remitía a la provincia argentina, sino a los departamentos del norte, General José de San Martín y Rivadavia, que se caracterizan por poseer un clima árido y seco. Según Lazzari y Lanusse (2008) los sentidos atribuidos a la diversidad geográfica salteña señalan procesos de construcción de fronteras identitarias en ciertos sentidos, donde por ejemplo, el territorio del *chaco* se asocia a “cierta inercia de la historia” (Lanusse, Lazzari, 2008, p.195), ya que allí no ocurrieron eventos significativos según el relato hegemónico provincial. La enfermera atribuía, además, a la identidad oranense cierto sentido cosmopolita por poseer una sede de la universidad nacional y gente de diversos puntos del país, frente a la *chaqueña*, marcada por la llanura geográfica e intelectual de sus pobladores *violentos* y *brutos*.

En términos generales, la escolita organizaba una especie de club de recreación para niños. Allí se brindaban actividades de orientación cultural, artística y tradicional (folclore, canto, artesanías, música, dibujos), cuyos trabajos y habilidades se exhibían en “exposiciones,

¹⁰⁹ Paraje rural del departamento de Rivadavia

exhibiciones, tendedores, encuentros de banda de música, danzas y festivales folclóricos”¹¹⁰. Además de actividades vinculadas con la “práctica de deporte, campamento, juegos didácticos, reglados y dinámica de grupo”¹¹⁰. Para muchos niños, ir a la escuelita era la posibilidad de irse de campamento y conocer diversos lugares de la provincia.

Tal era el caso de Natanael, que años después de aquella mañana en que lo conocí en la pensión de Rosa, me contó que iba a la escuelita policial de Aguas Blancas. En una oportunidad lo acompañé hasta allí pero su docente no me dejó entrar a observar las clases. En el viaje Natanael me decía:

N:- *La escuelita está bien buena,*

P:- *¿Y qué hacen ahí?*

N:- *Hacemos futbol, jugamos a la pelota y hacemos desfile, ahora estamos ahorrando para ir a Salta.*

P:- *¿Y qué hacen en los desfiles?*

N:- *Nos ponemos trajes, algunos nos vestimos de Güemes*¹¹¹.

P:- *¿Y van muchos amiguitos tuyos?*

P:- *De esta zona vamos todos, somos en total 31 y todos de esta zona”* (EA67, 10/10/2015).

Por *zona*, Natanael se refería a los niños que vivían entre el paraje 26 y la ciudad de Aguas Blancas. Del 26 en concreto, iban sólo tres niños, ninguno de ellos perteneciente a la comunidad ava-guaraní. No podemos afirmar que no asistan a la escuelita policial niños indígenas. Sin embargo, señalamos que los valores promulgados en dicha institución se articulan con el relato identitario provincial, que “moraliza un conjunto de identidades y diferencias colectivas” (Lanusse y Lazzari, 2008, p. 186). Según este relato, la salteñidad hegemónica se compone por las identidades “de *lo gaucho*, *lo criollo* e *hispanizante*, mientras

¹¹⁰ Sitio Web Gobierno de la Provincia de Salta. (10/4/2014). Inscripciones abiertas para Los Cuerpos Infantiles de Policías. Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/inscripciones-abiertas-para-los-cuerpos-infantiles-de-la-policia/29946>. Consultado en 5/6/2017.

¹¹¹ Martín Miguel de Güemes (Salta, 1785 - 1821) Militar y patriota argentino. Gobernador de Salta desde 1815, organizó las partidas guerrilleras que impidieron el avance del ejército español en el Alto Perú, permitiendo a San Martín la preparación del ejército de los Andes. Según Lazzari y Lanusse (2008) la figura de Güemes pone en juego el honor señorial, la fidelidad religiosa, el americanismo, la patria, el pueblo y el federalismo. Su figura estuvo sujeta a interpretaciones del relato histórico provincial, pues durante muchos años, “la gesta de Güemes significó para la elite salteña la pérdida de posición de privilegio mercantil que la provincia tenía sobre la colonia. No obstante, su figura fue transformada y patriotizada con el revisionismo de la década de 1920, se hace patriota y sus signos de monotonía y barbarie se reducen al olvido” (Lanusse y Lazzari, 2008, p. 192)

que los *otros*, que han sido expulsados de la historia y del *nosotros*, son los *collas e indios del Chaco*” (ibídem, p. 193, cursiva de los autores).

La figura de Güemes y su poncho de colores rojo y negro, que visten la bandera de Salta y los alumnos que desfilan, representan los valores de la patria y su defensa, así como también el borramiento de las diferencias indígenas. Lanusse y Lazzari (2008) analizan el proceso por el cual la figura de este personaje histórico se articula con una construcción de los indígenas de los territorios provinciales como “‘hombres de campo’ que se entregan a la causa de la patria” (2008, p. 192). Güemes constituye una figura central en la construcción de la identidad hegemónica salteña y de los valores de la patria, que la escolita policial propone inculcar a los jóvenes del mañana, sus futuros defensores.¹¹²

La escolita policial funcionaba a *contra turno*, en una de las escuelas públicas primarias de Aguas Blancas. Los chicos tenían los martes clase de fútbol, mientras las chicas tenían clase de gimnasia. Los alumnos eran recibidos y entraban corriendo al patio mientras las nenas pasaban a otro salón donde iban a su clase. En la entrada había una mujer de unos treinta años, con delantal blanco de maestra, diciendo a los que ingresaban: “*recuerden que las niñas se atan el pelo con colita alta antes de entrar*”. Si bien no pude ingresar a observar una clase, me fue posible advertir cómo las prácticas de la escuela contribuían a la construcción de una determinada masculinidad y femineidad en el contexto de Orán.

“*Acá está el Nata(nael), en los desfiles de la escolita, con su gorra bien puesta de policía*”, me mostraba en una fotografía su mamá Romina orgullosa (puede verse la gorra en la fotografía de la próxima página). Para las madres como ella, la escolita además tenía una valoración positiva, pues implicaba la posibilidad de proveer a su hijo una formación en valores adecuados:

R:- *Yo lo mando para que se porte bien, para que haga cosas de nene normal.*

P:- *¿Y qué es un nene normal?*

R:- *Que juegue, que respete, que no esté con flojera acá todo el día. Porque se quedan acá, y no hacen nada. Así que va ahí, los martes y jueves y sábados. Organizan desfiles, hacen gimnasia. Y se portan bien*” (EA 32).

¹¹² *La policía infantil forma hoy los valores de nuestros jóvenes del mañana*. Gobierno de la Provincia de Salta. (27/10/2014). En <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/la-policia-infantil-forma-hoy-los-valores-de-nuestros-jovenes-de-maniana/34757>. Acceso 9/8/2016.

Si bien hemos observado a lo largo de todos los casos que las experiencias de los niños y niñas de Orán son más bien heterogéneas, y no se corresponden con la construcción hegemónica de la infancia, la “aspiración de normalidad” (Berlant, 2014, p. 28) permea los deseos de las madres respecto de sus hijos. Así pues, *la flojera y los vagos*, son en el universo oranense la personificación de lo riesgoso para el futuro de un hijo y sobre todo un varón, que pondría tornarse un *machado*, es decir, una persona con problemas de alcoholismo.



Acto de uno de los “Cuerpos Infantiles de Policía” (Fuente: Facebook Municipalidad San Ramón de la Nueva Orán, 15/9/2015).

La escuela policial infantil ha despertado críticas dentro y fuera de la provincia desde sus inicios. Al respecto, Gregorio Caro Figueroa, ex secretario de Cultura de la provincia expresaba en 2008: “...son resabios de una mentalidad militarista que no corresponde en tiempos democráticos” (*Página 12*, 20 de agosto de 2008). Entendemos que la escolita policial es un factor clave para comprender la construcción de la desigualdad de género en el contexto salteño, pero también entendemos su protagonismo por la ausencia de servicios de cuidado que existen en dicha provincia. Las familias y las madres de clases pobres, como las de los sectores rurales con quienes trabajamos, no tienen muchas opciones de desfamiliarizar las tareas de cuidado y la escolita policial infantil ofrece actividades recreativas además de la posibilidad de poder ir de campamento y conocer otros lugares de la provincia.

Asimismo, es importante comprender que el oficio de policía y de gendarme constituyen una de las pocas oportunidades para “evitar” el destino de las opciones laborales del ámbito rural: las fincas y el *bagalleo*. En una ocasión, conversando con los niños de la

familia Colque (ver apartado 3.2.1.3), Lucas (12) me comentaba, “*yo no quiero trabajar en el campo, quiero ser gendarme o policía*” (EA22, 2/5/2011). Si bien Lucas no asistía a la escuelita policial, sus palabras evidenciaban el protagonismo de las instituciones de seguridad en el universo de los niños de los sectores rurales salteños. Frente a la precariedad de las condiciones laborales rurales, la labor en las fuerzas de seguridad ofrece estabilidad y los ya mencionados beneficios del trabajo registrado. Por otro lado, y no menos importante, los cuerpos policiales infantiles brindaban a los niños una “copa de leche”, lo cual, al igual que planteamos respecto de la escuela pública, permite distribuir la responsabilidad familiar en la alimentación de los niños.

Así, se torna posible comprender con mayor profundidad la amplia aceptación que esta institución tiene en los contextos estudiados. En ese sentido, consideramos que además resulta tan aceptada porque equivale a las actividades de un club, al que en otros contextos pueden optar las familias de clase media. Pues un aspecto pocas veces abordado de la vida cotidiana rural está dado por la escasez de servicios educativos y de cuidado en dichas localidades. Nuestra perspectiva nos lleva a plantear que esta es una dimensión a considerar para comprender el gran alcance de la escuelita policial, así como también de las escuelitas bíblicas pentecostales.

3.5.3. Escuelitas pentecostales.

Tanto en Fortaleza como en El 26, encontramos actividades infantiles religiosas. Diversos estudios, han abordado las particularidades del Chaco Salteño, en tanto “laboratorio sociorreligioso en pos de la conversión al cristianismo de los grupos indígenas” (Ceriani Cernadas, 2011). Desde los jesuitas durante el período colonial, hasta las diversas corrientes del protestantismo y luego las múltiples corrientes del *Evangelio*, podemos encontrar un amplio espectro de credos en estos territorios (Gordillo 2004; Ceriani Cernadas 2007; Citro, 2009; Wright, 2010; Enriz, García Palacios y Hecht, 2017).

En nuestros sectores de trabajo en Orán, hemos observado centros religiosos ligados al pentecostalismo como la “Unión Asambleas de Dios”¹¹³. En Fortaleza, la escuelita

¹¹³ Durante gran parte del siglo XX el pentecostalismo se difundió en Argentina: la expansión fue capilar, casi imperceptible, con una irrupción repentina que la hizo eventualmente más visible. Las razones que explican esta manera de difusión deben buscarse en las características generales del movimiento religioso. El pentecostalismo ha sido una religión de los sectores de bajos ingresos y escolaridad, conformada en torno a la emergencia de pequeños liderazgos carismáticos del mismo origen social. Las razones por las cuales el pentecostalismo se ha desarrollado de esta forma radican en su composición social original, sus bases doctrinales y en su constitución institucional (Míguez, 2015). La Unión de las Asambleas de Dios fue fundada por la canadiense Alice Wood, que llegó a Argentina en 1910 permaneciendo unos años en Gualguaychú (Entre Ríos), para radicarse luego en la localidad de 25 de Mayo (Provincia de Buenos Aires), donde fundará la primera congregación de la Unión de

pentecostal pertenecía a dicha Iglesia, que funcionaba en la casa del *pastor*. Allí, en el fondo de la vivienda se encontraba el templo, armado con una estructura de lonas de plástico y bancos donde se organizaban los cultos.

En El 26, el templo se ubicaba entre la ruta y el CAPS. Estaba formado por cuatro pilares construidos por ladrillos y unas chapas que cubrían el techo, donde se ubicaba un cartel blanco que en letras azules decía “Unión de las Asambleas de Dios”. Cuando no había escuela dominical, ni ceremonias, solía ser el lugar donde dormían los perros, algunas cabras y donde hacían la fila los pacientes del CAPS.

En el templo del 26, funcionaba la “Escuelita Bíblica” los sábados por la tarde. La referente de la institución en el asentamiento era Eugenia, una mujer de veintiséis años, con dos hijos, cuyo marido la había dejado, y vivía con su padre en una vivienda cruzando la ruta. Cuando llegaba el día de la actividad para niños, ella estaba encargada de inflar globos, hacer que otras madres colaborasen con la preparación de comidas y de contactar a otros integrantes de la Unión de Asambleas para que viniesen los *profes* a hacer las actividades para los niños, y trajeran los parlantes y el micrófono. La imagen de Eugenia y su padre atravesando la ruta con los bancos largos de madera –que guardaban en su casa–, era señal de que había *culto*.

Eugenia pedía permanentemente a los niños que se sentaran en fila, “*con la espalda bien recta porque tenemos que estar bien dispuestos a recibir la palabra de Dios*”. Su hija, que tenía ocho años, colgaba unos globos amarillos y rosas de los pilares del templo. Los niños se sentaban en los cuatro bancos que había alineados frente a una mesa donde luego se iban a ubicar las *seños*. En la primera fila, bien sentados con la espalda recta los niños Colque: Lucas, Andrés y la pequeña Catalina. En los bancos siguientes, los nietos de Norma Ruiz y al fondo, niños que ya no estaban tan bien sentados y que corrían alrededor del templo. Había muchos otros, como los sobrinos de Lorena de la comunidad ava-guaraní, que se encontraban permanentemente corriendo por los alrededores del templo o jugando con otros vecinitos que iban a la actividad pero no se sentaban a escuchar el *culto*.

La primera escuela dominical del año, que se realizaba en marzo, resultaba un evento importante porque coincidía con el retorno de los hijos de trabajadores golondrina que viajaron a Bolivia durante la época estival. Andrés me comentaba “*ahora vienen todos, pero para fin de año ya cada vez somos menos.*” Sus hermanos menores estaban en la primera fila

las Asambleas de Dios en el país (Stokes 1968 en Ceriani Cernadas, 2011:s/p). Es una institución con más de 90 años de presencia en la Argentina. Perteneció a la Confraternidad Evangélica Pentecostal (CEP), a la Alianza Cristiana de Iglesias Evangélicas de la República Argentina (ACIERA); y en la esfera internacional a la Confraternidad Mundial de las Asambleas de Dios (World Assemblies of God Fellowship) con presencia oficial en 176 países y con más de 30 millones de miembros en todo el mundo.” (Ver Unión Asambleas de Dios, 2017).

con él y se mostraban ansiosos de pasar al frente cada vez que las *seños catequistas* preguntaban algo. Los *profes y seños* –como eran llamadas las mujeres– eran jóvenes que se identificaban como “misioneros” y/o “catequistas”, de entre 17 y 24 años, que cantaban canciones religiosas y hacían actividades recreativas para que los niños “*jugando aprendan la palabra de Dios*”. Ellos no vivían en el 26, sino que provenían de Orán o de Aguas Blancas.

La dinámica de los encuentros consistía en el armado de juegos con los niños a partir de relatos bíblicos. El énfasis en la *palabra bíblica*, guarda relación con la particularidad de los movimientos religiosos en estos contextos, que se afirmaron fuertemente en la alfabetización, ya que su práctica se basaba en la lectura personalizada de la Biblia (Citro, 2009; Enriz, García Palacios y Hecht, 2017).

La escolita bíblica resultaba un lugar privilegiado para contactar a madres y niños de diversas identidades. Allí no importaban las tensiones en torno a las relaciones laborales, las diversas nacionalidades o las identidades étnicas. Los nietos de los abuelos ava-guaraníes corrían con los hijos de criollos, mientras las madres “golondrinas” charlaban bajo la higuera. Ahora bien, es importante destacar que, como anticipamos, había niños que iban a jugar a la escolita y no necesariamente a realizar la clase atentamente, como hacían Andrés y Catalina. Así pues, los niños ava-guaraníes no estaban siguiendo con atención las consignas de los catequistas. Al igual que lo observado por García Palacios (2015) en un barrio toba/qom, la posibilidad de circulación de niños y niñas, junto con su autonomía, les daba la oportunidad de decidir cuando y cómo participar del culto de la escolita dominical.

A diferencia de otros espacios, como la escolita policial o la escuela pública, muchos de los alumnos de la escolita bíblica, concurrían con adultos. Ellas siempre eran mujeres: tías, abuelas y/o madres. De modo que, si bien en la escolita bíblica confluyen múltiples identidades rurales, persiste la presencia femenina cuando hablamos de responsabilidad hacia el cuidado de los hijos. No obstante, que estas mujeres vayan a este espacio infantil, cuando sus hijos podían hacerlo solos, habla de que la escolita bíblica configuraba un espacio de socialización entre mujeres, ya que se quedaban durante el culto conversando entre ellas y tomando tererés mientras los niños estaban circulando y/o siendo cuidados por otros.

3.6. El diamante de cuidados rural de Orán.

A lo largo del capítulo nos propusimos abordar la organización del cuidado infantil desde una perspectiva etnográfica. Siguiendo la propuesta analítica de Ravazi (2007), graficamos en la siguiente imagen las instituciones y las prácticas relevadas en torno a la

provisión de cuidado infantil. Observamos que las mismas no se realizan de manera aislada, sino que son el resultado de la interacción entre el Estado, y los resultados de sus articulaciones entre diversas jurisdicciones, las familias, la comunidad y el mercado.



Que las familias sean las principales responsables del cuidado guarda relación con la historia de los regímenes de bienestar, que siempre han ubicado esta actividad humana en la esfera privada/doméstica (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016). Por estos motivos, la participación estatal en relación al cuidado queda reservada en aspectos muy específicos, como la educación escolar, la salud (que analizaremos en el próximo capítulo) o como un complemento de los hogares cuando las situaciones de pobreza y vulnerabilidad lo ameritan (como las acciones de asistencia alimentaria del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria que analizaremos en el capítulo 5). Por eso mismo, en el contexto de Orán son cuasi nulas las posibilidades de optar por servicios de cuidado privados, como jardines maternales o pagar por empleo doméstico, como lo hacen las clases medias y altas argentinas (Zibecchi, 2013). Las opciones que proveía el mercado en la zona rural eran muy escasas y estaban dadas por mujeres, como Clara que ofrecían trabajar de cuidadoras en el espacio de las fincas. En el resto de sectores, las posibilidades de “desfamiliarizar” el cuidado vía mercado estaban dadas por hacer arreglos con mujeres conocidas pero no existían servicios de jardines maternales públicos, ni privados.

La escasa oferta de servicios de cuidado, vía mercado, tiene que ver con el rol protagónico de la familia y el sentido cultural asignado a la maternidad, así como también con la posición en la estructura social. Las familias contactadas pertenecen a los sectores más pobres de la sociedad salteña y difícilmente pagarían por acceder a servicios de cuidado. No obstante, considerando el nivel de autonomía infantil observado, podría sugerirse que la demanda de cuidados en estos contextos, nunca sería como la de contextos urbanos de clase media.



Niños esperando el colectivo para ir a la escuela (Fortaleza). (PL, marzo 2013)

En términos generales, la responsabilidad del cuidado infantil recae sobre todo en las familias y al interior de ellas, en las mujeres. El ideal maternalista, de mujeres madres trabajando únicamente de cuidadoras del hogar y de los niños, resulta un horizonte utópico que permea todas las relaciones sociales. Los casos de Rosa, Estela y Clara permiten observar cómo las esferas reproductivas y productivas están estrechamente entrelazadas en la vida cotidiana de las madres. La logística familiar desplegada para cuidar a los más pequeños, sean estos hijos, nietos y/o bisnietos, muchas veces involucra estrategias para obtener ingresos monetarios, frente a desigualdades de género que ubican a las mujeres como empleadas de los supuestos “jefes de familia”.

Si bien la responsabilidad femenina se mantiene como una constante en todas las formas de cuidado descriptas, las organizaciones familiares exponen una vasta diversidad. La familia nuclear es sólo una de las combinaciones posibles, frente a las fluctuaciones del trabajo rural y las condiciones laborales ligadas a él. Tal como en otros contextos latinoamericanos (Fonseca, 1998) observamos en las zonas rurales de Orán una circulación de niños *-fosterage-* que consiste en que, si bien los padres biológicos brindan a los niños una filiación, son los padres “adoptivos”, como el matrimonio Vélez o los Colque, quienes los alimentaban y criaban. Los niños dejaban su casa original sin perder su identidad, por lo tanto, no es que habían sido adoptados sino que la responsabilidad de su crianza había sido transferida. Si bien no hemos profundizado en las relaciones familiares con estos diversos

modos de crianza, nos interesa señalar la multiplicidad de modelos familiares observados, pues implican el involucramiento de diversos actores como cuidadores. No obstante, desde las acciones estatales –como veremos en los próximos capítulos- las madres son interpeladas como las principales cuidadoras.

En relación a la respuesta hacia la demanda de cuidados, las familias extensas proveen mayor cantidad de redes frente a los desafíos de la conciliación trabajo/cuidado en los sectores rurales. La red de abuelas, primas, tías y hermanas, con distintos patrones de residencia –matrilocales o patrilocales- permite a algunas madres salir a trabajar y dejar a sus hijos con otros familiares a cargo. Por el contrario, las madres *solas*, se ubican en una situación más compleja, ya que son las personas encargadas tanto del ingreso económico, como del cuidado de sus hijos, mientras que a la vez son destinatarias de toda una serie de estigmatizaciones por parte de su entorno. En el medio se ubican entonces las familias *golondrinas*, que pueden ser entendidas como parte de una familia extensa, pero cuyos miembros pueden residir en ciudades de países diferentes.

Ahora bien, ser parte de una familia extensa, puede proveer más redes de cuidados, pero no evita los conflictos en torno a la división sexual del trabajo. Esta división es la “expresión de las relaciones de género en el mundo del trabajo y por lo tanto muestra relaciones de subordinación entre las mujeres, cuya manifestación es su concentración en las responsabilidades del cuidado y su peor participación en el mercado laboral” (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016, p. 106). Si bien hemos explorado una diversidad de estrategias productivas de las mujeres, como el armado de pensiones, quioscos o trabajar como cuidadoras, estas opciones siempre son más inestables que las que realizan los varones, justamente porque ellas tienen menos tiempo para dedicar al trabajo remunerado, al ser las únicas responsables del cuidado infantil. Esta distribución desigual del cuidado y de los recursos económicos, está estrechamente ligada a la naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, que observaremos en los próximos capítulos también por parte de los agentes sanitarios. Lejos de ser una capacidad natural “se trata de una construcción social sustentada por las relaciones patriarcales de género, que se sostienen en valoraciones culturales reproducidas por diversos mecanismos como la educación [...] las religiones y las instituciones” (ídem). En este sentido, la escuela infantil permite observar cómo desde las prácticas institucionales se reactualizan sentidos dicotómicos en torno a la femeneidad y la masculinidad. Esta construcción distintiva entre las tareas de los niños, se observa también al interior de la institución familiar, donde las niñas *hacen de madre*,

mientras los varones desde muy pequeños deben *cuidar la seguridad de su familia*. El cuidado entonces, posee diversos significados, que se articulan con los mandatos de género.

El análisis de las prácticas de cuidado ha constituido una vía privilegiada para observar la construcción de la infancia en este contexto. Niños y niñas emergen como activos participantes de las relaciones de cuidado, teniendo actividades diferentes según las edades y los contextos. Los niños y niñas desde la más temprana edad poseen un *conocimiento competente del entorno rural* (Szulc, 2015), así como también colaboran en las tareas domésticas y en algunos casos los varones colaboran en tareas de trabajo rural (Padawer, 2010). A partir de los ocho y/o nueve años, un niño o niña puede quedarse a cargo de sus hermanos más pequeños, constituyendo una ayuda clave para sus padres. En los contextos rurales descriptas, las pocas “niñeras” encontradas, sólo se contrataban para cuidar bebés o niños pequeños. Tal como hemos observado, los niños concurrían solos a la escuela primaria y podían quedar a cargo de sus hermanos, si los adultos no estaban. Estas prácticas, han sido también señaladas por Hirsch (2011) en poblaciones ava-guaraníes de otras localidades salteñas donde, para otros habitantes de la comunidad, podían ser representadas como un cuidado de mala calidad.

A pesar de que las familias del campo de Orán, no poseen muchas opciones para “desfamiliarizar” el cuidado infantil, en las decisiones que se toman para su organización interviene lo que cada madre, padre y/o grupo familiar entiende por “adecuado” para el crecimiento y el bienestar de la *cría*. Así, entran en juego una serie de valores morales, en torno a aquello que se *desea* para los niños, qué debe estimularse durante la crianza (actividades, formación, espacios de socialización) que se contraponen con aquello que se comprende como *peligroso* (riesgos) y que por lo tanto, debe evitarse para que los niños crezcan adecuadamente. En este sentido, Ortale y Santos (2014) señalan que la crianza “nos informa de las percepciones, interpretaciones, expectativas que tienen los cuidadores” (ibídem, p. 30), tal como Romina, que comprendía que escuela policial infantil prevenía malas costumbres y la posibilidad de que su hijo se convirtiese en un *vago*. Por su parte, madres como Viviana o Estela, prefieren criar a sus hijos fuera del espacio de las fincas, para evitar que crezcan rodeados de *malas influencias*.

Nos queda entonces a continuación, observar cuáles son las estrategias que despliegan estas familias y sobre todo sus madres, cuando sus hijos e hijas no logran crecer en términos adecuados, es decir, cuando se presenta algún problema de salud y/o padecen de déficits nutricionales.

CAPITULO 4

El cuidado infantil en el proceso salud/enfermedad/atención.

En este capítulo nos dedicaremos a analizar las modalidades y los significados que adquiere el cuidado infantil en el proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1992).

Los niños de los sectores rurales donde hemos trabajado, son destinatarios de las acciones del PROAPS, y ante casos que revisten mayor gravedad, son derivados al Hospital San Vicente de Paul, ubicado en el centro urbano de Orán. Ahora bien, muchos de los niños y mujeres contactadas, recorren otros espacios terapéuticos en busca de la cura de sus padecimientos. La perspectiva etnográfica sobre los itinerarios terapéuticos (Alves y Souza, 1999) que los sujetos emprenden “con el objetivo de prevenir, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado” (Menéndez, 2003, p. 186) nos permitirá identificar diversas formas de atención¹¹⁴ y los modos en que los usuarios las combinan de acuerdo a sus necesidades.

El análisis del capítulo se estructura a partir del diálogo entre estudios sobre las políticas de salud pública y las formas de cuidado en las sociedades contemporáneas. Por un lado, recupero los análisis de Lorenzetti (2010, 2012, 2015) que entiende las intervenciones del PROAPS como parte de la gubernamentalidad neoliberal y problematiza los modos en que la diferencia indígena adquiere el sentido de riesgo sanitario. Considero que los análisis de Lorenzetti (2010, 2012, 2015) se articulan con la concepción de “lógica de la elección” elaborada por Mol (2008) para analizar el modo de atención biomédica. Así pues, la “lógica del cuidado” permite poner en tensión los fundamentos del “paradigma de la elección” (ídem), como la autonomía, la independencia y la capacidad de decisión del paciente. El enfoque antropológico permitirá entonces, indagar qué es entendido por “buen cuidado” (Mol, 2008) y las interpretaciones en torno a “lo terapéutico” que realizan las personas (Alves y Souza, 1999), más precisamente las madres en relación a la salud de sus hijos. Recordemos que nos enfocaremos sobre el cuidado de los niños y niñas, por lo tanto, indagaremos en las perspectivas del universo de cuidadores –pediatras, enfermeras, agentes sanitarios, madres- y también en la perspectiva de los niños sobre el cuidado de su salud.

¹¹⁴ Para el contexto latinoamericano, Menéndez (2003) señala “potencialmente” cinco “modelos de atención”: el de tipo biomédico, el “popular” o “tradicional”, las “alternativas devenidas del ámbito académico del tipo *nueva era* y las acciones centradas en la autoayuda” (2003, p.189). En el contexto particular de Orán, nos encontraremos acciones en los dos primeros.

El capítulo comienza con un retrato del funcionamiento del principal efector de salud de las poblaciones rurales en Orán: el PROAPS. Luego se describen las particularidades del sistema de salud público en dicho contexto, el *establecimiento base*¹¹⁵ y la población priorizada de salud. A partir de esta introducción al universo de la salud pública salteña, nos focalizamos en el análisis de una de las instancias de formación de agentes sanitarios salteños, para luego indagar en los significados que adquieren los *factores de riesgo* elaborados por el PROAPS. En la segunda parte del capítulo, abordamos las perspectivas de la población pacientepriorizados por la salud pública: madres y niños. Finalmente, pasaremos a examinar qué entienden las madres por prácticas de cuidado infantil e indagaremos en los itinerarios terapéuticos que recorren en la búsqueda del buen cuidado de sus hijos. De este modo, analizaremos los diversos significados que adquiere el cuidado infantil en este contexto.

4.1. La Atención Primaria Salteña.

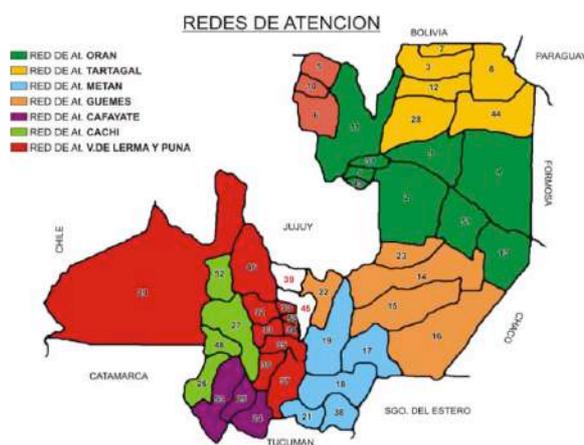
La provincia de Salta fue una de las primeras en el país en adherir a los postulados de Atención Primaria de la Salud (APS), que se fundamentan en la Declaración de los Derechos Humanos y la Conferencia de Alma Ata (URSS-1978). La salud emerge, en la declaración, como un derecho universal y como “objetivo prioritario, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud”¹¹⁶ (Alma Ata-1978). Desde esta conferencia se estableció que la implementación de las estrategias “debe originarse a partir de las condiciones económicas, socioculturales y políticas de cada país” contribuyendo con “el desarrollo local, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, a través de la figura central del agente sanitario como promotor de actividades de promoción y prevención de la salud” (Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010, p. 26). Entre los objetivos principales de APS se encuentran ser la entrada al sistema de salud, asegurar una atención permanente y longitudinal a la persona -aún en ausencia de enfermedad- y proveer una atención integral que haga frente a todas las necesidades de las personas (Maceira, 2010).

¹¹⁵ En cursivas se presentan las categorías de los formularios del PROAPS. Un área operativa constituye la unidad funcional de programación, administración, ejecución y evaluación de las acciones de salud en un territorio geográfico determinado y con una población definida.

¹¹⁶ Se planteó en esa instancia que dichos objetivos sólo se pueden realizar con la articulación y la cooperación de distintas agencias y áreas de gobierno implicadas en “el desarrollo nacional y comunitario, en particular a la agricultura, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores” (Alma Ata, 1978 en Torres Secchi y Torres Aliaga, 2010, p. 12). Esto significa que la perspectiva integral de la salud, no sólo implica considerar el contexto de vida de una persona, sino además cómo las acciones de otras áreas de gobierno tienen implicancias en el nivel de salud alcanzado por una población.

Ahora bien, en el contexto salteño, se dice que “fue Alvarado y no Alma Ata el inicio de la APS, Alma Ata vino mucho después” (Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010, p. 45), por las acciones realizadas desde 1968 en el marco del Programa de Salud Rural. Desarrollado por el Dr. Tanoni en Salta y el Dr. Alvarado en Jujuy, el programa consistía en brindar una atención biomédica a aquellas poblaciones que vivían alejadas de los centros urbanos en zonas de difícil acceso geográfico. La figura de Tanoni -que fue secretario de salud pública a partir de 1983- constituye un hito del relato sanitarista, donde se destacaba la iniciativa de médicos que recorrían largas distancias a caballo para brindar cobertura sanitaria a personas que nunca la habían tenido.¹¹⁷ Cabe destacar que en el contexto salteño, la APS nunca estuvo pensada para ofrecer una cobertura al 100% de la población, sino para proveer una atención biomédica a poblaciones que no tenían otra vía de acceso al sistema de salud (Torres Aliaga y Torres Secchi, 2010).

En la actualidad, las acciones de APS se nuclean en el PROAPS, donde los agentes sanitarios brindan cobertura sanitaria domiciliaria, mientras que los médicos atienden o bien en el hospital, o en los CAPS. De las primeras acciones del programa de salud rural, quedaron los números de las áreas operativas de la red de salud salteña que observamos en el siguiente mapa.



Redes de Atención provincia de Salta. Fuente: Maceira (2010)

¹¹⁷ Hirsch y Lorenzetti (2016) señalan como antecedente de APS las medidas desarrolladas durante la gestión estatal del sanitarista Ramón Carrillo, quien fue ministro de Salud (1949-1954) durante las presidencias de Juan Domingo Perón (1946-1952/1952-1955). Durante su gestión se implementaron una serie de medidas estatales que incluían medicina preventiva y materno-infantil, adecuación de infraestructura y aumento del número de camas hospitalarias, preparación y formación de personal no médico, la disposición de camas en los centros de salud rurales y zonas de frontera junto con las “campañas de erradicación de la viruela, difteria, hidatosis y chagas, entre otras” (Mignone, 2009 en Hirsch y Lorenzetti, 2016, p. 32). En el contexto de Orán, estas acciones estuvieron estrechamente vinculadas a la implementación del Estatuto del Peón Rural que buscaba llevar condiciones laborales y sanitarias dignas a los sectores más postergados del país. No obstante, la plataforma de salud construida durante la década de 1950 no llegaba a cubrir las zonas más alejadas de los centros urbanos, como donde se realizó esta investigación.

La provincia de Salta¹¹⁸ se divide en cuatro regiones sanitarias, formadas por áreas operativas que se corresponden con un contexto particular que hace a la problemática epidemiológica de la zona (Maceira, 2010). Torres Aliaga y Torres Secchi (2010) explican la experiencia en el departamento de Iruya (Nº 6 en el mapa), donde la APS se inició como una experiencia “aislada y marginal, en principio autoritaria por el contexto y siempre conflictiva en el sistema de salud pública” (2010, p. 129). Los médicos que participaron de estas primeras experiencias del PROAPS, relataban que el programa de salud rural llegó a poblaciones indígenas y criollas que vivían en precarias condiciones de vida, sobre todo en las zonas de estudio. Al respecto, Torres Aliaga y Torres Secchi (2010) sostienen que “no todos los servicios y profesionales aceptaban la visibilidad de los problemas sanitarios de las poblaciones más vulnerables y eran comunes las demandas y quejas del personal propio sobre el desconocimiento de sus tareas por parte de los ‘otros’ agentes del sistema de salud” (Torres Aliaga, Torres Secchi, 2010, p. 129). Así pues, desde sus inicios, el funcionamiento de APS despertó conflictos por su carácter ambivalente: por un lado, periférico por las características de los territorios donde se insertaba y por otro lado, central por la relevancia de los datos que aportaba sobre las poblaciones más vulnerables de la provincia, entre las cuales se encuentran los pueblos indígenas.

Hirsch y Lorenzetti (2016) señalan la injerencia de las acciones de APS en las comunidades indígenas. Los programas implementados fomentaron la participación de la población destinataria y de este modo, “intentaban reducir la preponderancia del equipo de salud y lograr una articulación entre promoción, prevención y curación que modificara el peso de la práctica médico asistencial” (Hirsch y Lorenzetti, 2016, p. 34). La marca distintiva de la APS estuvo –y continúa estando- en promover una atención en territorio a las poblaciones más vulnerables de la provincia. Para desarrollar esta atención territorial, fue necesaria la construcción de una gran cantidad de puestos y centros de atención primaria de la salud. Estos enclaves territoriales constituyen el primer nivel de atención sanitaria, desde el cual los agentes sanitarios se erigen como nexo entre los pacientes y

¹¹⁸ De acuerdo a datos del INDEC, el 60% de la población de la provincia de Salta no se encuentra cubierta con obra social ni plan privado o mutual, ubicándose por encima del promedio nacional que es del 48%. Esto significa que 6 de cada 10 personas requieren servicios de los efectores públicos. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que existen fuertes disparidades jurisdiccionales (Maceira, 2010).

los niveles de atención de mayor complejidad¹¹⁹. De este modo, el PROAPS constituye la puerta de entrada al sistema de salud público, “así como también implica una relación continua de intervención de las poblaciones rurales –incluidas en ellas las poblaciones indígenas- y de las mujeres y niños en particular” (ibidem, p. 35). Así, en términos generales la tarea del PROAPS consiste en realizar un diagnóstico de la población, siguiendo determinados criterios normatizados y brindando a las poblaciones más vulnerables el acceso a determinados programas sociales (Lorenzetti 2010, 2015).

Durante el trabajo de campo, se observaron intervenciones del PROAPS con acciones diseñadas desde el gobierno nacional como los subprogramas del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y el Plan Nacer¹²⁰, del cual se derivan una multiplicidad de acciones, como el suministro de inmunizaciones y el “control del niño sano”.

4.1.2. El establecimiento base.

Los sectores rurales de Orán pertenecían al *área operativa XI*¹²¹, que a su vez se dividían en subáreas. El 26 y la comunidad Arcoiris se encontraban dentro de la misma subárea operativa mientras que Fortaleza se correspondía con otra. Todos los sectores tenían como *establecimiento base* al Hospital de San Vicente de Paul¹²², donde eran

¹¹⁹ El segundo nivel de atención hace referencia al servicio de salud con atención ambulatoria y de internación, brindado por médicos generalistas, donde se dispone de odontología y servicios de diagnóstico y tratamiento como bioquímica, radiología. El tercer nivel de atención refiere al establecimiento de salud con atención ambulatoria y de internación, con especialidades básicas, además de odontología, bioquímica, radiología, farmacia, hemoterapia, anestesiología, quirófanos con resolución de especialidades traumatológicas y quirúrgicas de bajo y mediano riesgo y el cuarto nivel, está representado por un hospital de alta complejidad, que debería estar capacitado para resolver todos los problemas de salud de la población (Maceira, 2010).

¹²⁰ El Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA- 2003) fue uno de los primeros en Argentina en ubicar a los niños como “titulares de derechos”, junto con sus familias, marcando un antecedente clave previo a la sanción – en 2005- de la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que inauguró el amplio conjunto de políticas públicas que buscaron “garantizar el interés superior del niño” (Llobet, 2011). En el capítulo 5, profundizaremos en el análisis de la implementación del PNSA. Por su parte, el Plan Nacer se implementaba con financiación de organismos internacionales y promueve la cobertura de niños y niñas menores de seis años sin obra social. La particularidad de dicho plan está dada porque retribuye a cada centro de salud las prestaciones pautadas, es decir, el personal de salud debía registrar y sistematizar las embarazadas y niños atendidos para obtener como retribución equipamiento y mayor financiación. De este modo, además de la cobertura de la población materno-infantil, el plan promovía al fortalecimiento de las redes de salud (Ver <http://nacer.salta.gov.ar/portal/> recuperado 27/9/2017)

¹²¹ Un área operativa constituye la unidad funcional de programación, administración, ejecución y evaluación de las acciones de salud en un territorio geográfico determinado y con una población definida.

¹²² El hospital se comenzó a construir en 1972, con el objetivo de asistir a la población rural y desarrollar campañas de prevención e instrucción sanitaria y fue inaugurado en 1980.

derivados los partos de alto riesgo y las cesáreas de la zona.¹²³ El funcionamiento de los servicios de tocoginecología, neonatología y pediatría, donde funcionaban los programas Plan Nacer, Nacer + Sumar, Programa Salud Sexual y Procreación responsable¹²⁴, entre otros, convertía al hospital en el epicentro de las derivaciones de la población materno de las poblaciones más vulnerables de la zona.

El hospital se ubica en una de las avenidas principales de la ciudad, que conecta con la ruta provincial. El edificio fue proyectado con tres plantas y dos pequeños subsuelos, incluyendo un conjunto de viviendas adyacente sobre una de las calles y la plaza pública, donde se observan en primavera frondosos lapachos colorados. Así, entre las copas de los árboles, se observa una estructura edilicia de color marrón y apariencia moderna, con un gran techo de estructuras de hierro con alerones de aluminio y poliéster reforzado, que tenía por objetivo apaciguar los efectos del clima subtropical. Este gran techo inclinado, formaba un vestíbulo donde se estacionaban las ambulancias, se agrupaban familiares de pacientes, dormían la siesta los perros, y los vendedores ambulantes con sus carritos de comida se protegían del fuerte sol oranense. El hospital tiene 400 metros cuadrados y dos plantas, a las que se ingresa por tres entradas: la principal conecta el vestíbulo con el hall principal, la del servicio de guardia y la entrada exclusiva de proveedores y personal del hospital, donde trabajaba como portera una referente de la comunidad ava-guaraní. En el hall principal se encontraban las oficinas de “Servicio Social”, “Turnos”, “Plan Nacer”, y “Administración”, señaladas con carteles de cartón escritos a mano y la escalera principal. Siguiendo el pasillo en dirección a la administración, se accedía a las oficinas de la “Gerencia”, “Recursos Humanos” y “Atención Primaria de la Salud”, donde en diversas oportunidades acordé encontrarme

¹²³ “...los hospitales de Nivel III de Embarcación y Nivel II de Colonia Santa Rosa, Urundel, Pichanal, Hipólito Irigoyen, La Unión y Rivadavia Banda Sur, por su ubicación geográfica y el Hospital de Tartagal de Nivel IV, para UTI Neonatal, derivan a este Hospital de Orán. Los partos de alto riesgo y todas las cesáreas de Hipólito Irigoyen, Pichanal, Urundel, Colonia Santa Rosa, Embarcación, Rivadavia Banda Sur, Morillo, Aguas Blancas y en muchos casos de Bermejo (Bolivia), entre otros, son derivados al Hospital de Orán”. Auditoría General de la Provincia de Salta (2012, p. 10).

¹²⁴ El Plan Nacer +Sumar, comenzó a implementarse en el año 2012, con el objetivo de ampliar los alcances del plan Nacer, incorporando como destinatarios a niño/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres sin obra social, hasta los 64 años. Ver Programa Sumar por la ampliación del Nacer en <http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-diptico-informacion-institucional.pdf>, recuperado el 7/9/2017. Por su parte, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene como misión promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva. Entre sus objetivos también figura la salud perinatal y específicamente, promover la salud sexual de los adolescentes, garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Ver: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/>, recuperado 26/8/2017.

con agentes sanitarios. Gran parte de las paredes de la planta baja estaban cubiertas con afiches escritos a mano, en marcador, con información sobre la importancia de los controles ginecológicos para las mujeres y los controles del embarazo, la exclusividad de la lactancia materna, métodos anticonceptivos, entre otros. También había afiches de programas como el Plan Nacer o de campañas como la “Semana del Prematuro”¹²⁵. El techo era una grilla de cuadrados ahuecados, como si fuese un extenso panal de rombos, donde algunas palomas desorientadas buscaban hacer nido.

A pesar de ser una institución de referencia regional en investigación y diagnóstico¹²⁶, gran parte del conjunto de trabajadores sanitarios -tanto administrativos, como médicos y/o enfermeras- concebían al hospital como una institución caótica. Una enfermera de neonatología expresaba en un pasillo lúgubre de la planta baja, “*el contacto con los bebés y con las mamás para mí es un oasis en medio del conflicto permanente de este lugar*” (EA30, 19/9/2015). La cotidianeidad hospitalaria estaba forjada por situaciones de precariedad laboral, conflictos sindicales, falta de recursos humanos – médicos y enfermeros- y una gran cantidad de pacientes que llegaban no sólo desde el departamento de Orán, sino de otros como Rivadavia, Santa Victoria y también desde Bolivia. En relación a la población migrante, otra enfermera me expresaba preocupada:

“...no se qué arreglo hizo Cristina (Fernández de Kirchner), algo de que ellos nos dan gas, no se qué arreglo hicieron, pero estamos desbordados y hay que hacer otro arreglo, no damos abasto, llegan hordas de limítrofes a parir y a atenderse y es un descontrol...” (EP34, 2/10/2014).

Así, la demanda de pacientes migrantes constituía para ciertos empleados del hospital un problema central que afectaba la calidad de la atención sanitaria. El *arreglo* se refería a un supuesto convenio para la provisión de gas.¹²⁷ Los conflictos con los

¹²⁵ La semana del prematuro es una campaña nacional, iniciada por Unicef Argentina, que tiene el objetivo de “crear conciencia sobre los derechos de los niños y niñas que nacen prematuramente, sino también movilizar a los miembros de los equipos de salud, y de la sociedad en general, para garantizar su protección y cumplimiento efectivo”. Más información en https://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_24080.htm recuperado en 27/9/2017.

¹²⁶ En 2010 se inauguró el laboratorio del Instituto de Investigaciones en Enfermedades Tropicales (IIET), estrechamente vinculado a las actividades de la Universidad Nacional de Salta con sede en Orán. El laboratorio significó la posibilidad de desarrollar proyectos locales de investigación con el objetivo de mitigar el impacto de enfermedades tropicales así como también la posibilidad para muchos habitantes de Orán y alrededores de confirmar sus diagnósticos.

¹²⁷ Existen acuerdos entre Argentina y Bolivia por la compraventa de gas natural, como el decreto N° 27.488, firmado en abril 2004, pero no podemos afirmar que la firma del convenio se deba a la atención de población boliviana en Argentina.

pacientes bolivianos se agravaron con la sanción de la Ley Nacional de Migraciones N° 25.781¹²⁸, que estipuló que todo paciente migrante tiene derecho a acceder a una atención del sistema de salud oficial. Las *hordas de limítrofes que llegaban a parir*, forman parte de una típica¹²⁹ imagen de “la mujer boliviana embarazada que cruza la frontera para parir del lado argentino [...] que se vincula a conflictos en torno al ejercicio de derechos, desde la obtención de la documentación personal hasta el acceso de servicios” (Caggiano, 2007, p. 94). En este sentido, los conflictos en la atención sanitaria con las mujeres embarazadas, cobran matices particulares en las zonas de frontera, “por los modos en que se experimentan las fronteras simbólicas (nacionales, de género, de clase y raciales) y el modo en que se estructuran las diferencias y desigualdades” (ibídem, p. 95). Así pues, el *otro arreglo*, al que se refería la enfermera, remitía a las veces que ciertos médicos y/o médicas, cobraban la consulta a las mujeres bolivianas, aún cuando dicho cobro era ilegal. No intentamos aquí denunciar el desempeño ilegal de parte del personal contactado, sino más bien remarcar la naturalidad con que los trabajadores del hospital referían a las irregularidades cotidianas.

De este modo, el San Vicente de Paul emanaba sensaciones contradictorias. Por un lado, era catalogado como un instituto de alta complejidad, equipado con un novedoso laboratorio y, por otro lado, era tapa de los periódicos locales intermitentemente por los cambios en la gerencia del hospital¹³⁰ y los conflictos sindicales. Frases como “*la regla de este lugar es la no-regla*”, “*esto siempre es un desastre*”, “*aquí reina el descontrol*” nutrían los relatos del caos cotidiano que experimentaban quienes allí trabajaban. Entre las diversas polémicas que circulaban en torno a la institución, existía el cuestionamiento sobre el supuesto *nivel IV de complejidad*, ya que el nosocomio no contaba con Medicina nuclear, ni Tomografía, que son los mínimos servicios que debe poseer una institución para obtener esa clasificación. En este sentido, auditorías realizadas en 2013 y 2014, señalaron serias falencias en la estructura y el funcionamiento del hospital.¹³¹

¹²⁸ ARTICULO 8° — No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria. Las autoridades de los establecimientos sanitarios deberán brindar orientación y asesoramiento respecto de los trámites correspondientes a los efectos de subsanar la irregularidad migratoria. (Ley N° 25.781).

¹²⁹ En el sentido de que lo típico es siempre construido históricamente como “resultado de una batalla política por la hegemonía ideológica” (Zizek, 1998, en Caggiano, 2007, p. 94).

¹³⁰ De 2010 hasta la actualidad, la gerencia del hospital cambio seis veces: Dr. Julio Moreno (2010-2011), Dr. Julio Cortés (2011-2014), Dra. Liliana Canini (2014-2016), Dr. Omar Soches López (2016), Dr. Nicanor Sosa (ex intendente del municipio de Hipólito Yrigoyen), con subgerencia del exdirector Dr. Julio Cortés (2016-actualidad).

¹³¹ Por ejemplo, “El hospital no dispone de un local exclusivo para el depósito transitorio de los residuos biopatogénicos generados. Se depositan en contenedores específicos, provistos por la empresa DMG

Los informes sobre el funcionamiento deficitario de la institución, permitían problematizar los argumentos del personal de salud sobre la responsabilidad de la demanda de pacientes bolivianos en los problemas de atención sanitaria. A pesar de los reiterados contactos con diversos trabajadores del hospital y de la universidad, nunca accedimos a datos oficiales sobre la cantidad de pacientes, ni de modo desagregado al número de pacientes migrantes, que la institución recibía. La información sobre el funcionamiento del hospital se encontraba desactualizada desde 2008 y no existían datos acerca de la cantidad de empleados de planta, como así tampoco la relación entre cantidad de médicos y de pacientes, y/o cantidad de enfermeros por paciente. No obstante, sí encontramos información sobre el funcionamiento de los programas destinados a la población materno-infantil.¹³²

Las clasificaciones y categorías que guían las estadísticas de las instituciones, permiten conocer qué cuestiones una sociedad considera valioso contabilizar (Scheperd-Hughes, 1997). En este sentido, la mayor disponibilidad de datos sobre la población infantil por sobre la población adulta, nos habla del lugar socialmente valorado de la infancia en las sociedades contemporáneas, y específicamente en el ámbito de la salud pública. En su estudio sobre la epidemia del HIV en Sudáfrica, Fassin (2016) observa que mientras los hombres y las mujeres afectadas eran comprendidas como responsables de la infección, los niños “llevaban la marca de la inocencia” (2016, p. 239) y eran considerados víctimas del comportamiento irresponsable de sus padres. Los niños se transformaron en asunto central de la epidemia y su atención sanitaria se transformó en un imperativo moral, pues ellos simbolizaban “el futuro de la sociedad” (2016, p. 241). De este modo, la vida de los niños se presenta más importante que la de los adultos, a partir de que el discurso médico de la vulnerabilidad inmunológica infantil se articuló de modo inextricable con los valores morales asociados a la infancia en las sociedades occidentales.

S.R.L., dispuestos inadecuadamente en el acceso a la sala de Máquinas, sin delimitación ni restricción alguna” (Auditoría General de la Provincia de Salta, 2012).

¹³² La Auditoría realizada por el Gobierno de Salta en 2012 tuvo por objetivo “Evaluar el funcionamiento del departamento de Maternidad e Infancia”. En la misma se señala que en los servicios de Tocoginecología y Neonatología, trabajan en total 45 profesionales, 25 de ellos en planta permanente y “se observa que la cantidad de médicos para atender la carga horaria de las guardias, no permite cubrir los requerimientos necesarios, por lo que los profesionales debieron superar las 120 horas guardias mensuales permitidas por Decreto N° 3896/12, reglamentario del Estatuto de la Carrera Sanitaria para el Personal de la Salud Pública, aprobado por Ley 7678”. Otro dato relevante, señala que “las intervenciones por abortos incompletos (que incluyen los espontáneos y los provocados), realizadas por el Programa Tocoginecología, ascienden a 769, lo que representa el 34,86% del total de las cirugías del sector (2.206)” (Auditoría General de la Provincia de Salta, 2012).

En el próximo apartado observaremos cómo esta priorización sobre la infancia en el contexto sanitario se relaciona también con el proceso de institucionalización de los derechos del niño (Llobet, 2011) en el contexto argentino.

4.2. Los niños primero.

Las intervenciones del PROAPS se concentran en mujeres embarazadas y personas menores de seis años. Si bien la focalización en la salud materno-infantil encuentra su continuidad con una multiplicidad de programas que se han realizado en el contexto argentino desde principios de siglo XX, en el caso de esta estrategia de salud pública, debe ser considerada contemplando factores políticos e históricos.

Desde la década de 1930, se dieron en el contexto argentino políticas sanitarias dirigidas hacia la población materno-infantil con una fuerte mirada maternalista y pronatalista¹³³ (Hirsch y Lorenzetti, 2016). Con estas políticas se inició un proceso –aún vigente- que procuró la medicalización de la salud-materno infantil, que enfatizaba prácticas de crianza adecuadas, así como también deslegitimaba aquellas que se entendía desde la mirada médica como inadecuadas (Colangelo, 2010; Nari, 2004).

Cuando los gobiernos provinciales, como el salteño, adhirieron a los postulados de Alma Ata, elaboraron sus propios programas de Atención Primaria de la Salud. Esto ocurrió en 1979, justo cuando los países centrales comenzaron a discutir “la inviabilidad política de la mirada integral de la atención primaria de la salud” (Ase y Burajovich, 2009, p. 322). Dichos estudios expresaban que la aplicación de APS resultaba muy costosa, sobre todo en el objetivo de realizar una cobertura del 100% de la población. Frente a estas discusiones, la propuesta para reducir los costos de las intervenciones consistió en una atención primaria selectiva¹³⁴, que priorizara la prevalencia, el grado de morbilidad o incapacidad, la tasa de mortalidad, la viabilidad y eficacia de las medidas de lucha, y los costos de la intervención (Ase y Burajovich, 2009). De este modo, la focalización en la población materno-infantil comenzó a comprenderse como la vía adecuada “para garantizar la eficiencia en el gasto y la equidad en la asignación en los recursos” (ibidem, p. 35). En este marco, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

¹³³ “En 1937 se creó el Plan Nacional Materno Infantil, cuyo objetivo consistió en lograr la disminución de la mortalidad materna e infantil en todas sus manifestaciones, la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de cinco años, el control de la salud de las mujeres en edad fértil, la promoción de lactancia materna y el fomento de la atención institucional del parto (Acuña y Chudnovsky, 2002 en Hirsch y Lorenzetti, 2016, p. 32)

¹³⁴ Testa (1988) advirtió sobre las dificultades en América Latina, en contextos de ajuste y ante los impedimentos políticos y económicos para instrumentar la APS, denominándola “Atención Precaria de la Salud”.

(UNICEF) propuso la metodología GOFFI¹³⁵ para atención primaria, dirigido especialmente a niños y mujeres embarazadas, en la que propone la utilización a gran escala de gráficos para monitorear el crecimiento de niños, la disponibilidad de sales de hidratación oral, el fomento de la lactancia materna, los suplementos alimentarios y la planificación familiar (UNICEF, 1983).

Esta focalización sobre la salud infantil se articuló con la Declaración de los Derechos del Niño en 1989. De este modo, la vulnerabilidad fisiológica de la infancia humana, encuentra su correlato en el derecho internacional, a través de dicha declaración. El gobierno argentino adhirió, en 1990, mediante la Ley N° 23.849, incorporándola luego con status constitucional en la reforma de 1994, y una década más tarde a través de la ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, que inauguró el amplio conjunto de políticas públicas que buscaron “garantizar el interés superior del niño” (Llobet, 2011).

De este modo, la *APS salteña* o el PROAPS, posee un carácter paradójico. Aunque su definición ideológica promueve la “salud para todos”, las personas deben tener ciertos atributos de vulnerabilidad para poder entrar al sistema de salud por la puerta de APS. La focalización en la vulnerabilidad se fundamenta en términos jurídicos en las declaraciones de derechos especiales: los Derechos del Niño y los Derechos de los Pueblos Indígenas¹³⁶. Lorenzetti (2007, 2008, 2012) ha analizado cómo los programas de salud intercultural, “alegando la voluntad de proporcionar una atención más ajustada a las necesidades de los grupos más desfavorecidos”, han reducido sus intervenciones a “la gestión de los recursos sanitarios mediante la construcción de grupos de riesgo” (Lorenzetti, 2012, p. 69). La adopción de este enfoque de riesgo (Ayres, 1997), fragmenta la exposición a situaciones perjudiciales para la salud en comportamientos individuales,

¹³⁵ “G. Growthmonitoring: utilización a gran escala de gráficos de crecimiento para vigilar el desarrollo de los niños. O. Oral rehydration: disponibilidad amplia de sales de rehidratación oral. B. Breast-feeding: fomento de la lactancia natural. I. Immunization: inmunización de todos los niños contra el sarampión, difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis y poliomielitis. F. Foodsupplements: suplementos alimentarios para mujeres embarazadas y niños de corta edad. F. Familyspacing: planificación de la familia, énfasis en el espaciamiento de los embarazos. La sigla GOFFI constituyó entonces un programa elaborado con el único objetivo de hacer frente a los problemas más urgentes relacionados con altas tasas de mortalidad” (Ase y Burijovich, 2009, p. 34).

¹³⁶ Estas similitudes entre las representaciones de “el niño” y “lo indígena”, se remontan a fines de siglo XIX a través de las teorías evolucionistas que comprendieron a las poblaciones indígenas como una etapa inicial de la civilización (Szulc, 2006). A la luz de los estudios de la gobernabilidad neoliberal (Rose, 1997; Gordon, 1991) podemos observar cómo se han articulado las figuras legales de “niño” e “indígena” en la ciudadanía argentina (Leavy, 2015°). Respecto a la declaración de derechos especiales indígenas, Danigno (2004) sostiene que se da una confluencia perversa entre las demandas de derechos de autonomía y participación por parte de los pueblos indígenas y lo que Rose (2003) llama redefinición neoliberal de los ciudadanos, como actores con responsabilidad, autonomía y libertad.

fundamentando un modelo de gestión que distribuye de modo focalizado los recursos, “mediante un cálculo de paquetes y planes de atención básica” (Lorenzetti, 2013, p. 68). De este modo, los derechos especiales de los pueblos indígenas, se tradujeron en la implementación de una serie de programas sanitarios compensatorios y/o de emergencia a través del PROAPS, que no incidieron sobre los determinantes políticos-económicos-sociales de su estado de salud.¹³⁷

Recuperando el valioso trabajo de Lorenzetti (2010), señalamos el rol preponderante que posee la variable etaria, pues aunque las intervenciones del PROAPS proclaman garantizar los derechos especiales de los pueblos indígenas, ante todo buscan garantizar los derechos de los niños indígenas, focalizando la atención hacia los menores de cinco años. Esta priorización, tiene su correlato en las moralidades del ámbito sanitario, donde como anticipamos, los niños emergen como los sujetos más legítimos de ser atendidos, al ser considerados como quienes están “más en riesgo” de los sectores de salud. No obstante, esta focalización sanitaria en los cuerpos infantiles no se traduce en términos interculturales. Es decir, no hay una consideración de los diversos modos en que los pueblos indígenas realizan la crianza de sus hijos. Las escasas publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF (2010, 2012, 2014) encontradas, consisten en traducciones a idiomas indígenas –mbya guaraní, wichí, toba- de conceptos de la medicina pediátrica occidental.¹³⁸ Estas cuestiones dan cuenta del carácter universal y naturalizado que asigna la biomedicina a la infancia, que a través de la fundamentación en el sustrato biológico natural, promueve determinadas pautas de crianza y valores sobre la niñez.

En los próximos apartados analizaremos entonces, cómo la detección de las poblaciones más vulnerables se articula con la diferencia indígena y la desigualdad etaria en los modos en que los agentes sanitarios organizan su atención sanitaria.

4.3. La atención sanitaria en terreno: la focalización en “los riesgos”.

¹³⁷ Lorenzetti (2007, 2008, 2010, 2012, 2015) analiza más específicamente –pero no exclusivamente- dos iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación en el departamento de Tartagal: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) y el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios.

¹³⁸ En los documentos de los programas que han “activado” la Salvaguarda Indígena, que consiste en una política operacional del Banco Mundial -O.P 4.10- que promueve adecuaciones culturales de los programas de salud para lograr el acceso de los pueblos indígenas al sistema de salud pública, se encuentran el Plan Nacer +Sumar, el Programa de Funciones Especiales en Salud Pública II (FESP 2) y el Programa Médicos Comunitarios. En sus documentos y gacetillas hemos traducido al idiomas wichí, toba, kolla y guaraní de las tablas de desarrollo y crecimiento de la Sociedad Argentina de Pediatría (Ministerio de Salud, 2010, 2012, 2014; Larguía et al., 2012).

Volviendo al campo, recordemos que los tres sectores donde realizamos el abordaje etnográfico pertenecían a una misma *área operativa*. No obstante, los niños y niñas que habitaban estas áreas eran destinatarios de distintos programas del PROAPS. Estas divergencias tenían que ver, por un lado, con los enclaves territoriales del PROAPS en cada sector y, por otro lado, con el nivel de *riesgo sanitario* de cada familia.

En relación a los factores geográficos, señalamos que los menores de seis años que vivían toda la semana en la comunidad Arcoiris no se encontraban en la órbita de acciones de APS, por lo tanto, no recibían atención domiciliaria en las viviendas de la comunidad, sino que realizaban controles pediátricos en el *establecimiento base*. El *puesto sanitario* del 26 contaba con una enfermera que cumplía un horario de ocho horas de lunes a viernes, un médico clínico generalista y un pediatra que cumplían un horario de dos horas por semana, una odontóloga y una ginecóloga que iban cada quince días. Por su parte, Fortaleza tenía un *puesto sanitario* dentro del barrio, donde existía atención médica programada y tres agentes sanitarios que se repartían la cobertura de las viviendas, y como *establecimiento de referencia*, el Hospital Dr. Vicente Arroyabe.

Los agentes sanitarios organizaban sus visitas domiciliarias desde los puestos sanitarios. A continuación confeccionamos un cuadro con los datos provistos por agentes sanitarios del 26 y Fortaleza.¹³⁹ Cada agente sanitario, tenía a su cargo un sector de salud formado por una determinada cantidad de familias, las cuales eran *censadas* y clasificadas en vistas de organizar la cobertura sanitaria.

| | Agentes Sanitario/as | Casas Asignadas | Familias Asignadas | Menores de 15 años |
|--------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| APS Fortaleza | Felisa | 97 | 111 | 224 |
| | Lucrecia | 89 | 105 | 214 |
| | Ricardo | 102 | 124 | 231 |
| APS El 26 | Cristina | 83 | 97 | 210 |
| | Pedro | 86 | 90 | 187 |
| | Rogelio | 89 | 102 | 174 |
| Total | | 546 | 629 | 1240 |

En las planillas de APS consultadas, no figuraban los datos de la población total del área, sino los datos de las familias que recibían en ese período la atención de

¹³⁹ Los datos se construyeron a partir de la lectura y el análisis de planillas provistas por agentes sanitarios llamadas “Resumen Sector de Trabajo” en septiembre de 2015. Es importante señalar que el cuadro señala información poblacional que excede a nuestra muestra.

PROAPS. La categoría *Casa Asignada* era utilizada por los agentes sanitarios en sus formularios para referirse a las viviendas, mientras *Familia Asignada* lo utilizaban para denominar a las familias nucleares. Es importante señalar que no toda la población del sector de salud era *asignada* para recibir atención sanitaria. Sólo quienes estaban expuestos a una determinada cantidad de factores de riesgo sistematizados en el Formulario N°1, que apuntaba a medir y *censar* las condiciones de vida de los pacientes sobre la base de doce factores que sistematizaban la *exposición a riesgos a la salud*:

- 1- “Grupo integrado por menores de 6 años”
- 2- “Desempleo y/o ingreso económico inestable (trabajo irregular, jornalero)”;
- 3- “Ausencia de Padre o Madre (Padre o Madre soltero/a- Viudo/a)”;
- 4- “Carencia de Obra Social”;
- 5- “Enfermedades crónicas en la familia”;
- 6- “Enfermedades Sociales”;
- 7- “Niños menores de 6 años con déficit nutricional”;
- 8- “Embarazada”;
- 9- “Tratamiento Inadecuado de Agua, Residuos”;
- 10- “Analfabetismo de la persona a cargo de los menores”;
- 11- “Mortalidad Infantil/ Materna”;
- 12- “Recién nacido/Puérpera” (Formulario N°1-2012).

Siguiendo a Breihl (2011), podemos observar cómo los diversos factores interpretan situaciones de la realidad perjudiciales para la salud, “fragmentándolas, con la idea de poder ser manejados y/o evitados” (2011:31). Al respecto, Lorenzetti (2008) sostiene que, los factores así definidos aparecen como “determinantes del ‘estado de salud’ de las familias en cuestión, tornándose ‘datos’ sobre los cuales el agente debe actuar” (2008, p. 11). Si consideramos las características del ambiente y las condiciones habitacionales de gran parte de los sujetos que vivían en los sectores donde realizamos el abordaje etnográfico, podemos decir que la mayoría de ellos estaban expuestos a una constelación de riesgos sanitarios. No obstante, los agentes debían visitar cada familia e identificar con una cruz la cantidad de riesgos que la misma presenta.

La tarea de marcar cada familia con una cruz, permitía a los agentes clasificar a la población de su sector de salud en un *continuum* que va desde el “alto riesgo” –mayor cantidad de cruces- al riesgo leve, representado por una menor cantidad de cruces. Según Lorenzetti (2008) la “cantidad de ‘cruces’ acumuladas va determinando el acercamiento o alejamiento de lo ‘normal’” (ibídem, p. 12). En este sentido, el trabajo de clasificación de la población del sector de salud implica un:

“...proceso de normalización estructurado a partir de los dispositivos de seguridad, en tanto a través de la implementación del sistema de cruces lo que hay es un señalamiento de diferentes curvas de normalidad y la operación de normalización consistirá en hacer interactuar diferentes atribuciones de normalidad y procurar que las más desfavorables se asimilen a las más favorables. Se parte de lo normal, y para hacerlo se toman en cuenta ciertas distribuciones que se consideran más favorables. Esas distribuciones son las que sirven de norma: ‘la norma es el juego de las normalidades diferenciales’” (Foucault, 2006 en Lorenzetti, 2008, p. 12)

La cantidad de cruces –riesgos- definía en cada familia “la cantidad y periodización de las visitas que cada familia tendrá por ‘ronda sanitaria’, el carácter de las mismas, la ‘ayuda’ que recibirá cada familia y los programas sociales que los agentes tratarán de ‘acercar’” (ídem). Se supone entonces que las familias de “alto riesgo” recibían una visita por mes, las familias de “riesgo moderado” cada mes y medio, mientras aquellas familias que por la menor cantidad de *cruces* se acercaban a cierta “normalidad”, recibían visitas cada tres meses¹⁴⁰. En las familias de “alto riesgo” los agentes sanitarios focalizaban los controles de los más pequeños y las charlas de promoción de la salud.

La salud pasa entonces a comprenderse como algo que se autogestiona, que tiene más que ver con comportamientos individuales, que con condiciones materiales de existencia. En este sentido, Breihl (2011) sostiene que se construye una interpretación probabilística, que reifica procesos sociales en factores de riesgo con el objetivo de “llevarlos hacia el terreno de la probabilidad de sucesos manejables” (2011, p. 32). Es decir, se enfatiza la idea de que estos factores deben ser controlados por la población paciente para alcanzar la salud. En este sentido, las tareas de los agentes, apuntaban a prescribir pautas de planificación de la vida y conducta personal “correctas” para que las personas que viven en contextos de pobreza estructural “puedan arreglárselas como sujetos autosuficientes y autónomos” (Lorenzetti, 2011, p. 8).

Ahora bien, en el campo de la salud infantil, no eran los niños responsabilizados por sus “conductas de riesgo”, sino sus padres. En este sentido, la detección de riesgos en el sector de salud, que constituía la tarea central de los agentes sanitarios para el personal médico, estaba mediatizada por diversos factores, entre ellos, las representaciones

¹⁴⁰ Siempre y cuando en estas familias estuviesen integradas por menores de seis años, pues recordemos que las acciones del PROAPS se focalizan sobre dicha franja etaria. En este sentido, si una vivienda estaba habitada únicamente por adultos varones, éstos sólo recibían visitas domiciliarias por acciones específicas, como por ejemplo la campaña de prevención de dengue.

hegemónicas sobre familia, maternidad y alteridad que cada agente sanitario poseía sobre la familia del niño. Observaremos entonces a continuación, diversas instancias de formación donde estos agentes son instruidos en cómo atender a la salud de los más necesitados.

4.3.1. Aprendiendo a “palotear”.

En un aula se encuentran aproximadamente cuarenta agentes sanitarios, todos ellos sentados en bancos individuales y algunos en mesas. Algunos están llenando formularios, usando su celular como calculadora. Otros están cebando mate. Al frente del alumnado de agentes sanitarios están parados el supervisor de área de APS, una pediatra con un cargo directivo en la administración hospitalaria, un médico pediatra –que es su marido-, junto con una nutricionista y otra pediatra. El hombre de ambo blanco y las mujeres de ambo rosa. La pediatra con cargo directivo tiene zapatos de taco alto, mientras las otras dos médicas tienen calzado bajo de suela de goma. Todos los agentes sanitarios de ambo celeste. Hay un proyector que ilumina un pizarrón cubierto con una tela blanca. La primera filmina dice “Jornadas Pre-ronda APS. La importancia de la Atención Primaria para el trabajo en equipo”. La pediatra de tacos altos va a dar una clase. Comienza su charla diciendo buen día agentes, vamos a comenzar preguntándonos, *¿qué es la prevención primaria?* Nadie responde. Algunos se miran riéndose, otros miran concentrados al pizarrón/pantalla, otros continúan haciendo cuentas y llenando formularios. La pediatra insiste: *Vamos agentes ¿Qué pasa, están dormidos?, ¿qué quiere decir la prevención primaria? Vamos agentes, ¿es lo que ustedes hacen todos los días!*” (Situación de campo, septiembre 2012).

El año laboral de los agentes sanitarios se organiza en *rondas sanitarias* y *pre-rondas*. Las pre-rondas se realizaban cada tres meses y consistían en encuentros donde los agentes sanitarios de una misma subárea operativa se reunían a sistematizar los datos recolectados en el formulario 1 y pasarlos al formulario 2. Los agentes llaman a esta actividad “paloteo”, porque cuentan los riesgos con palos, de a unidades de a cinco que forman cuadrados con una línea diagonal en el medio. Mediante el *paloteo* se establecía el *estado de salud* de un sector, es decir, la cantidad de riesgos de sus integrantes.

Además del *paloteo*, la pre-ronda era el espacio para la formación y capacitación del trabajo de los agentes sanitarios. Esta formación estaba a cargo de médicos de los establecimientos base, que daban charlas sobre diversos temas, incluyendo tanto información sobre enfermedades –como tuberculosis o dengue- como instrucciones sobre cómo los agentes debían manejarse en el campo. Las pre-rondas eran también un espacio

de encuentro e intercambio entre agentes y donde se estructuraba la relación médico-agente sanitario. Los médicos ocupaban el lugar de maestros, mientras los agentes sanitarios eran los alumnos que debían aprender. Así, la relación médico-agente poseía un carácter jerárquico: los médicos tenían cargos de mayor poder, además del conocimiento para diagnosticar y recetar observando el cuerpo de los pacientes. Por su parte, los agentes eran los únicos que conocían el territorio y las familias, y observaban sus condiciones de vida. La prevención primaria consistía en fomentar los hábitos saludables y señalar los hábitos inadecuados. Aunque en los contextos rurales, tanto médicos como agentes sabían que ciertos riesgos no podían evitarse:

“Pediatra:-en la prevención primaria, es importante que les digan a las familias que eviten el consumo de alcohol, de tabaco y de drogas que son factores de riesgos y además, sobre todo los que trabajan en zonas rurales y también... ojo con la exposición a plaguicidas. Nosotros hemos hecho estudios y encontramos un 15% de niños con malformaciones congénitas, sobre todo en la zona de las fincas. Es importante que digan a las embarazadas que no salgan de sus casas cuando hay avionetas fumigando, que deben protegerse. Ustedes deben tener en claro que los plaguicidas no son factores de riesgo, sino que son causa de malformaciones congénitas, por lo tanto hay que evitar la exposición....

Un agente sanitario levanta la mano. La pediatra detiene su exposición y lo mira,

Pediatra:-si agente, ¿qué quiere preguntar?

Agente 1: -Doctora yo la entiendo, pero en las fincas es muy difícil pedir que no estén expuestos, hay hombres y mujeres que trabajan de fumigar.

Pediatra: -Si agente yo lo entiendo, este es un tema difícil. Las leyes que hay apelan a la conciencia del finquero y ya sabemos que eso es difícil. Lo ideal sería que la embarazadita no viva en una finca, pero eso no lo podemos controlar. Pero siempre hay algo que se puede hacer. Por ejemplo, si en la familia vive un fumigador, el hombre debe llegar a la casa y sacarse la ropa, porque si él estuvo fumigando, tiene veneno en todo su cuerpo. Lo ideal sería que UATRE –Unidad Argentina de Trabajadores Rurales y Estibadores- exija que no se fumigue más, pero sabemos que no va a suceder.

Agente 2:-Y cuando fumigamos para el dengue ¿hace daño a las embarazadas?

Pediatra:- No, agente, ahí están aplicando repelente para las larvas de mosquitos, no plaguicidas”. (Pre-ronda, septiembre 2013)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la *prevención primaria* constituye un conjunto de “acciones orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 2005). La pediatra identifica el consumo de

alcohol, tabaco y drogas como conductas de riesgo, que pueden evitarse, y así se lograría prevenir enfermedades. Estas conductas se incluyen como factor de riesgo llamado “enfermedades sociales” ubicado en el Formulario N°1. Resulta interesante, pero excede a los objetivos del capítulo, analizar qué entiende el personal de salud por “drogas”, y qué medidas concretas pueden tomar los agentes para evitar su consumo. Ahora bien, ¿por qué estos consumos sí tomado como riesgos para la salud mientras la *exposición a plaguicidas* no?, ¿por qué la *doctora maestra* enfatiza que la *exposición a plaguicidas* no es un riesgo sino una causa de enfermedades?

Según Breihl (2011), la idea de riesgo sanitario de la epidemiología clásica busca comprender aquello que es perjudicial para la salud de modo individual y controlable. En este sentido, observamos que los *factores de riesgo* del PROAPS son percibidos por los agentes sanitarios y el personal de salud, como cuestiones sobre las que “se puede incidir”. Así pues, sobre aquello que “no se puede controlar”, como la conexión a redes de agua potable y cloacas, y/o la exposición a plaguicidas, no se presta tanta atención. En este marco, se insiste sobre lo conductual de los pacientes porque se perciben como cuestiones sobre las que los agentes sanitarios sí pueden incidir.

Excede a los objetivos del capítulo profundizar sobre la problemática de los plaguicidas. No obstante, nos interesa señalar que las “*drogas*” y las “*fumigaciones*” eran para ciertos integrantes del personal de sanitario categorías difusas, que incluían peligros para la salud, pero no se sabía con certeza a qué tipo de sustancias se referían, cuál era el riesgo sanitario implicada en ellas y qué medidas tomar para la reducción de sus daños.¹⁴¹ Así pues, en la pregunta del agente, observamos que no se distingue la acción de *fumigar* del *plaguicida*, que es el modo en que se aluden desde el sentido común a sustancias químicas tóxicas utilizados en la agricultura para matar insectos, malezas y hongos que afecten a la producción agrícola¹⁴².

Durante el trabajo de campo en El 26, varias veces acompañé a los agentes sanitarios por fincas mientras nos sobrevolaban avionetas que fumigaban cultivos. En este sentido, la escuela cercana al paraje, estaba completamente expuesta a la fumigación, y tanto los docentes como los alumnos vivían con alergia, que es un efecto asociado a la

¹⁴¹ En una oportunidad caminaba con un agente sanitario por un barrio del centro de Orán, y vimos un grupo de adolescentes sentados en una esquina fumando tabaco. El agente los miró y me dijo “ahí están, fumando nafta, marihuana, lo que sea para salir a robar”(3/6/2013).

¹⁴² Se los denomina plaguicidas porque están elaborados para destruir determinados seres vivos conocidos como plagas, pero, mucho de estos al no ser selectivos (específicos) en su aplicación o funcionamiento, pueden afectar a otros seres vivos e incluso la salud de los seres humanos (Berardi, et al, 2015).

exposición crónica a plaguicidas¹⁴³ (Bernardi *et. al*, 2015). Sin embargo, los agentes sanitarios y los médicos de APS de esta *subárea* nunca se refirieron a esta problemática durante el trabajo de campo, como sí lo observamos en la pre-ronda de la subárea de Fortaleza.

En otra oportunidad, la pediatra que daba la clase de la pre-ronda, me contó que junto con su marido –también pediatra– habían elaborado un artículo sobre malformaciones en niños cuyas madres vivieron el embarazo en las fincas. Tal como le expresó a los agentes sanitarios, también me dijo “*el cambio lo tiene que hacer la patronal y es muy difícil que lo hagan, no van a dejar de fumigar*” (E12, 7/9/2013). En estas cuestiones, observamos las condiciones estructurales del riesgo (Menéndez, 1995) que se vinculan con la concentración de la tierra en manos del empresariado agrícola, y que se expresa en el arrinconamiento de las poblaciones rurales y su exposición a plaguicidas. A pesar de que varios agentes sanitarios y médicos compartían su preocupación por estas cuestiones, la perspectiva del PROAPS sobre “lo ambiental”, presentaba limitaciones para considerar aquello que ocurría “por fuera” del espacio doméstico.

4.3.2. Las “hormiguitas” de la salud.

Advertir la emergencia de enfermedades y padecimientos en la primera infancia implicaba realizar periódicamente controles a “poblaciones sanas” (OMS, 2010). De ahí que la actividad principal de los agentes sanitarios fuera desarrollar el “control del niño sano” – sistematizada en parte en la metodología GOFFI-, que consistía en la realización de controles antropométricos de los niños del sector de salud. Así, la pediatra que daba la charla tenía de fondo en la pantalla/pizarrón:

“¿Qué debe hacer el agente sanitario?”

5) Preguntar

Observar -> ojos, boca, lengua, respiración. Factores de riesgo !!

1-Ambiente

¹⁴³ En algunas provincias de Argentina existe un intenso activismo para frenar las fumigaciones cercanas a escuelas rurales, señalando sus efectos nocivos sobre los niños. Ver <http://escuelasfumigadas.blogspot.com.ar>. Consultado el 6/7/2017. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en el año 1993, ya postulaba que los síntomas de exposición a plaguicidas podían adoptar la forma de sensación general de enfermedad, debilidad, irritación de la piel, lagrimeo, ardor o picazón de ojos, náuseas, vómitos, dolor abdominal, alergia, diarrea, cefalea y alteraciones del comportamiento, entre otros (Bernardi et al, 2015).

2-Familia- (atención a baja comprensión/madre adolescente)

6) **Explore:** Elasticidad de la piel, pulso y llenado capilar”

Con la pantalla de fondo, la pediatra continuaba su explicación diciendo a los agentes:

“...en relación al ambiente, ustedes deben observar cómo está ordenada la casa, cómo mantienen el saneamiento ambiental, si ven que es una casa muy desordenada y sucia, prendan la alerta...ustedes son los captadores y salvadores de vida, son las hormiguitas de la salud que deben caminar, meterse en las casas y detectar los casos de riesgo. Escuchen a las mamis pero no se confíen en lo que dicen, ustedes han visto dónde trabajan, hay muchas mamis muy changuitas¹⁴⁴, que no comprenden, que no cuidan bien a sus hijos, ellas pueden no decir la verdad sobre lo que les pasa. A veces ellas usan mucho té de yuyos, ponen en la mamadera té que no hacen bien a los niños....nosotros nos cansamos de decir que los remedios caseros no sirven...pero la clínica es soberana, esto quiere decir que deben mirar al nene y a la madre, deben mirar, mirar el cuellito, si está arrugadito, mirar los ojos del niño y no siempre escuchar lo que dice la madre porque ella puede engañar.” (Charla Pre-Ronda, pediatra a cargo de área de APS, 3/9/2012).

Si bien lo que más importaba era la salud de los niños, el *ojo clínico* no sólo debía estar situado en los síntomas infantiles, sino también en lo que hacían las madres. Mientras la figura masculina era omitida, las madres eran las principales responsables del estado de salud de los niños. Por su parte, los agentes eran los *captadores* de los síntomas que las madres no sabían advertir y debían ser *salvadores* de las vidas de los niños. Esta mirada de las madres se articulaba con una concepción del ambiente limitada al espacio doméstico, cuyo saneamiento y mantenimiento era completa responsabilidad de las madres.

Entender al ambiente como sinónimo de lo doméstico, resultaba poco eficaz para los contextos rurales, donde la vida cotidiana se desarrollaba más fuera que dentro de los hogares, como hemos podido mencionar en el capítulo anterior. No obstante, en estas charlas de *pre-ronda*, podemos observar cómo la idea urbana de hogar y vida familiar nuclear se mantiene como un horizonte de normalidad para la práctica médica. Las madres constituían un sinónimo de “la familia”, omitiendo la responsabilidad de los padres y de otros familiares en las tareas reproductivas e incluso el modo en que se componen las familias en estos sectores, que en su mayoría son extensas.

¹⁴⁴ Niñas.

Es importante también detenernos en el modo en que se estructuraban las relaciones entre el personal de salud según cada contexto. En el ámbito hospitalario, los médicos se ubicaban en una posición superior frente a los agentes, mientras que en las pre-rondas, los médicos intentaban fortalecer la formación de los agentes, impartiendo charlas con formato de congreso médico, con instrucciones sobre cómo diagnosticar padecimientos infantiles tales como la diarrea y/o la deshidratación. Por otro lado, mientras los agentes vivían en el sector de salud en el que trabajaban, los médicos provenían de los centros urbanos de la provincia y a veces compartían lazos familiares con funcionarios locales.

Ahora bien, las *hormiguitas de la salud*, eran responsables de detectar los casos de riesgo en territorio. Así, la posición que los médicos ocupaban en el ámbito hospitalario, como “portadores de saberes legitimados”, era replicada por los agentes en las visitas domiciliarias. Al visitar las casas y conocer las familias, ellos eran además los responsables de las derivaciones a los establecimientos bases. “Salvar vidas” se articulaba entonces con “captar riesgos”. He aquí uno de los puntos más conflictivos del trabajo de APS: aún cuando los agentes no tenían formación profesional médica, ellos debían cumplir el rol de ser *captadores* de riesgo y *salvadores* de vidas en terreno. Así, cada vez que llegaba al hospital un caso de riesgo que no había sido captado y reportado por los agentes sanitarios, era traducido por el personal médico como negligencia de los efectores de la APS.

Así, la *clínica soberana*, a la que refiere la *maestra-pediatra*, lejos está de constituir una observación situada únicamente en el plano orgánico del cuerpo infantil. Además de mirar *el cuellito y los ojos* de los niños, la médica pediatra explicó a los agentes que ellos deben prestar especial atención al comportamiento de la madre, a quien se debe escuchar bajo sospecha. La mirada del *ojo clínico* estaba sujeta a lo que cada agente interpretaba del comportamiento de las madres. En este sentido, el *ojo clínico* se fundamentaba en ciertas expectativas de familia que definían modos adecuados de crianza. Una madre joven que no tenía bien limpia su casa era entonces motivo de sospecha. A las madres se les debía *mirar* más que *escuchar*. Tenía más legitimidad la *clínica* entendida como la observación “sospechosa” de los síntomas de los pacientes, que la escucha de las sensaciones de los pacientes, o de las sensaciones y/o expresiones de las madres sobre sus hijos.

De este modo, la formación de los agentes sanitarios, se fundamentaba en una “hermenéutica de la sospecha” que desautorizaba la perspectiva de las madres, y que las

ubicaba en una doble evaluación, por su posición de subalteridad respecto a la “civilización urbana, masculina, blanca, adulta y occidental” (Scheperd-Hughes y Sargent, 1998, p. 14). Ahora bien, la cuestión de la adultez, no ubicaba a estas mujeres precisamente en una posición de privilegio, ya que en el ámbito sanitario los niños eran destacados como víctimas inocentes del incorrecto desempeño materno. Según Fassin, el valor moral asignado a los niños en los programas sanitarios resulta problemático, ya que “salvar niños, a fin de cuentas, pone en riesgo a sus madres” (2016, p. 246). En este sentido, cuando los niños son entendidos como sujetos prioritarios de atención, se produce una “representación estigmatizante de otras categorías de enfermos [...] y la justificación del abandono relativo de la salud de las madres, a riesgo de comprometer la evolución futura de su afección” (Fassin 2016, p. 246).

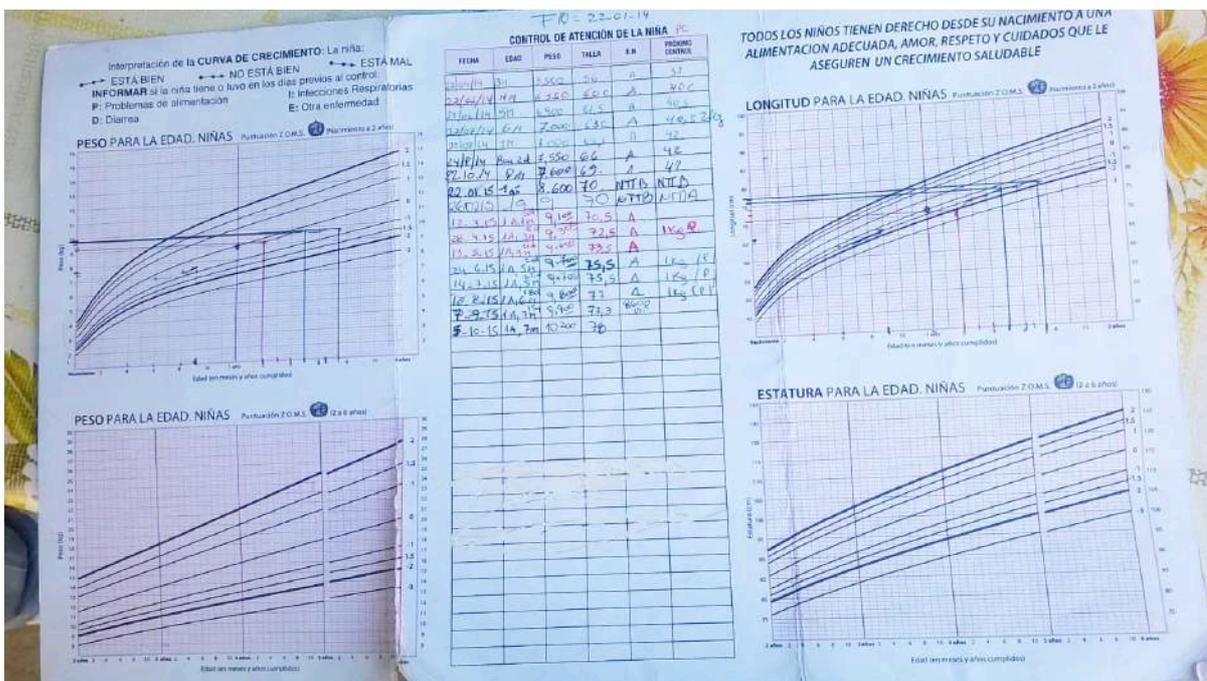
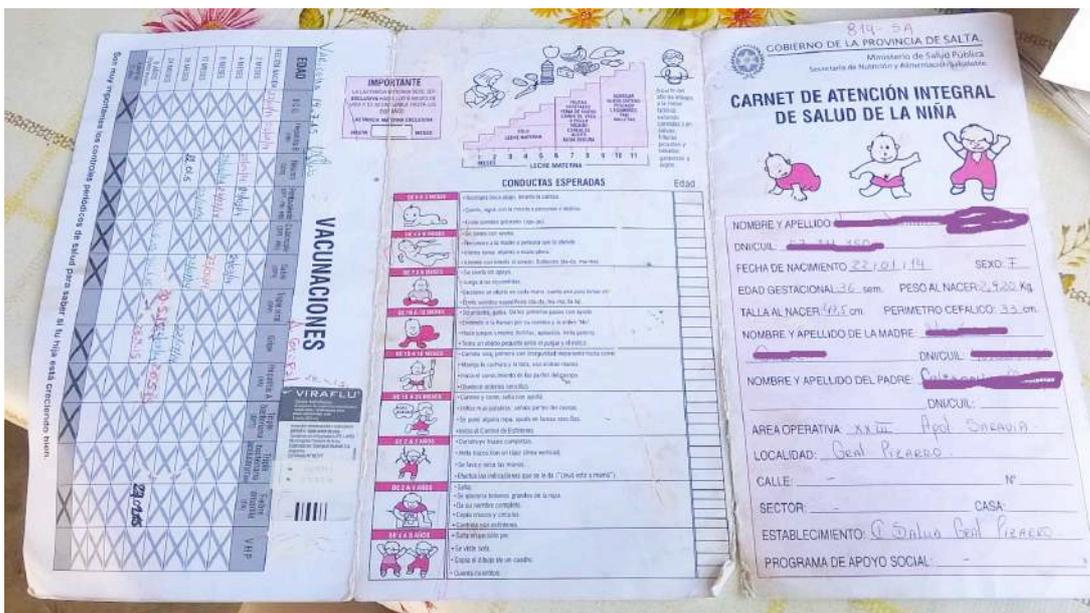
A continuación observaremos desde la perspectiva etnográfica cómo la variable étnica, se articulaba con la priorización del colectivo infantil. A partir de situaciones en las que se realizaba el control del niño sano, donde las construcciones sobre la desigualdad social, étnica y de género, permeaban los modos de comprender el riesgo.

4.4. Alteridades en riesgo en el *control del niño sano*.

Los niños nacidos en la provincia de Salta, recibían un carnet sanitario—rosa si era mujer y celeste si era varón— y el Documento Nacional de Identidad (DNI), que debían tramitar sus padres. El carnet sanitario registraba las acciones que configuraban el *control del niño sano*. De un lado figuraban los datos fundamentales de su estado de salud al momento de nacer —talla, peso, perímetro encefálico— y en el otro, se encontraba el registro de las vacunas que debía recibir¹⁴⁵ y un listado de conductas esperables que los pacientes debían cumplir para ser un “niño sano”.

¹⁴⁵ El Plan Nacional de Vacunación posee 18 vacunas, de las cuales 15 de ellas tenían carácter obligatorio en 2015. Ellas son: 1-BCG: Tuberculosis (formas invasivas); 2. HB: Hepatitis B; 3. Neumococo Conjugada; 4. DPT-HB-Hib (Pentavalente): Difteria, Tétanos, Pertussis, Hepatitis B, Haemophilus influenzae b; 5. Rotavirus; 6. DPT-Hib (Cuádruple); 7. OPV (Sabin): Vacuna Poliomiélica oral; 8. SRP (Triple viral): Sarampión, Rubéola, Parotiditis; 9. Gripe ; 10. HA: Hepatitis A; 11. Varicela (incluida en 2013); 12.DPT (Triple bacteriana): Difteria, Tétanos, Pertussis; 13. dTap (triple Bacteriana Acelular): Difteria, Tétanos, Pertussis (con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir la morbimortalidad por coqueluche en niños menores de 6 meses en Argentina se ha implementado la vacunación de la embarazada a partir de la semana 20 de gestación con 1 dosis de dTap y la vacunación de la puerpera con niños menores de 6 meses que no hay sido vacunada previamente con dTap y la vacunación de convivientes de RN prematuros de menos de 1500 grs, hasta los 6 meses de edad);14. dT (Doble Bacteriana): Difteria, Tétanos. 15. VPH: Virus Papiloma Virus (incluida en 2015); 16. SR (Doble viral): Sarampión, Rubéola; 17. FA: Fiebre Amarilla (residentes o viajeros a zonas de riesgo); 18. FHA: Fiebre Hemorrágica Argentina (residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo) (Sociedad Argentina de Pediatría, 2015).

Frente carnet de salud de mujer (abajo). (PL, Octubre 2015)



el control del niño sano en su domicilio o en el centro de salud más cercano, el día en que los agentes sanitarios avisaban que estarían allí pesando y midiendo. Cada agente sanitario llevaba registro en sus formularios sobre la información de cada carnet sanitario. Estos controles eran un deber de las familias, es decir, las madres, y un derecho de los niños y niñas, pues tal como dice en el carnet: *“Todos los niños tienen derecho desde su nacimiento a una alimentación adecuada, amor, respeto y cuidados que le aseguren un crecimiento saludable”*.

Felisa era agente sanitaria e integrante de la comunidad ava-guaraní de Fortaleza (ver capítulo 2, apartado 2.2.2). Su experiencia como parte del Plan Jefes y Jefas de Hogar durante la década de 1990 le permitió convertirse en agente sanitaria a principios de siglo XX. *“Yo elegí este trabajo porque me gusta atender a mis hermanos, pero cada día me resulta más difícil y cuesta llegar a fin de mes”* (EA22, 3/9/2013). Felisa, como tantos otros agentes, repartía sus tareas como agente sanitaria con la venta de comida en su propia casa. Tenía a su cargo 111 familias asignadas y 224 menores de 15 años. Ahora bien, su principal foco de atención estaba en los menores de seis años, que en septiembre de 2013 eran 33. *“Hay que organizarse siempre atendiendo mejor a los recién nacidos, cuanto más pequeños más riesgo hay”* (EA58) decía mientras llenaba formularios.

haber nacido). De ahí en adelante, se recomienda que las consultas se den en las siguientes edades (1 mes, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 años, 2 ½ años, 3 años, luego cada año, siempre y cuando no haya señales de enfermedad y/o déficit del crecimiento del niño” (OMS, 2010)



Agente sanitaria pesando niña en espacios comunes de fincas. (PL, octubre 2015)

En una ocasión, acompañé a Felisa en una jornada de su ronda sanitaria. Comenzamos caminando por las calles de Fortaleza buscando las familias de “*los niños en riesgo*”. Ella tenía su ambo celeste, y la mochila azul y roja con el escudo del Ministerio de Salud de la Provincia de Salta, donde guardaba dos carpetas gordas, llenas de formularios y planillas, junto con la regla de madera con la que medía talla y las varas de hierro de balanza de pilón (ver foto). Al observarla tan cargada le ofrecí llevar la regla y la estructura de hierro, pasando a ser una especie de ayudante de agente sanitario para los pacientes del barrio. Mientras caminábamos por el barrio, Felisa iba saludando y muchos niños corrían al interior de las casas, mientras algunos otros gritaban, “¡trae la vacuna!”. Si bien los controles de talla y peso se acostumbraban a hacer en el puesto sanitario, para ganar tiempo, a veces prefería ir a algunas casas a hacer control de peso cuando las iba “viendo en riesgo”:

“Cuando yo veo que son wichís, yo prefiero tenerlos más cortos, que vean que yo estoy más atenta, que los estoy mirando, porque ellos crían a los hijos como animalitos, ahí los dejan que se hagan solos, ellos son más vaguitos que nosotros (ava-guaraníes). Nosotros podemos ser más vagos que los kollas o los criollos, pero sabemos tener a nuestros hijos prolijitos, el hogar ordenado y limpio, en cambio los wichís no, y después siempre son esos bebés los que traen problemas...” (EA58,6/9/2013).

Felisa relataba entonces cómo ella utilizaba su “ojo clínico” en su sector de salud, siempre desconfiando un poco más de las familias *wichis*. Así, resulta importante observar la diversidad al interior de la diferencia indígena. Felisa era una activa militante de la comunidad, pero distinguía las costumbres de sus hermanos de las de los wichís. Su organigrama de alteridades sociales, se articulaba con las formaciones de alteridades provinciales salteñas (Lanusse y Lazzari, 2008). Desde su mirada, *el hogar ordenado, los hijos prolijos y limpios*, constituían signos de correcto saneamiento ambiental, de una familia que en el futuro *no traerá problemas*.

Si bien Lorenzetti (2007, 2008, 2010, 2012, 2015) realizó su abordaje etnográfico en Tartagal, en el departamento de San Martín, podemos establecer similitudes con las configuraciones interétnicas que encontró en relación a los riesgos sanitarios. Así, aunque los wichís compartían con otras comunidades indígenas las mismas problemáticas de salud, los mismos se posicionaban en el “esquema de alteridad como ‘los otros, otros’” (Lorenzetti, 2012, p. 74). Tanto en Tartagal como en Orán, las comunidades wichís eran observadas como las más problemáticas, tanto por agentes sanitarios criollos¹⁴⁷ como ava-guaraníes. Desde la óptica de estos agentes sanitarios, las familias wichís eran consideradas como “carentes de hábitos adecuados de salud” (ídem) y “hostiles” a los consejos de salud provistos por los agentes sanitarios.

Siguiendo a Mol (2008), podemos observar que las intervenciones del PROAPS se enmarcaban en una “lógica de la elección”, ya presentada en nuestra introducción, que definía un modo de concebir los cuerpos además de proveer una determinada moralidad. La misma asociaba “lo saludable”, lo *criollo*, lo *prolijo* y *ordenado*, junto con la laboriosidad, mientras lo “riesgoso” para la salud, estaba asociado con la *suciedad* y la cultura indígena –especialmente wichí- con su supuesta capacidad de *no hacer nada*. De este modo, se omiten los procesos históricos-políticos-sociales que llevaron a estas poblaciones indígenas a perder su capacidad de subsistencia y a vivir en condiciones de precariedad. La crianza y la supuesta incapacidad wichí para criar como humanos a su descendencia, también ocupa un rol central en la construcción de dicha moralidad¹⁴⁸.

¹⁴⁷ En la investigación de Lorenzetti (2012), una agente sanitaria criolla le decía sobre los ava-guaraníes: “la manera de vivir de los guaraníes es más civilizada, a lo criollo, como que ellos aspiran a ser más que los otros. Ellos quieren disimular, en su forma de hablar, quieren ser otra categoría de criollo en su manera de ser (...). Sus costumbres son más parecidas a las nuestras” (ídem, p. 74)

¹⁴⁸ En su labor como perito antropológico en la Comisión de Derechos Humanos de la Cámara de Diputados del Congreso Brasileño para presentar un argumento que clarificase a los parlamentarios sobre el supuesto “infanticidio indígena”, Segato (2013) sostiene que no hay modo más eficaz de subestimar a una minoría étnica, sea cual fuera su origen, que aludir a su irresponsabilidad para cuidar a

Es importante remarcar que Felisa trabajaba en un barrio donde se aplicaba el Plan Focalizado Aborígen, que implicaba especialmente la entrega de módulos alimentarios a miembros de comunidades indígenas, que explicaremos con mayor profundidad en el próximo capítulo. Por lo tanto, en este sector de salud, la problemática indígena estaba más presente que en El 26, donde no había intervenciones de dicho plan, aunque había población indígena. No obstante, allí había otro tipo de población de riesgo: las madres “golondrinas”.

4.4.1. Maternidades peligrosas.

“Siempre me gustó trabajar en territorio, yo conozco mucho cada finca, cada población de acá, porque trabajé muchos años poniendo antenas de DirecTV, por eso no tengo miedo de ser agente sanitario y meterme en cualquier lado” (EA 10/10/2014), me decía Pedro mientras hacía unos huevos revueltos –gracias a su cocina construida con una pequeña garrafa- en el puesto sanitario de El 26. Con sus treinta y dos años y su metro ochenta de altura, Pedro era el agente sanitario más alto y joven del PROAPS, que además acostumbraba a organizar comidas en el puesto sanitario una vez que había finalizado el recorrido matutino en su sector de salud. Este agente sanitario tenía una moto y eso le permitía tener sectores de salud más alejados del puesto sanitario y un amplio conocimiento de las diferentes fincas de la zona: *“hay fincas donde la situación es muy brava, podemos decirle a la gente que haga saneamiento, pero hay cosas que debe resolverlas el patrón”* (EA4, septiembre 2015). En las palabras del joven agente, podemos encontrar rasgos de una definición de salud que contempla sus determinantes sociales y políticos (Breihl, 2007). Pedro consideraba las condiciones laborales y de vivienda de sus pacientes como un obstáculo para que logren acceder a un estado saludable. Sin embargo, cuando conversábamos sobre los padecimientos infantiles, responsabilizaba a las madres, por cuidar inadecuadamente de sus hijos:

“acá hay mucha madre abandonica, porque aquí vienen migrantes a trabajar, y vienen y trabajan, trabajan y trabajan y sólo les importa la chamba (trabajo) y el dinero, y ni les importan los hijos, los changuitos andan ahí sueltos, descalzos, sin abrigo y en invierno hay mucha IRA (Infección Respiratoria Aguda) y los changuitos andan con los verdes (mocos) pero ni les importa, ellas abandonan, siguen trabajando...” (EA34)

la descendencia, que construye “la supuesta necesidad de proteger al indio de su incapacidad cultural para cuidar la vida” (2013, p. 118).

En invierno, los agentes sanitarios deben estar pendientes de las infecciones respiratorias en niños, que llaman comúnmente IRAs. Estas enfermedades del aparato respiratorio -causadas por diferentes microorganismos como virus y bacterias- comenzaban de forma repentina y podían durar algunas semanas. La mayoría de estas infecciones eran leves, pero dependiendo de las condiciones de vida de los niños podían complicarse y derivar en cuadros más graves como una neumonía. Como podemos observar en el relato de Pedro, las IRAs son entendidas como un efecto del (des)cuidado generado por las madres que *abandonan* su hogar cuando *salen a trabajar*.

No obstante, en el escenario de moralidades sanitarias salteñas, la capacidad de trabajar era observada como un rasgo individual, valorado positivamente frente a la posibilidad de “ser vago” (ver capítulo 3, apartado 3.7.2). Sin embargo, cuando la que trabajaba de modo remunerado era una mujer madre, se advertía un peligro para los niños. Nuevamente, el rol paterno no estaba en discusión, ni sujeto a juzgamientos morales. La responsabilidad de que los *changos tengan mocos* era de la madre. En este sector de salud, el riesgo no pasaba entonces tanto por la diferencia indígena, sino por las formas de maternidad de las mujeres bolivianas migrantes.

Estas representaciones sobre las madres golondrinas, también eran compartidas por la enfermera del puesto de salud: Beatriz David. Ella era famosa por su abanico de oficios: vendedora de cacerolas Essen, reikista, fotógrafa y enfermera. Beatriz estaba de lunes a viernes en el puesto, de 9 a 15 horas. Siempre llenando formularios del Plan Nacer o limpiando y ordenando la salita, quejándose del “desorden” de los agentes sanitarios o del mal desempeño de los médicos que no cumplían con su horario de consulta. Era una férrea defensora de los *finqueros* criollos, pues gracias a ellos habían logrado construir el puesto sanitario y una célebre opositora a la comunidad ava-guaraní de El 26. La vida de Beatriz se insertaba en una genealogía al servicio del Estado argentino. Casada con un sereno de una sucursal de Banco Nación, madre de cuatro hijos varones, dos de ellos gendarmes y dos policías, ella comentaba:

“...acá no tenemos problemas con indígenas, los indígenas que hay son todos extranjeros, son bolivianos, no son de verdad, a mí me gustaría trabajar con indígenas de verdad como los del Chaco, esos sí que son originarios ... acá el problema son los bolitas –bolivianos-, vienen a trabajar, nos sacan el trabajo a nosotros y ellos quieren más plata, plata y plata y dejan a los changos solos y no siguen los controles, no podemos seguir el seguimiento desde acá, porque ellas

van y vienen y no siempre se atienden con nosotros...tienen hijos para ponerlos a trabajar...”(E34, 7/10/2014)

Me lo decía mirando por la ventana de su consultorio, mirando a la comunidad ava-guaraní del paraje 26, mientras agregaba edulcorante líquido al termo de agua caliente. Aunque Beatriz había nacido en Tarija (Bolivia) no se identificaba como boliviana. El *nosotros* de Beatriz refería en un primer momento a la identidad argentina, por ejemplo cuando aludía a *ellos*, los bolivianos, que *nos sacan el trabajo a nosotros*. De este modo, *los otros*, para quienes trabajan en el sistema de salud del 26, estaba representado por las poblaciones migrantes, que a su vez eran identificados como *indígenas falsos*, que se aprovechaban de un contexto político favorable para exigir tierras¹⁴⁹. En el discurso de la enfermera, se refleja la “formación de alteridad” donde las identidades morales “ideales” tienen su correlato geográfico en el contexto salteño (Lanusse y Lazzari, 2008). En el contexto de Orán, los ava-guaraníes son “estigmatizados tanto por su indianidad como por su extranjería” (Lanusse y Lazzari, 2008, p. 208) cuando son llamados peyorativamente “bolitas” y se deslegitiman sus reivindicaciones territoriales.

Por otro lado, en el contexto del 26, la movilidad de las familias migrantes era asociada a modos inadecuados de crianza. Ciertos agentes estatales, del ámbito de la salud como del educativo, como era el caso de la maestra que decía que la movilidad de las familias migrantes dificultaba el aprendizaje de los alumnos (ver capítulo 3, apartado 3.8). En este sentido, podemos decir que, en este contexto de frontera, la idea de “crianza adecuada”, se asocia a una estabilidad tanto laboral como geográfica que se correspondería con afectos y vínculos familiares estables. Este modelo ideal, se contraponía a la movilidad de las familias bolivianas y la circulación de los niños por diversas instituciones y localidades. La movilidad dificultaba las intervenciones estatales, que se organizan mediante controles de asistencia, monitoreos de talla y peso, y censos de *factores de riesgo*. En este sentido, la movilidad se asocia a desorden y crianza inadecuada, y el cuidado infantil en el ámbito de la salud pública, se asocia al control.

4.5. El cuidado infantil desde las perspectivas de los pacientes.

¹⁴⁹ En el capítulo 2 hemos analizado la situación de la comunidad ava-guaraní del 26, que inició sus trámites para que su territorio sea relevado por la Ley de Emergencia Territorial N° 26.160.

En esta segunda parte del capítulo, analizaremos los “itinerarios terapéuticos” (Alves y Souza, 1999) que las madres de los sectores rurales emprenden en la búsqueda de resolución de padecimientos propios y de sus hijos. En dichos itinerarios se incluyen las acciones de atención en el sistema de salud pública, de tipo biomédica, y de tipo popular/tradicional (Menéndez, 2003) y su articulación con visitas a curanderos indígenas ava-guaraníes a través de prácticas religiosas realizadas con el objetivo de cuidar y bendecir a los niños. El seguimiento de estos itinerarios tiene por objetivo observar diversos modos de comprender el cuidado infantil así como también examinar las lógicas –del *cuidado* y de la *elección*, términos de Mol (2008)- que se ponen en tensión con la búsqueda de alcanzar la salud y el bienestar en los sectores rurales de Orán.

4.5.1. Perspectivas infantiles.

La familia Colque del 26, se encontraba en el sector de salud atendido por Cristina. La atención domiciliaria de los agentes en el espacio de las fincas, transcurría en la galería de las casas, que es entendida como peridomicilio desde la literatura epidemiológica. Cuando los niños Catalina (3) y Juan (5) vieron llegar a la agente sanitaria con su ambo celeste y su conservadora cuadrada de telgopor, comenzaron a llorar y salieron corriendo al interior de la vivienda. Al llegar la agente sanitaria, Andrés (10) sacó sillas del interior de la casa para ubicarlas cerca de la mesa.

“Andrés:-*La Cata tiene miedo porque hoy no la va a medir ¿verdad?, hoy es día de vacuna ¿no, Cristina?*

Cristina: -*No le digas eso a tu hermanita que la asustas Andrés, le gusta asustar a sus hermanas.... él, es malo –me dice Cristina mirándome riéndose con ironía, mientras apoya la conservadora y su mochila en una silla de la casa- Vos eras buenito siempre Andrés, te vacunabas bien y por eso ahora creciste sanito, ahora hay que dar la vacuna a tus hermanas.*

La madre de los niños tiene a la beba Raquel en brazos y le pide a Juan que traiga a Catalina.

Madre: *Cuando se portan mal les digo, miren que llamo a la Cristina que los vacuna a todos –risas- se mueren de miedo, Cristina, a la Raquel le salió un chupo¹⁵⁰, lo puede ver?*

Cristina: *a ver –levantando la cabeza. La madre levanta el pañal de la beba y muestra un grano enorme rojo en la panza de la beba.*

Cristina: *Si es chupo, lo tenés que llevar a la salita. Que lo vea la Beatriz y que te de*

¹⁵⁰ El chupo es el nombre local que recibe un forúnculo, médicamente definido como absceso en la piel causado por una infección bacteriana que se desarrolla en un folículo piloso y la piel subcutánea adyacente. La zona afectada comienza con un nódulo subcutáneo que se calienta, eleva, entumece y se llena de pus, generando una apariencia roja y blanca.

turno con el pediatra, a ver cómo te lo medican.

Andrés: *Y ¿hoy no mides Cristina?*

C:- *No Andrecito, hoy no me toca, no les toca medirse, así que hoy no tenés que hacer de secretario”* (Situación de campo, Septiembre 2012)

Por su edad, Andrés sabía que tenía todas las vacunas correspondientes al plan nacional de inmunizaciones. A su vez, sabía que sus hermanos pequeños -que lloraban y corrían al interior del hogar- debían vacunarse. Vemos entonces cómo la vacunación, más allá de ser un derecho de niños y niñas, era muchas veces percibida por ellos como una “amenaza”. En mi trabajo de campo, en reiteradas ocasiones se repitió esa escena al acompañar a algún agente sanitario por las calles del barrio; niños y niñas se alejaban corriendo, tal como había observado acompañando a Felisa por su sector de salud. Los niños no corrían para recibir la atención médica, sino para “ocultarse” de los agentes, quienes de modo irónico, expresaban enfáticamente “traigo la vacuna”. Los chistes y juegos en torno a las inmunizaciones eran permanentes incluso cuando no había agentes sanitarios presentes. La “vacuna” representaba una amenaza para niños y niñas que podía ser recordada por los adultos, tanto familiares como agentes estatales, en los vínculos inter-generacionales.

En cambio, los controles de talla y peso, no inspiraban temor en los niños. Como pudimos ver en el caso de Andrés que jugaba a “ser secretario” de Cristina, cuando le pasaba los carnets de sus hermanos y/o le preguntaba por cuánto miden y qué números debían registrar. En este sentido, Inés (6) del 26, me explicaba que el momento de las mediciones “*me gusta porque nos juntamos todos en la entrada de la finca a medirnos, los agentes nos atienden en las fincas y no hay que ir al hospital”* (EA63).

Por otro lado, el hospital San Vicente de Paul despertaba sentimientos de temor e incertidumbre. En este sentido, Andrés y Lucas me comentaron en otra ocasión que no les gustaba ir al hospital:

“Andrés:- ahí una vez fuimos y viajamos harto lejano, llegamos y había policías, mi mamá no conseguía que la atiendan y sólo atendieron a mi hermano, dormimos allí toda la noche, a mí no me gusta ir al hospital, además está esa máscara para cuando no puedes respirar, es horrible” (2/9/2012).

Al nombrar “la máscara”, Andrés se refería a las nebulizaciones, que eran indicadas a los niños cuando sufrían de alguna infección de las vías respiratorias, las ya citadas IRA (infecciones respiratorias agudas). Si bien los puestos sanitarios y CAPS

solían contar con nebulizadores, a veces ocurría que los mismos no funcionaban y los niños eran derivados al hospital público. Lo dicho por Andrés, coincidía con el relato de María (8) del 26: *“Una vez tuvimos que ir porque yo estaba muy mal, no podía respirar y viajamos en la ambulancia. Fue fácil llegar pero después no podíamos volver, fue horrible dormir en el hospital, tuve mucho miedo, está harto de policías...”* (EA18).

Desde el sentido común podemos decir que sin importar la edad, cualquier sujeto puede expresar rechazo por la visita al hospital, pues la misma implica un padecimiento propio o el de un pariente. Sin embargo en estos relatos, observamos otros elementos que constituyen el contexto en que se insertan las vidas de estos niños y niñas. Por un lado, hay una cuestión en relación con las dificultades en el acceso y el transporte público. Recordemos que las zonas rurales, se comunican con la ciudad de Orán a través de un colectivo local que funciona de 8 a 22 horas todos los días. Por lo tanto, las derivaciones que ocurren a última hora, desde los puestos sanitarios rurales al hospital, que son realizadas con ayuda de ambulancia, muchas veces implican quedarse a dormir en la sala de espera del hospital.

Las sensaciones de temor hacia la policía se relaciona con situaciones de discriminación hacia las madres de los niños. Cuando ellos aclaraban que sus hermanos habían sido atendidos pero sus madres no, es porque la prioridad está en la atención infantil. Estas cuestiones remiten a lo analizado por Fassin (2015) sobre la focalización infantil en el ámbito sanitario y permiten observar en el contexto de Orán que las madres muchas veces no eran atendidas aunque la Ley Nacional de Migraciones N° 25.781 establece que ellas también tienen derecho a recibir atención sanitaria. Algo similar relató Jorge (7), uno de los pocos niños contactados que viven durante la semana en la comunidad Arcoiris. *“Yo sólo una vez fui al hospital y no me gusta, mi mamá me ha sabido llevar al médico a La Banda, vamos cuando vamos a la feria”* (EA42). Para Jorge, la visita al médico se asociaba al paseo por Bermejo (Bolivia), donde las consultas con médicos eran privadas, pues la madre de Jorge prefería pagar para *“tener un trato mejor”*. En este sentido, consideramos que las miradas de los niños sobre el sistema de salud, no pueden observarse escindidas de las perspectivas y las experiencias de sus madres.

4.5.2. Experiencias y perspectivas de las madres.

Las experiencias de las madres en el sistema de salud, cobraban matices particulares en el contexto de Orán por los modos en que se experimentaban las fronteras jurisdiccionales, junto con las desigualdades de género, de clase y de etnia. En estos

apartados describiremos las experiencias de distintas madres, que iluminarán las tensiones al interior de la atención sanitaria del colectivo “materno-infantil”. Estas experiencias y perspectivas serán ampliadas en el capítulo 5.

Natalia tenía 19 años y trabajaba en una finca cerca del puesto sanitario del 26. En una ocasión fue a la consulta pediátrica de los martes a las 17hs., para revisar a su hijo de 13 meses que estaba teniendo dificultad para respirar. El pediatra llegó a las 18.30 hs. y atendió a Natalia a las 20 hs. Allí revisó al bebé y dijo que debía hacerse nebulizaciones lo antes posible. Como el nebulizador del CAPS estaba roto, el pediatra le dio a Natalia una solución fisiológica y pidió a la ambulancia de Aguas Blancas que buscara al “móvil para derivar un IRA” por radio. Natalia estaba sentada con su bebé envuelto en una manta de polar rosa en la camilla de la salita, mientras el pediatra hablaba por la radio comunicadora pidiendo “un móvil...” y Beatriz le decía a Natalia: “si lo seguís teniendo tan pegado a vos no puede respirar”. Natalia estaba en silencio parada en la puerta de la salita. Me había dicho que no quería ir al hospital y le dije que se lo mencione a la enfermera, pero me dijo que no quería hablar con ella. La ambulancia llegó y no hubo posibilidad de que ella eligiera no subirse. Yo le ofrecí acompañarla y aceptó. Una vez arriba de la ambulancia, ella iba sentada con su bebé envuelto en la manta. El ambulanciero puso la radio local y sonó una canción que comenzaba diciendo “...dejame atravesar el tiempo sin documentos...”, mientras Natalia y yo conversábamos:

N:-Hoy justo fui a la mañana a La Banda (silencio) no sé por qué no lo hice atender ahí a Cristian. Fui a comprar una torta porque hoy es mi cumpleaños.

P:- Feliz cumpleaños – le digo sosteniéndome del techo de la ambulancia porque el conductor va muy rápido y atrás vamos a los saltos.

N:- Yo nunca voy al hospital, ahora sólo voy para atenderlo a él...

P: Te tienen que atender igual.

N:- No sé...no lo hacen o te cobran (silencio). El papá de él no me da plata ni para comprarle ropa a él. Si usted me acompaña quizás sí me atienden.

P:- Yo te acompaño entonces hasta que te atiendan.

N:- Yo nunca voy ni a la sala, ni al hospital, no me gusta la enfermera (Beatriz) me atiende mal, prefiero atenderme en la banda, yo no tengo DNI, nunca lo hice...”

De este modo, mientras viajábamos sosteniéndonos de las paredes de la ambulancia, con musicalización incluida, Natalia con pocas palabras retrató el entramado de desigualdades en que criaba a su hijo. Como mujer de 19 años indocumentada, me

había planteado que trabajaba en una finca como “golondrina”. Su pareja, el padre del bebé, no le pasaba dinero por lo que ella debía salir a trabajar y al hacerlo, era vista por el personal del salud como una madre *ambiciosa abandonica*. Su margen de decisión en relación al sistema de salud, pasaba por ir a atenderse a Bermejo –*la banda*-, donde no era extranjera y sabía que la atenderían. La posibilidad de no ser atendida en el hospital o ser maltratada, también es un elemento que permite entender las motivaciones y las percepciones de riesgo de la población paciente. No obstante, ella sabía que como la prioridad son los niños, en el San Vicente de Paul a su hijo sí lo iban a atender, por más que no tuviese documentos.

En la situación compartida con Natalia y su bebé, se evidenciaba entonces también mi propia alteridad y mi implicancia en el campo (Althabe y Hernández, 2005), pues, como mujer blanca, me encontraba inserta en relaciones sociales desde antes de entrar al campo. Para los ojos del personal de salud, una mujer blanca con una mujer boliviana indocumentada de 19 años y un bebé, podría ser una escena común de una salteña patrona y su empleada doméstica. Una vez en el hospital mi rol era ser la garante de que el hijo de Natalia recibiera atención y pudiera volver a la finca. De hecho, le pedí al ambulanciero, que era de Aguas Blancas, que llevara de vuelta a Natalia, que de lo contrario se quedaría a dormir en el hospital y eso iba a perjudicar la salud del niño.

Como Natalia ya me había avisado, tratándose de atender al niño no hubo ningún problema. El hospital posee en la planta baja un nebulizador público, que cada madre debe limpiar con alcohol antes de usar. Sin embargo, hacer nebulizaciones a un niño de 13 meses es una tarea difícil. El niño se retorció y quería sacarse la mascarilla, pero Natalia forcejeaba y conseguía que se quedara quieto. Me quedé con Natalia hasta que se subió de vuelta a la ambulancia y con la palabra del ambulanciero de que la iba a dejar en la finca. Eran las diez de la noche.

Si bien en esta escena observamos la situación de “la máscara” relatada por los niños, queda también claro que no podemos comprenderla escindida del problema del acceso a medios de transporte y los problemas de discriminación de las mujeres madres migrantes en el sistema de salud. Los hospitales constituyen uno de los espacios institucionales que las mujeres migrantes inevitablemente visitan en algún momento de su estadía en el país de destino (Jelín, Grimson, Zamberlin, 2006). La mayoría de ellas se encuentra en edad fértil y, ya sea por ellas o por sus hijos, necesitan de atención médica. No obstante, en las oficinas de pediatría y clínica del hospital regional, cuelgan carteles que dicen, “los turnos sólo se otorgan con DNI (documento nacional de identidad)”

(Marzo de 2011/Septiembre 2012/Octubre 2015). De este modo, la supuesta priorización en la población materno-infantil, se traduce en la práctica más bien en una focalización sobre la población infantil y en una constelación de conflictos en torno a la atención a mujeres madres migrantes¹⁵¹.

En esta situación podemos observar lo analizado por Szulc et.al. (2016) en torno a las tensiones derivadas de las políticas públicas que buscan garantizar derechos del niño sin considerar el entramado de vulneraciones en que se insertan sus vidas. La puesta en práctica de derechos de los niños “supone una definición también acerca de otros derechos en juego, como los derechos indígenas, sociales, laborales, ambientales” (ibidem, p.140) que a veces quedan invisibilizados ante la prioridad en el colectivo infantil, tal como indica Fassin (2016) en el ámbito sanitario.

4.5.2.1. Parir en el *establecimiento base*.

Las historias traumáticas sobre cobro por partos en el hospital San Vicente de Paul también eran recurrentes. El caso más grave entre los registrados fue el de Marina (24) una madre boliviana, trabajadora migrante de una finca del 26. Ella estaba embarazada de mellizos y llegó al hospital con contracciones. Allí le exigieron un pago de 400 pesos argentinos, que no tenían ni ella, ni su marido. Ambos se quedaron en la sala de espera reclamando atención y cuando la recibieron, ya era demasiado tarde, los niños habían fallecido por sufrimiento fetal. Las mujeres que sufrían este tipo de ilegalidades no solían denunciarlas, ya que la visibilidad de este tipo de maltratos y violencias, iluminaba también la irregularidad de su situación laboral, y podía implicar que ellas y/o algunos de sus familiares perdiesen su trabajo.

Los relatos sobre experiencias traumáticas en los partos, junto con los problemas de transporte al hospital público, llevaban a que algunas mujeres, tuviesen el parto en sus casas. Tal fue el caso de Lucía (24), una madre del Paraje 26, que una tarde calurosa de noviembre dio a luz a un varón con ayuda de su marido. Yo estaba en una casa cercana, cuando observé a la enfermera Beatriz, corriendo desde la casa de Lucía hasta la salita varias veces. Entré a la sala y la enfermera estaba tratando de establecer comunicación con la base del Hospital o del centro de Salud de Aguas Blancas para pedir una ambulancia. “*Aquí me copian tengo un parto domiciliario, necesito ambulancia para*

¹⁵¹ En esta línea, Jelín, Grimson y Zamberlín (2006) señalan que en localidades fronterizas, los representantes del sistema de salud, sean médicos o enfermeros, emergen como un potencial denunciador de su situación ilegal, por tanto la relación médico/paciente, se construye desde la completa desconfianza (2006, p.51).

derivación al hospital". Según la enfermera no había ningún problema ni con el niño, ni con la madre, pero "sabés qué pasa, no puede haber en mi sector una puérpera sin que nadie la haya revisado, si le pasa algo es responsabilidad mía, yo tengo que avisar y derivar". Al rato la ambulancia llegó, junto con otras dos enfermeras, sin un médico/a. Lucía estaba en su cama, acostada con su bebé, con otros dos hijos correteando alrededor y su pareja sentado en el borde de la cama. Mientras las dos enfermeras, el ambulanciero y yo, parados cerca de la puerta de la vivienda. En el suelo de tierra del interior de la misma, había todo tipo de líquidos. Lucía no emitía sonido y su pareja decía que no querían que la lleven, que ella ya estaba bien. "¿Sí? ¿Te parece? ¿Sabés cómo tiene la presión? ¿Sabés si no corre ningún riesgo?" le decía una enfermera al padre de la criatura. En el otro rincón del cuarto, la otra enfermera, de modo más amable, en voz baja, en cuclillas, cerca de Lucía le decía "sabés mami, hay que hacerte controles porque mira si hay algo raro y después tenemos problemas a la noche, ¿cómo haces para venir?, mejor llevarte ahora y que vuelvas mañana, ¿sabes?". El ambulanciero salió del cuarto y se puso a hablar con Beatriz mientras se prendía un cigarrillo: "por mí que haga lo que quiera, pero si no quiere venir que nos firme, porque después nos tiran el chango muerto a nosotros, que te firme, si firma nos podemos ir, si no, hay que llevarla". Beatriz asentía con su cabeza a los dichos del ambulanciero, mientras los hijos de Lucía corrían saliendo y entrando de la casa, y le decían a otra de las enfermeras que no se lleven a la mamá. Finalmente Lucía fue al hospital y quedó internada dos días porque presentaba un cuadro de lipotimia.

En su estudio en la localidad de Susques, Jujuy, Drovetta (2016) señala la injerencia de APS en el proceso de hospitalización del parto¹⁵², que es advertida como un logro por el personal de salud, mientras que para muchas mujeres el parto domiciliario constituye una práctica "que acontece al interior del hogar, pertenece al ámbito de la medicina tradicional o doméstica" (Drovetta, 2016, p. 64). Drovetta (2016) también señala que entre los mecanismos de control que ejerce APS, existe la advertencia de que "en caso de acontecer un parto domiciliario, se dará intervención a la policía"(íbidem, p. 63).

Considerando los antecedentes mencionados, nos interesa también detenernos en la actitud del personal de salud y la búsqueda de la *firma* de la paciente y su *derivación*. Por un lado, esta situación permite observar la falta de médicos. Las ambulancias suelen

¹⁵² Diversos especialistas señalan que el parto domiciliario está asociado cuatro o seis veces más a mortalidad materno infantil (Camacho Hubner 2000 en Drovetta 2016, p.52).

llegar con enfermeras y/o agentes sanitarios a bordo, porque no suele haber médicos disponibles para emergencias. Por estos motivos, son tan relevantes las firmas, porque certifican “el visto” de enfermeras y agentes sanitarios, quienes ocupan una posición subordinada en el sistema de salud (Lorenzetti, 2016) y la “derivación” hacia quienes sí pueden diagnosticar, pero no suelen ir al territorio: los médicos.

Recuperando las ideas de Menéndez (1998), esta actitud puede ser observada como efectos del proceso de descentralización y burocratización del sistema de salud. El énfasis del ambulanciero *en la firma de la paciente*, expresa la necesidad del personal de salud de conseguir una “garantía” que les permita (des)responsabilizarse de la salud de los pacientes, sobre todo si hay un paciente infantil involucrado. Según Menéndez (1988) esta (des)responsabilización¹⁵³ de los efectores de salud, guarda relación con los procesos políticos y económicos que llevaron a la descentralización de los programas estatales, que han llevado a que, así como se responsabiliza a los pacientes de sus padecimientos, el personal de salud despliegue prácticas para buscar su (i)responsabilidad por los mismos. Entonces, mientras el objetivo de algunos integrantes del personal de salud se enfocaba más en prevenir los futuros *muertos* que les pudiesen *tirar*, la búsqueda por la calidad de la atención y el bienestar queda desdibujada. Por otro lado, la situación expresa el nulo margen de elección de las poblaciones pacientes subalternas, sobre todo si son mujeres.

Ahora bien, las experiencias traumáticas en el *establecimiento base*, no sólo referían a los obstáculos en el acceso por discriminación a mujeres migrantes. Damiana, una mujer argentina de 32 años, madre de Yanina (8), Florencia (6) y Guillermo (4), referente de una comunidad kolla del área rural, me explicaba que en el hospital se atendía sólo con determinados médicos y que sólo en caso de urgencia, para ciertos tratamientos y controles, prefería utilizar los consultorios privados de Bermejo.

“Cuando nació Florencia, en 2008, me hicieron una cesárea y me dejaron en un pasillo del hospital durante dos horas, durante dos horas no hablé con nadie ni vi a mi hija y después me dijeron que ella tenía un problema neurológico, que no iba a poder mover el brazo. Yo sufrí muchísimo, pero no me creía eso de que la

¹⁵³ Según Menéndez (1988) “la problemática de la burocracia y de la irresponsabilidad aparece estrechamente relacionada con la creciente crítica al Estado, y a la necesidad de reducir su expansión y sus funciones. En el sector salud esta crítica ha entrado desde hace años en el terreno de la práctica política, a través de las propuestas de descentralización de servicios, como es el caso de APS. Así medicina estatal, aparece asimilada a centralización, burocracia, irresponsabilidad, ineficiencia, altos costos, etc.. A estos se opondría la descentralización, asimilada a la responsabilidad, la eficacia, la reducción de costos, la delegación de funciones, etc. Debo indicar que a la base de esta última propuesta, la delegación de funciones aparece estrechamente ligada total o parcialmente a la delegación de la responsabilidad social por parte del Estado” (1988, p. 5).

... nena tenía un problema neurológico. Viajaba a Salta, viajaba hasta Tarija para interconsulta, con especialistas en desarrollo de niños, hasta que di con la Doctora Maribel del San Vicente de Paul, ella fue la única que me escuchó y me creyó, yo sabía que mi hija no tenía un problema neurológico, que algo había pasado en el parto y después pude saber hablando con una enfermera que la habían sacado tirando del brazo y que por eso tenía el hombro más bajo. La doctora fue la única que me escuchó y trató bien a mi hija, ella supervisó el tratamiento con el kinesiólogo, y ahora mi hija está mejor (...) yo solo confío en la doctora Maribel, en el resto no, o sólo en quien ella me diga, la mayoría de médicos te tratan mal y además no son buenos, yo no confío...". (EP35, 2/10/2014)

En el espacio de las fincas y de las comunidades indígenas, los relatos sobre las experiencias traumáticas de mujeres en el sistema de salud, configuraban los saberes locales sobre el sistema de salud pública que influyen la construcción social del riesgo (Ayres, 1997; Breihl, 2011; Lupton, 1993). La probabilidad de que una vez en el hospital la atención médica sea negada o se sufra un episodio de violencia obstétrica, constituían factores que las mujeres pacientes consideraban a la hora de definir cómo y con quien se van a atender. Estas cuestiones no sólo influyen la construcción subjetiva del riesgo (Menéndez, 1995) de las mujeres pacientes, sino que además permiten observar la mutua desconfianza que existe entre las madres y ciertos integrantes de los equipos de salud pública. Así pues, el relato de Damiana sobre cómo procuraba atenderse sólo con una doctora que merecía su confianza, permite iluminar el carácter heterogéneo tanto de la población paciente como del cuerpo de profesionales de la salud. De este modo, observamos cómo el proceso de salud/enfermedad/atención se torna un analizador de otras cuestiones sociales, como la falta de transporte público adecuado de las poblaciones rurales y la naturalización de la precariedad laboral en el espacio de las fincas, donde no son comunes los reclamos a la patronal para exigir atención médica en las fincas. Por otro lado, la perspectiva etnográfica permite observar que las normativas no siempre se cumplen, pues la posibilidad de que la atención médica les fuese negada a las mujeres migrantes, habla de la naturalización con la que se restringen leyes nacionales en el sector médico.

Ahora bien, las experiencias traumáticas de las mujeres pacientes, no implicaban un rechazo total al sistema de salud biomédica, sino un uso reflexivo, consultando entre los familiares y parientes qué profesional es bueno y cuál no. Los padecimientos y el manejo de los mismos, expresan la presencia de procesos biológicos, sociales, económicos y

también simbólicos, a través de los cuales, los conjuntos sociales se reconocen/desconocen, expresando necesidades sociales, relaciones de poder o demandas socioeconómicas más allá de la propia enfermedad, padecimiento y/o demanda específica de los mismos (Menéndez, 1990). En este sentido, las mujeres y pobladores de los sectores rurales, despliegan diversas prácticas para el cuidado de su salud y de los suyos, donde combinan la atención biomédica con las visitas a curanderos o el uso de plantas medicinales, como veremos a continuación.

4.5.3. Formas de *mirar*: entre APS y el tipoy.

En este apartado, exploraremos los itinerarios terapéuticos que las madres emprenden orientadas por la búsqueda de soluciones a padecimientos de sus hijos. De acuerdo con Menéndez (2005), a partir de los itinerarios que los sujetos emprenden en busca de atención en salud se pueden identificar todas las formas de atención que intervienen, y cómo los usuarios las combinan de acuerdo a sus necesidades y diversas interpretaciones sobre el cuidado de la salud.

En los sectores rurales donde hemos desarrollado el trabajo de campo, las mujeres madres coincidían en que los padecimientos infantiles se ubican en el orden de prioridades de las familias. Los *bichos*¹⁵⁴ – el modo local de llamar a los parásitos- constituían uno de los padecimientos más naturalizados, a veces asociado a cuadros de desnutrición y diarrea¹⁵⁵. Las madres de todos los sectores de salud acordaban en que recurrentemente debían estar controlando la salud de sus hijos ante la posible presencia de parásitos, pero presentaban divergencias entre sus estrategias para hacerlo.

Así, Carina, de la comunidad Arcoiris, me explicó que le daba a su hijo ajo en ayunas o picante para que purgara los parásitos y que pocas veces le había suministrado medicamentos antiparasitarios. Por su parte, Élida y Liliana, ambas madres de Fortaleza, explicaron que recibían medicación de los agentes sanitarios, o bien podían solicitarla en la salita.

En El 26, las prácticas eran mixtas. En este sentido, Rosa Vélez, me explicaba: “...*acá hay de todo, estamos llenos de bichos y sin agua, los chicos se pescan todo, yo he*

¹⁵⁴ Los *bichos* pueden ser insectos como los mosquitos o parásitos, como el *Ascaris Lumbricoides* que genera patologías gastrointestinales

¹⁵⁵ La diarrea se encuentra entre una de las primeras causas de mortalidad infantil en el NOA, sobre todo en niños de comunidades indígenas, donde el 38,1% muere por causa de enfermedades respiratorias y diarreas, mientras que en las poblaciones criollas el porcentaje baja al 14,7% (Suarez, 2016). Estos son porcentajes sobre el total de niños, o sobre el total de niños que mueren? Tratá de aclararlo por favor

sabido tener mucho ‘desarreglo’ con mis hijos” (EA17). El desarreglo es el modo local de denominar cualquier malestar estomacal, más precisamente la diarrea, tanto en niños como en adultos. Rosa coincidía con las estadísticas del PROAPS¹⁵⁶ en que, durante el verano, la diarrea es uno de los problemas que más afecta a la población infantil y relató su experiencia con una de sus hijas:

“Mi Melina de changuita (pequeña) estaba muy mal. Flaquita, flaquita, la diarrea no le cortaba y era como un bebé sin vida, tenía un año pero yo creía que la perdía. Yo la llevaba al médico, y el médico siempre, siempre con lo mismo, dándome manzana rallada y agua de arroz, diciéndome que ya iba a pasar. Ya va a pasar me decía. Yo estaba desesperada. [...] le pedía al patrón algo de plata para el micro a La Banda y ahí nomás llevé a mi hija a un tipoy¹⁵⁷ que me habían recomendado. Un viejito que se quedaba con la niña en una cama y la fumateaba¹⁵⁸ toda, le decía su nombre al oído. Yo le pagaba con zapallitos o pimientos, no tenía más para darle. La llevé como tres veces y luego la niña empezó a estar bien [...] Yo nunca se lo dije ni al agente, ni al médico. Y mira si yo me quedaba con la manzanita rallada, ¡mi hija se me moría! Es como que si uno no se mueve no pasa nada. Y uno tiene que probar, uno por sus hijos prueba todo. Y yo creo, yo creo, yo creo, aquel que no crea no sé si le sale bien y con el curandero mi hija se curó. El curandero estaba como una hora cada vez que íbamos, la miraba mucho, la oía respirar, yo acá si voy al médico siento que ni nos miran, ni nos prestan atención cuando vamos a la consulta”(EP17, 3/3/2012)

Si bien varias madres relataron visitar curanderos, presentamos el caso de Rosa, justamente porque ella se identifica como criolla. Aunque sus relaciones con los integrantes de la comunidad ava-guaraní eran conflictivas, ella no dudaba en relatar sus experiencias exitosas visitando a un tipoy. En la búsqueda del bienestar de su hija, Rosa desplegó una articulación práctico-ideológica de distintas formas de atención, no rechazó el saber biomédico al visitar al curandero, sino que se apropió de ambos saberes, para ver y sentir cuál de ellos le daba herramientas o recetas más eficaces para que su hija se sintiera mejor.

Según Menéndez (2005) las personas que sufren un padecimiento demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan, y

¹⁵⁶ Según información suministrada por agentes sanitarios, durante la época estival los padecimientos infantiles más frecuentes son las patologías gastrointestinales y las deshidrataciones, mientras que en el invierno son protagonistas las IRAs.

¹⁵⁷ Se les dice *tipoy* a los curanderos guaraníes. El tipoy es una prenda, una túnica que cubre todo el cuerpo, utilizada prioritariamente por mujeres, pero también por hombres. Según Albó (1995) es un símbolo de la etnia guaraní que se adapta luego de la colonización.

¹⁵⁸ *Fumatear* consiste en exhalar humos sobre la persona.

según otros factores como la accesibilidad física y económica a diversas formas de atención que operan en su contexto de vida. Para Rosa lo más accesible al principio era visitar al médico, pero cuando esta atención le resultó ineficaz, buscó la atención de otro tipo de curador y/o instancia terapéutica.

En su experiencia visitando curanderos, Rosa relataba una serie de elementos que diferencian a este espacio terapéutico de la consulta en la sala de salud, donde “algunos a veces ni te habla, ni te miran a los ojos”. En cambio, el tipoy, “miraba y oía” a su hija, como si estuviese escuchando a su cuerpo. Esta escucha implicaba una atención a las sensaciones del paciente que podemos enmarcar en la “lógica del cuidado” (Mol, 2008), ya presentada en nuestro encuadre teórico. Ella cree en el poder terapéutico de una consulta donde se escuche lo que siente su hija y se dedique tiempo a observar su cuerpo. Esa creencia que ella enfatiza – *yo creo, yo creo, yo creo*- puede ser observada como parte de la eficacia simbólica¹⁵⁹ (Levi-Strauss, 1977) que le permitió a Rosa continuar visitando el curandero, en la búsqueda del bienestar de su hija, que tenía dieciocho años cuando la conocí.

El modo en que el tipoy miraba a sus pacientes se diferenciaba del *ojo clínico* instruido a los agentes del PROAPS, que observaban desde una actitud de sospecha y control hacia los padecimientos. Según Epele (1997) la consulta médica configura un modelo, en el cual el médico es el que posee el saber/poder, y el paciente debe adecuarse a tratamientos que indican pautas de auto-cuidado. Para aquellas personas que sufren padecimientos crónicos y conviven con enfermedades, las pautas de auto-cuidado implican situaciones conflictivas entre atención, cuidado y control de sí mismo, porque es el paciente el que debe realizar ciertas prácticas para mantener su estado de salud, a pesar de no sentir una respuesta favorable.

En el caso de procurar curar el problema de salud de un hijo, los tratamientos implican pautas de auto-cuidado que debe suministrar la madre y/o los adultos responsables. En este sentido, Zelizer (2009) señala que el cuidado de la salud de los más pequeños involucran muchas veces el compromiso de todos los integrantes del hogar, sobre todo de las madres: asegurar la higiene, llevar a la consulta médica y aprender ciertos signos vitales, son algunas de las actividades que realizan las familias cuando hay un niño enfermo. El relato de Rosa, permite observar algo similar a lo que explicaba

¹⁵⁹ Según Levi-Strauss (1977) la eficacia del acto mágico se fundamenta en tres aspectos complementarios: 1) la creencia del mago en la eficacia de sus técnicas; 2) la creencia del enfermo –o de la víctima del hechicero- en el poder del mago, 3) la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, puesto que la situación mágica es un “fenómeno de consenso” (Ceriani Cernadas 2006, p. 90).

sobre el trabajo de *hacer crecer la cría*: “Aquí es como que si una no se encarga, nadie lo hará, si yo me quedaba sentada con la receta del médico y la visita del agente no conseguía nada. Aquí si no es por uno mismo, no se consigue nada”. En este sentido, la autonomía a la que refiere Rosa, se inserta en el proceso de privatización del cuidado analizado por Epele (2010^a, 2011) que fortalece la posición tradicional/patriarcal, que ubica a las mujeres como unívocas cuidadoras de todos los integrantes del hogar.

Así como entendemos la visita del curandero como prácticas locales de cuidado infantil, abordaremos a continuación otras acciones que configuran el campo del cuidado infantil en las poblaciones rurales.

4.5.4. Formas de cuidar: entre el *apromesamiento* y el *rutichucuy*.

En el comedor de los Vélez se exhibía una foto de un niño de un año aproximadamente, vestido con una túnica roja y blanca. Le pregunté a Rosa si se trataba del pequeño Natanael y me dijo que no, que era un sobrino de ella que habían “apromesado” a San Ramón Nonato porque había nacido con un problema en un riñón. “A ese lo apromesamos a todo, como yo con mis hijos, a todo le apromesé”.



Niño apromesado a San Ramón Nonato. (PL, septiembre 2015).

P:-¿Y qué es apromesar?

R:-Es cuando le pedís a tus santos que te bendigan y cuiden a tus hijos” (EP 17)

Según Casimiro Córdoba, Cosso y Saiquita (2017), el apromesamiento es el modo en que los laicos expresan el acto de hacer una “promesa” a la imagen religiosa, para recibir una *gracia específica* –“sanación”, “cura”, “bendición”- para alguien *específico* (cursiva y encomillado de los autores, 2017, p. 122). En este caso, el niño de la familia, estaba vestido de San Ramón Nonato, el santo nacido por cesárea¹⁶⁰, que devino patrono de las parteras, los niños, las embarazadas y también de la ciudad de Orán. En la parroquia de Orán, cada 31 de agosto se celebra el aniversario de la fundación de la ciudad y la festividad de dicho santo, donde algunos niños que están en nivel inicial – de 3 a 5 años- se visten de “nonatos” para pedirle la bendición a San Ramón. Fue en una de estas festividades, que el sobrino de Rosa se vistió de “no nacido” y que Beatriz -la enfermera del 26- con su cámara tomó fotografías de cada niño del paraje.

Si bien Rosa me relató en otras oportunidades que tenía una relación conflictiva con Beatriz, porque “habla mucho y se burla de mis creencias” también admite que “es la única de aquí que tiene cámara de fotos y que además sabe cómo hacerlas papel” (EA17). La anécdota sobre las múltiples ocupaciones de la enfermera, refleja también las múltiples posiciones de los sujetos¹⁶¹, como Rosa, en torno a las búsquedas de la salud y el bienestar. Rosa utilizaba el sistema de salud público de Orán, también de Bermejo, visitaba a curanderos ava-guaraníes, aplicaba sus recomendaciones a sus hijos y además “apromesa a todos”. Esta multiplicidad de acciones y circuitos por los que transita tienen en común el objetivo de buscar el bienestar de ella y de los suyos.

Las diversas prácticas de autoatención (Menéndez, 1990) que realizaba Rosa, también se condensaban, en parte, en el altar que tenía en el dormitorio de su casa, donde allá por el 2011 dormían ella, su marido y sus dos hijas adolescentes. Allí se observaban

¹⁶⁰ La literatura religiosa plantea que recibió su nombre de *non natus* –no nacido en latín- porque fue tomado del vientre de su madre fallecida. Según el relato de la iglesia católica, un pariente llamado Ramón, “abrió con su daga el vientre de la madre (...) y allí salió la diminuta mano del futuro santo, en ademán de súplica y esperanza” (Forster, 1985, p. 203). Se dice que en vida, este religioso que dio nombre a la ciudad de Orán, vivió como redentor de cautivos católicos, viajando por el norte de África, hasta que fue encarcelado y sus carceleros musulmanes lo martirizaron perforando sus labios con hierro candente para colocarle un cerrojo en su boca e impedir su prédica. Por eso en gran parte de las imágenes –incluso la de la iglesia de Orán- figura con un candado entre sus labios.

¹⁶¹ Laclau y Mouffe (1987) sostiene que un «sujeto» debe entenderse en el sentido de “posiciones de sujeto” en el interior de una estructura discursiva. De este modo, los sujetos pueden tener múltiples posiciones, de acuerdo a la variabilidad de contextos, pues “la categoría de sujeto no puede establecerse ni a través de la absolutización de una dispersión de posiciones de sujeto, ni a través de la unificación igualmente absoluta en torno a un sujeto trascendental. La categoría de sujeto está penetrada por el mismo carácter polisémico, ambiguo e incompleto que la sobredeterminación acuerda a toda identidad discursiva.

mayormente imágenes católicas de Jesucristo y la Virgen de Chaguaya¹⁶², de la cual ella era devota, participando regularmente de las peregrinaciones en la localidad de Tarija. Debajo del cuadro se encontraban otros recuerdos de la ciudad de Chaguaya, junto con imágenes de San Pedro y Jesucristo. En la siguiente fotografía también podemos observar un blíster de un medicamento alopático, amoxicilina para ser más exactos, que en aquel momento estaba tomando su marido. De este modo, la imagen permite observar la articulación entre prácticas religiosas y biomédicas en la búsqueda de la salud.



Altar familiar (PL, 7/6/2013)

Las fotos de los santos estaban en portarretratos y debajo de alguno de ellos había mechones de pelo de sus hijos *apromesados*. Según Rosa, el apromesamiento consistía en:

“pedirle a la virgen que me bendiga y me cuide a mi hijo y para que se acuerde de él, se le deja un mechoncito de pelo en el altar del templo y otro yo me quedo

¹⁶² La Virgen de Chaguaya es una advocación de la Virgen María que se venera en la población de Chaguaya, a 67,5 km al suroeste de la ciudad de Tarija, departamento de Tarija, Bolivia. Su fiesta se celebra el 15 de agosto, fiesta de la Asunción de María. Tanto Rosa, como otras devotas de Chaguaya, se refieren a ella como *la mamita*.

aquí, en mi altar...cuando el chango tiene ya tiene tres o cuatro añitos le cortamos el pelo, algunos eligen hacer la promesa por un año, le dejan un mechoncito y luego por un año no le cortan y después que pasó ese año se lo cortan (el pelo)” (EA, 3/3/2013)

Esta práctica que relata Rosa, guarda relación con otras prácticas de poblaciones andinas¹⁶³ (Platt, 1994). En este caso, se pide por el cuidado del niño, dejando cabello. Este uso ritual del pelo, remite también al ritual del *rutuchikuy*¹⁶⁴, que tiene raíces tanto aymara como quechuas (Suremain, 2010). A través del corte de cabello de los niños, las personas realizan ofrendas a ciertas divinidades. Para Rosa, su divinidad estaba constituida por la virgen de Chaguaya. Es a ella a quien ella le pedía su bendición y a quien le encomendaba el cuidado de sus hijos. Entonces, mientras en el *rutuchicuy* el pacto de cuidado del niño se hace con los familiares, en el *apromesamiento* Rosa entendía que hacía un pacto con la virgen, donde le pedía a ella que cuidara y bendijera a su hijo. Su caso nos resulta interesante, porque muestra cómo ciertas prácticas relacionadas con tradiciones indígenas, quechuas y/o aymaras, son realizadas por personas que no se consideran indígenas.

Por su parte, los niños de la familia Colque, Andres, Juan y Catalina, sí habían realizado su *rutuchicuy*, y me mostraron fotos del evento familiar. En el caso de Juan, la ceremonia se realizó cuando tenía 3 años, en Tarija. “Invitamos a todos mis tíos y primos lejanos, había muchísimas personas y muchos se macharon-emborracharon-” me relataba Andrés, mostrándome las fotos de su hermano con la cabeza rapada rodeado de adultos y niños.

Según De Suremain (2010), el *rutuchicuy* constituye un ritual de pasaje, donde se reúne al entorno del niño (familia, parentesco ritual, amigos, vecinos) es la ocasión de hacer pública la existencia del niño (llamándolo particularmente por su nombre), marcando así su “*entrada al mundo*” (2009, p. 6). El evento implica integrar al niño en

¹⁶³ Por un lado, la realización de “promesitas” a ciertos santos y/o vírgenes, que guardan una relación metonímica entre el pedido hacia el santo y la acción que se realiza. Por ejemplo, cuando se le pide a una virgen para que haya una buena cosecha, se deja un pequeño maíz o una pequeña cabra cuando se pide por el rebaño (Platt, 1994).

¹⁶⁴ Hay referencias al *rutuchiku* también en las crónicas de Guamán Poma de Ayala, donde se lo describe como un ritual de carácter familiar, como una especie de bautismo social, donde los parientes están obligados a dar regalos al niño y la familia. (Valcarcel, 1985, p. 273), y que estrechaba lazos de afinidad y consanguinidad (Vargas, 2015).

relaciones sociales más amplias, y constituye además una etapa en la que se inicia el aprendizaje de roles y comportamientos sociales específicos de cada género¹⁶⁵:

“Habitualmente, en las poblaciones andinas, se realiza una vez que ha superado una serie de rituales de pasaje (corte y tratamiento del cordón umbilical, ondulación, bautizo, cierre de la fontanela, dar del nombre, fajado) y cuando sus padres estimen que está a punto de terminar el *allqa*, es decir el periodo al término del cual domina las principales competencias vinculadas a su desarrollo (caminar, autonomía alimentaria, hablar). El *rutuchikuy* ocupa así un lugar esencial en el ciclo de los rituales que marcan la vida: permite la ‘terminación’ de la niñez temprana y anuncia su entrada a la niñez” (De Suremain, 2010, p. 8).

Consideramos que el *apromesamiento* y el ritual del *rutuchicuy* pueden ser comprendidos como prácticas nativas donde se exponen los conocimientos locales sobre el cuidado infantil, que incluso pueden observarse en relación a los discursos hegemónicos de la pediatría y la psicología. Pues se puede comprender el *allqa*¹⁶⁶ como la primera infancia y el *rutichicuy* como el ritual de pasaje en que un niño finaliza dicha etapa. En este sentido, el *rutuchicuy* es entendido como un ritual de paso, que se relaciona “con la celebración de que el niño ha superado la etapa de mayor riesgo de vida, es decir el periodo pre liminal, en este caso es el primer año de vida” (Vargas, 2015, p. 83). No obstante, quienes estudian con profundidad este ritual, sostienen que un aspecto fundamental para llevar a cabo este bautismo social, se da cuando los adultos observan la autonomía del niño: para comer, para vestirse y para poder responsabilizarse de tareas en su familia y su comunidad (De Suremain, 2010, p. 7). La cuestión de la autonomía, constituye un punto de tensión con las prácticas de cuidado promocionadas desde el sistema de salud pública, más asociadas al control de los niños. Así pues, la autonomía infantil podía ser interpretada como abandono o descuido de los adultos en otros grupos sociales. Sin embargo, observaremos a continuación, que las fronteras entre los discursos biomédicos y locales podían ser flexibles y porosas.

4.6. Líneas de fuga: entre el paico y la amoxicilina.

Las relaciones entre los agentes sanitarios y las personas pacientes se dan “no sólo

¹⁶⁵ Hasta el *rutuchikuy*, los *wawa* –niños- son confundidos; el sexo sólo se revela por el porte de pequeños pendientes en las niñas, cuyos lóbulos fueron perforados durante el bautizo (De Suremain, 2009).

¹⁶⁶ Descuidar el *rutuchikuy* – o no realizarlo en un buen momento – impediría al niño librarse de la etapa del *allqa*, periodo de grandes adquisiciones (dominio del caminar, autonomía de la ingesta alimentaria, dominio avanzado de la palabra) los cuales participan de su “buen “desarrollo”.

en términos de causalidad y oposición, sino como relaciones que pueden contener líneas de fuga, haciendo de la divergencia y la distancia otras relaciones posibles” (Viveiros de Castro, 2007 en Bonet y Gomes Tavares, 2006, p. 197, traducción propia). No siempre los pacientes ocultan sus visitas al curandero o el suministro de remedios caseros, ni tampoco los agentes sanitarios rechazan estas prácticas.

Nancy era una madre kolla de 28 años, también pareja de un encargado de otra de las fincas del Bananal. Ella también podía ser considerada una madre “golondrina”, porque vivía ocho meses en El 26 y cuatro meses en la ciudad boliviana de Tarija. Tenía dos hijos, uno de dos años y otro de cuatro. Además de trabajar en el hogar, ella vendía golosinas y bebidas en su casa para el resto de las familias de la finca. Al igual que Rosa, dos veces por semana cruzaba a *la banda* a buscar mercadería, porque eran más baratas en Bolivia, “*como los remedios y los curanderos*”. La vida en este espacio de frontera, permitía la continua circulación de personas, saberes, mercancías –tales como medicamentos- y servicios, que variaban en función de los valores de las monedas de ambas naciones. En una visita domiciliaria con Cristina, conocí a Nancy y sus hijos. Mientras atendía su pensión, Nancy nos contaba un episodio que había sufrido su hijo en el verano:

“Mi hijo Cristian tenía mucha diarrea y no se detenía. Me habían dicho que eran los parásitos, y bueno, no sé qué era, pero mucha diarrea y él estaba todo amarillito y débil. Tomó el desparasitante y no pasaba nada, seguía mal, yo estaba muy preocupada y cuando nos fuimos a Bolivia, mi hermana me mandó a una curandera que me dio unos yuyos para hacer un té, que debía dárselos un par de veces al día” (GD17, 17/03/2011)

Nancy relató esto al lado de Cristina que no realizó ninguna objeción. Cuando salimos de su casa, le pregunté a la agente por la visita a los curanderos y ella me explicó que ella a veces iba y que toda su familia también lo hacía. Resulta interesante recordar que esta misma agente sanitaria participó en la capacitación de la pre-ronda que ya citamos, donde se decía que los tratamientos con *yuyos* eran *veneno*. En este sentido, retomamos el planteo de Lorenzetti (2008) de que los agentes sanitarios ocupaban un lugar de tensión con la comunidad y agregamos el rol activo de los mismos, que decidían qué decir a la población, más allá de las directivas que tuvieran. De este modo, la tarea de promover hábitos de salud era elaborada en la experiencia de cada agente sanitario y en el vínculo con los pacientes de su sector de salud.

En este sentido, podemos abrir un campo de exploración sobre las mediaciones (Bonet y Gomes Tavares, 2006) que elaboran las personas en sus trayectorias y acciones dentro del sistema de salud. Si bien el marco referencial en que los agentes aprenden su profesión se sustenta en criterios epistemológicos, sobre los que se fundamenta el saber biomédico (Good, 1994), ellos viven en el mismo contexto que sus pacientes, por lo tanto poseen todo un acervo de conocimientos en común que les permite compartir representaciones y saberes sobre el proceso de salud/enfermedad/atención. En este sentido, la forma en que un grupo articula su “saber médico con el saber de otros sectores” es lo que posibilita entender “su tipo de saber, que no se define en términos de tradicional o moderno ni de científico/no científico” (Menéndez, 1994, p. 76).

Por otro lado, consideramos que los modos en que los agentes articulaban diversos saberes en torno a la salud, se vinculaban con sus propias reflexiones sobre el sistema de salud. Por ejemplo Beatriz, la enfermera del 26, que era una activa opositora de las reivindicaciones territoriales ava-guaraníes, recomendaba a habitantes de su sector de salud que visitaran un tipoy que vivía en una finca cercana a Aguas Blancas. *“Porque acá los médicos lo único que saben hacer es recetar, medicar y amputar, yo a veces cuando les dan turnos ciertos médicos, no todos, algunos que son especialmente malos, les digo además de ir con él, visítalo a este señor (curandero) que les digo de Aguas Blancas”* (EP 34). Mientras Beatriz me decía esto, me mostraba un pila de recetas médicas, escritas en el dorso de boletas electorales.¹⁶⁷

“Lo que pasa es que la gente se equivoca y a veces va a cualquier tipoy, hay pocos que saben trabajar bien. Es mentira que los yuyos matan, lo que mata es el desconocimiento. Lo que mata es no saber hacer bien los té de paico¹⁶⁸ y no saber hacer bien las inhalaciones con vapores de cenizas. A mi me encanta todo eso, hago reiki¹⁶⁹ a veces en el consultorio y me gusta aprender, pero no hay mucha gente que enseñe.” (EP34,14/5/2011)

¹⁶⁷ Parte de las tareas de las enfermeras de los puestos sanitarios consiste en sistematizar todos los padecimientos que fueron diagnosticados en el puesto de salud y las medicaciones recetadas, para el seguimiento del programa Remediar.

¹⁶⁸ *Chenopodiumambrosioides*. Planta herbácea perenne, erecta, muy ramificada en la base, hasta 1 m de altura, cuenta con inflorescencias glandulares. Crece naturalmente en la zona y se utiliza para expulsar los parásitos intestinales de otros animales. Internamente, la infusión de las hojas se utiliza contra el reumatismo, sinusitis, catarro crónico, tos, bronquitis, fiebre, inflamación de las amígdalas, ciática y enfermedades parasitarias.

¹⁶⁹ Reiki es una palabra sánscrita que significa, energía universal (rei) y energía vital (ki). Es una técnica de canalización y transmisión de energía vital a través de la imposición de manos.

De este modo, Beatriz, utilizaba el puesto sanitario no sólo para atender pacientes, derivar puérperas y organizar la agenda médica. También hacía sesiones de reiki y aprovechaba para denunciar la ineficacia del sistema médico. Su denuncia tenía poca efectividad política porque se reducía a dar recomendaciones individuales a pacientes determinados, mientras era conocida por sus maltratos a pacientes mujeres migrantes e indígenas. En este sentido, ni Nancy, ni Rosa elegían atenderse con ella. Ambas coincidían en que Beatriz tenía una actitud soberbia y discriminadora. “Ella no respeta mis creencias” me decía Rosa, mientras Nancy me decía “siempre critica todo lo que hacemos las madres”.

Las técnicas realizadas por los curandera/os no siempre tenían un carácter mágico y/o sobrenatural. En el caso del hijo de Nancy, la curandera “era como una abuelita que lo acariciaba y le hacía infusiones de manzanilla, lo tuve que llevar varias veces hasta que se curó del todo”. Pensando en la calidad del agua que se consume en la zona, la modalidad de recetar un té, puede ser beneficiosa porque implica hervir el agua, que no siempre está en buen estado para consumo. La búsqueda de un curador por fuera del sistema de salud pública, también se relaciona con experiencias negativas con prácticas biomédicas y la falta de creencia en la labor médica.¹⁷⁰ En este sentido, las diversas experiencias relatadas en torno a la desconfianza entre el equipo del ámbito de la salud pública y el desempeño de las madres, pueden ser vistas como elementos que afectan la eficacia simbólica (Levi-Strauss, 1977) de las prácticas biomédicas.

4.7. A modo de cierre.

En este capítulo hemos indagado en las prácticas y los saberes en torno al cuidado de la salud infantil. En primer lugar hemos caracterizado las prácticas y los agentes del sistema de salud pública y en segundo lugar la perspectiva y las prácticas de la población paciente materno-infantil.

Las prácticas y discursos analizados en el sistema de salud público, pueden ser comprendidas en el marco de una “lógica de la elección” (Mol, 2008). En ese marco, la vulnerabilidad de la población paciente es traducida en una serie de rasgos que no están exentos de juicios morales (Domínguez Mon, Zucal, 2016) y que se articulan con

¹⁷⁰ Esto también lo señala Ortale (2002) en relación a las madres que tenían hijos con problemas nutricionales en el contexto del conurbano de la ciudad de La Plata, que visitaban curanderos para curar a sus hijos de “pata de cabra”, porque los médicos no “sabían curar ciertas cuestiones.” (2002, p. 295)

“factores de riesgo que fragmentan la diversidad de problemas sociales y económicos involucrados en el estado de salud de las poblaciones destinatarias” (Breihl, 2011, p. 32). En este sentido, los riesgos sanitarios de la población paciente, son comprendidos por el personal de salud como aquellas cuestiones sobre las que supuestamente se puede incidir, como los comportamientos de los pacientes. Por ejemplo, el saneamiento ambiental, es comprendido como una responsabilidad de los pacientes, sobre todo materna, mientras que la falta de conexión a redes de agua potable o la exposición a plaguicidas -que “no se pueden modificar”- no son tomadas en cuenta a la hora de explicar la emergencia de un malestar.

Los relatos de las madres sobre sus experiencias con curanderos y las prácticas rituales para cuidar a sus hijos, a través de bendiciones, nos permitieron observar qué es considerado “buen cuidado” (Tronto, 1993) en el contexto de estudio, y que no siempre coincide con lo que brinda el PROAPS como cuidado infantil. En este sentido, el cuidado infantil, desde la perspectiva de las madres, refiere a la búsqueda de instancias terapéuticas donde se registre las sensaciones de los cuerpos infantiles, y la confianza con el médico y/o curador en cuestión.

Ahora bien, la perspectiva etnográfica sobre los itinerarios terapéuticos (Alves y Souza, 1999) permite observar cómo las madres toman decisiones y negocian valores, prácticas y conocimientos, articulando ambas lógicas en la búsqueda de su salud y la de sus hijos. En estas estrategias, desplegadas para solucionar padecimientos, se observan además cómo las desigualdades de clase, nacionalidad, género y edad, así como la diferencia étnica, influyen marcadamente en las formas en que las mujeres acceden o no al sistema de salud. A la condensación de discriminaciones y vulneraciones de derechos que sufren por su condición de mujeres, indígenas, pobres y migrantes, se suman los problemas de infraestructura del Hospital de San Vicente de Paul, la falta de personal médico y las características del transporte público que muchas veces obstaculiza la movilidad hasta los centros de salud. Estas últimas cuestiones, muchas veces son omitidas por el personal sanitario, que argumenta que el funcionamiento deficitario de la atención se debe únicamente a las poblaciones migrantes.

La perspectiva etnográfica, ha permitido también observar que los sujetos que integran el sistema de salud no siempre se corresponden con el sujeto construido por la racionalidad neoliberal (e.g. Rose, 2003). Tanto el personal de salud como las madres pacientes, desconfían de la eficacia del sistema de salud pública. Para las madres, la desconfianza se nutre de experiencias traumáticas en la atención, que a su vez, forman

parte de la construcción social del riesgo en estos contextos. Las mujeres, sean o no madres, advierten los “riesgos” de ir a buscar atención médica al hospital San Vicente de Paul y si pueden, lo evitan. Tal como en otros contextos, lo “sanitario” deviene un espacio de creciente medicalización y de sospecha para los usuarios (Epele, 2010a). Esto no excluye que en este espacio se entablen relaciones de confianza entre ciertos médicos y ciertas pacientes, como vimos en el caso de Damiana.

En línea con diversas investigaciones que sugieren los significados que adquiere la atención médica para poblaciones de sectores vulnerables, que emergen como sujetos “bajo sospecha” en el ámbito sanitario (Epele, 2010a; Suárez, 2016), en el contexto de Orán advertimos que la desconfianza no sólo se da en los vínculos entre personal de salud y pacientes, sino también entre médicos y agentes sanitarios. Mientras los agentes sitúan su *ojo clínico* sobre las madres, los médicos y enfermera/os sospechan del desempeño de los agentes. Cuanto más cercana al *territorio* es la acción estatal que provee la atención sanitaria, menos poder tiene el agente estatal que la realiza. Ellos viven en los mismos sectores de salud de las poblaciones que atienden y además de estar ubicados en una situación incómoda, son los primeros en ser juzgados cuando emerge un caso de gravedad, sobre todo si se trata de un niño. En estos desencuentros y tensiones del ambiente sanitario, se pierde de vista el objetivo de brindar “salud para todos” y el orgullo sanitarista por este legendario programa de salud rural.

Las intervenciones del PROAPS construyen el padecimiento infantil como el resultado de comportamientos inadecuados de sus padres. Esto ubica a las madres, que son las principales cuidadoras de los niños, en el centro de las sospechas del *ojo clínico* de los trabajadores del sistema de salud pública. De este modo, el cuidado infantil, desde la mirada del PROAPS, adquiere significados de control, monitoreo y censos de población, que se articulan con una determinada moralidad en torno a la infancia y la maternidad.

El maternalismo político (Nari, 2004) que subyace a la implementación de políticas focalizadas del PROAPS, se enlaza con los sentimientos morales asociados al colectivo infantil (Fassin, 2016). El riesgo inmunológico de los primeros años de vida se asocia de modo inextricable con ideas de vulnerabilidad e inocencia, que convierten a los niños en los destinatarios más legítimos de las acciones de salud pública. Esto no quiere decir que negamos la necesidad de cuidar la salud durante los primeros años de vida. Sin embargo, advertimos que la reificación de la vulnerabilidad infantil en los sectores pobres, materializada por las políticas focalizadas, genera el efecto peligroso de

“dejar de lado la salud de la población general” (Fassin, 2016, p. 247) y por lo tanto omitir, la importancia de la salud de las y los cuidadores. Asimismo, el análisis desplegado evidencia el proceso por el cual la infancia rural, criolla e indígena, es asumida como esencialmente vulnerable, omitiendo los procesos sociales, históricos, económicos y políticos conformadores de dicha vulnerabilidad (Frankenberg, Robinson y Dellahooke, 2000).

CAPÍTULO 5

Tensiones en torno a la (des)nutrición.

En febrero de 2011, fallecieron en menos de una semana nueve niños provenientes de comunidades indígenas de los departamentos de Rivadavia y Santa Victoria de la provincia de Salta (*La Nación*, 11 de febrero de 2011). Los acontecimientos adquirieron visibilidad mediática a nivel nacional e internacional (*BBC*, 18 de febrero de 2011), ubicando a la gestión del gobierno de Juan Manuel Urtubey en el ojo del conflicto, generando la aparición de nuevos portavoces de la infancia (Rabello de Castro, 2001) y la implementación de medidas focalizadas en el colectivo infantil, especialmente indígena. Estas acciones, fueron denominadas como parte de una “*lucha*” del gobierno salteño “*contra*” la desnutrición.

Las políticas sociales que analizaremos a lo largo de este capítulo son parte de la *lucha contra la desnutrición* implementada por el gobierno de Salta, en articulación con el gobierno federal, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales. En vistas de analizar el material etnográfico sobre las prácticas y los discursos involucrados en las acciones para combatir dicha problemática, recuperamos los trabajos de Fassin (2003, 2016 [2010]), quien señala la necesidad de considerar la dimensión moral de la gubernamentalidad neoliberal (e.g. Rose, 2003; Edwald, 1991). Fassin (2016) sostiene que son los sentimientos morales los que nutren los discursos y legitiman ciertas prácticas, porque “nos conducen sobre el malestar de los otros y nos hacen querer corregirlo, especialmente cuando estos se dirigen a los desposeídos y a los dominados” (2016, p. 11). Así, las técnicas y procedimientos que llevan al “gobierno de los otros” forman parte de un “gobierno humanitario” que “administra, regula y favorece la existencia de seres humanos” (ídem). En esta línea de análisis, el gobierno es entendido en un sentido amplio, en tanto excede a la intervención estatal. Incluye entonces organismos internacionales, colectividades, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación e instituciones diversas que procuran colaborar con la finalidad de “gobernar a los otros” por medio de un “lenguaje de lo humanitario, que une de modo inextricable valores y afectos” (ídem). De este modo, no sólo contemplaremos las acciones de gobierno, sino también cómo el problema de la desnutrición fue abordado en la esfera pública a través de los medios de comunicación, y desde las voces de funcionarios de gobierno y diversos expertos.

Siguiendo las ideas de Fassin (2016 [2010]), nos concentraremos en primer lugar en caracterizar el problema de la desnutrición desde una perspectiva médica y luego presentar el panorama nutricional en el contexto argentino. Luego presentaremos los debates en torno al “*drama*” de la desnutrición y los diversos sentimientos morales que se desplegaron para justificar las intervenciones sobre la población infantil. Por último, con el objetivo de problematizar los “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2011, 2015) que abonan una comprensión de la alimentación como una elección cultural y/o individual, se analizarán los datos cuantitativos de un muestreo intencionado (Patton, 1990) que busca aportar al análisis de los datos etnográficos. El objetivo de esta última parte consiste en analizar la relación entre la emergencia de déficits nutricionales y la organización del cuidado, la desigualdad de género y las diversas situaciones de la población en cuanto a la posesión de tierras.

5.1. Pasos para una comprensión de la (des)nutrición

5.1.1. Definiciones médicas

La malnutrición tiene efectos directos sobre la salud de las personas y si ocurre durante los primeros años de vida pueden tener efectos irreversibles. Se dice entonces que los 1.000 primeros días de vida de una persona –gestación y dos primeros años– constituyen un período crítico porque es cuando se “produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afectará a la salud y el desarrollo intelectual del niño el resto de su vida” (UNICEF, 2015).

La perspectiva pediátrica, que ha tenido gran influencia en los significados en torno a la infancia, sostiene que las medidas de talla y peso de los niños constituyen un dato fundamental para la elaboración de estadísticas de salud de un país y la evaluación de sus intervenciones. Así pues, “la vigilancia del crecimiento y el desarrollo infantil constituyen los ejes conceptuales alrededor del cual se va vertebrando la atención a la salud infantil” (Calvo et.al., 2009, p. 13). Esta vigilancia se realiza utilizando técnicas antropométricas, que por su simplicidad y bajo costo son ampliamente utilizadas como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “estas medidas hacen posible la identificación de individuos de riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también permiten predecir riesgos futuros. Esta identificación permite seleccionarlos para la implementación de intervenciones y, al mismo tiempo, evaluar el impacto de las

intervenciones” (WHO, 1995). De este modo, la nutrición adecuada es una condición necesaria para la salud infantil y el seguimiento del crecimiento se destaca como una de las estrategias básicas para monitorearla¹⁷¹.

En 2006, la OMS desarrolló un patrón internacional para evaluar el crecimiento de los niños incluyendo recomendaciones de alimentación y salud, ya que “la crianza y la alimentación no son variables independientes del crecimiento y el desarrollo de los niños” (Calvo et.al., 2009:13). Estas tablas, denominadas NCHS (National Center for Health Statistics Service) han sido avaladas y utilizadas por la Sociedad Argentina de Pediatría, al igual que por los profesionales de salud que atienden niños menores de 6 años en el Primer Nivel de Atención –como el PROAPS- y en las instituciones hospitalarias, formando parte de los instrumentos de aplicación de las políticas de salud del Ministerio de Salud de la Nación y de las provincias.¹⁷²

Los agentes sanitarios del PROAPS son los responsables de tomar las medidas antropométricas de los niños de 0 a 6 años de las poblaciones más pobres del país. Con estas medidas se construyen indicadores poblacionales a partir de la vinculación entre un valor de referencia –que constituye el estándar de normalidad- con el que se comparan los datos producidos y un límite de inclusión o punto de corte, es decir, un umbral que permite distinguir lo normal y lo patológico (Carmuega y Durand,2000). Las tablas NCHS están graficadas en los formularios de los agentes sanitarios y en los carnets de cada paciente, permitiendo el registro en referencia con una población muestral que presenta una distribución normal. El límite o punto de corte para distinguir lo normal y lo patológico se define como una distancia determinada con respecto al valor promedio. La distancia puede estar expresada bajo la forma de desviaciones estándar, de percentilos o de porcentaje de adecuación a la mediana¹⁷³. Siguiendo estos criterios, se entiende entonces que:

¹⁷¹ “Desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad los niños crecen, en promedio, alrededor de 37 cm. Esta velocidad de crecimiento –unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo– no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal” (Calvo et. al., 2009).

¹⁷² Hasta 2006, en Argentina se utilizaron tablas de peso y estatura nacionales. Las NHSC son el resultado del estudio multifocal que la OMS realizó entre 1997 y 2003 en Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán, y Estados Unidos. El Multicenter Growth Reference Study (MGRS) combinó un estudio longitudinal desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, con un estudio transversal de los niños de 18 a 71 meses de edad. Ver http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary/es/. Consultado el 7/6/2017.

¹⁷³ En relación al indicador peso/edad, los sistemas de monitoreo del crecimiento en atención primaria toman como punto de corte el percentilo 10, particularmente en los menores de 2 años, a quienes únicamente se pesa. Al transformar las mediciones directas en índices, también cambian las unidades en que se expresan, ya no hablamos de kilogramos o centímetros sino que los índices antropométricos se expresan en tres sistemas principales, a saber: *Percentilos*, *Puntaje Z* o puntaje de desvío estándar. Para profundizar sobre cómo se toman las mediciones ver Calvo et.al. (2009).

- Desnutrición “Aguda”: Implica bajo peso para la talla o edad. Resulta de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.
- Desnutrición “crónica”: Retardo de altura para la edad. Este tipo de desnutrición también recibe el nombre de *stunted growth* (crecimiento retrasado en castellano).
- Desnutrición “global”: Deficiencia de peso para la edad. Se puede detectar en menores de un año sólo midiendo peso y talla de modo aislado. Su índice se compone de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$)
- Obesidad: Exceso de peso para la talla. (Gobierno de Salta y Unicef Argentina, 2012).

Si bien estos indicadores se elaboran a partir de medidas corporales individuales, y la desnutrición infantil “pertenece al campo de la intervención médica” (Ortale, 2002, p. 23), hablar de sus causas y efectos remite a complejos procesos sociales, políticos y económicos. Así, las diferencias observadas en el crecimiento y el tamaño corporal de los niños, no pueden ser atribuidas a diferencias étnicas o culturales¹⁷⁴, sino a desigualdades en el acceso a la alimentación, a la posición en la estructura social y a las condiciones de vida en general, entre otras cuestiones (Bergel Sanchís, 2014; Ortale, 2002).

5.1.2. La desigualdad nutricional el contexto argentino.

La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENNyS, 2007), reveló que la prevalencia de obesidad alcanzaba el 10,4%, el retraso en la talla afectaba al 8,0%, el bajo peso al 2,1% y el bajo peso para la talla al 1,3% (Calvo et.al., 2009). Si bien en los últimos años se ha registrado que la frecuencia de desnutrición aguda disminuyó, en algunas regiones, el porcentaje de niños con desnutrición crónica es aún elevado. En tal sentido, diversos estudios realizados en Argentina confirman la tendencia observada en otros países de América Latina hacia una disminución de la desnutrición conjuntamente con un aumento del sobrepeso y la obesidad (Bejarano et al., 2005; Bolzán et al., 2005; Cesani et al., 2010; Oyhenart et al., 2008a; Dahinten et al., 2011; Bergel et. al, 2012; Bergel, 2014). Sin embargo, existen contrastes regionales que se reflejan en el estado

¹⁷⁴ Es inevitable la referencia a Boas (1921) y su crítica hacia el racismo, a través del estudio donde comparó la primera y la segunda generación de más de 18.000 inmigrantes en los Estados Unidos. En el estudio encontró que la segunda generación, con mejores condiciones de vida y alimentación, lograba superar las medidas craneales y la talla en una sola generación. Hasta entonces, la antropometría se utilizaba sólo como marcador poblacional y racial.

nutricional de las diversas poblaciones que lo componen. Tal es el caso de los pueblos indígenas, que presentan indicadores epidemiológicos distintos de la media nacional.

Si bien no existen estudios que expongan la realidad de los niños indígenas a nivel nacional, se encuentran trabajos realizados en escalas poblacionales menores desde una perspectiva médica. Un estudio pediátrico realizado en una comunidad mocoví de la provincia de Santa Fe (Labadie, 2010) señala que el 51,06% de los niños presentaron malnutrición, con un 30,5% de prevalencia en desnutrición (9,57% desnutrición aguda y 10,7% desnutrición crónica). Por su parte, las pediatras Mampaey y Van Velde (2013) realizaron una investigación en comunidades mbya-guaraníes del municipio Ruiz de Montoya (Misiones) donde registraron 61,29% de niños entre 1 y 6 años con desnutrición crónica -*stuning*- y 47,83% en menores de 1 año.

En el contexto de Salta, encontramos estudios recientes que analizan el estado nutricional de poblaciones infantiles indígenas. En un trabajo realizado en los departamentos Rivadavia, Banda Norte y Santa Victoria Este, Castillo (2011) registró que existe una prevalencia de desnutridos crónicos del 62,4% en el grupo de 1 a 4 años y 37,5% en menores de 1 año (Castillo, 2011). Por su parte, Cabianca et. al., (2009) analizaron el estado nutricional de 29 niños de una comunidad chané de la localidad de Aguaray, todos ellos pacientes del Programa de Atención Primaria de la Salud, encontrando 26 niños –promedio 6-8meses- con estado nutricional normal, 3 en exceso de peso y ninguno con mal nutrición por déficit. Este estudio explora aspectos sociales de la alimentación y señala la comensalidad como un hábito característico de las familias indígenas.

Publicaciones oficiales, como las que provee la Sala de Situación de la provincia de Salta (Astudillo et.al., 2011) señalaron que el 34% sobre el total de la mortalidad infantil pertenecía a comunidades indígenas. Entre las principales causas de mortalidad, identificaron las enfermedades respiratorias (26,2%), diarrea y deshidratación (17,7%), otras infecciones (9,2%), embarazo y parto (15,4%), por causas desconocidas o mal definidas (13,8%) y no reducibles (17,7%) (Astudillo et. al, 2011, p. 31). El informe concluye que aproximadamente el 70% de las causas de mortalidad de niños y niñas indígenas, se debe a causas reducibles, es decir, que pueden ser prevenidas y modificadas con una mejor atención del sistema de salud (Ferrario, 2010; de Sarasqueta et. al, 1994). Si bien estos datos no hablan exclusivamente sobre la problemática alimentaria, permiten observar la crítica situación sanitaria de los niños indígenas, planteando “necesidad de

implementar programas especiales” (Astudillo et. al. 2011, p. 29), como los que analizaremos en los próximos apartados.

5.2. El *drama* de la desnutrición salteña.

A pesar de la diversidad de estudios mencionados que advierten desde finales de siglo XX la problemática de la desnutrición en pueblos indígenas, la misma adquirió su máxima visibilidad en febrero de 2011 y en septiembre de 2013, con la aparición de informes periodísticos que documentaban casos fatales de niños indígenas y sus condiciones de vida, como mencionamos al abrir este capítulo.

Desde el gobierno nacional, se respondió a las críticas refiriéndose a los informes de organismos internacionales, que declaraban que el país había erradicado el hambre¹⁷⁵. Por su parte el gobierno provincial de Salta, declaró asumir las críticas a su gestión¹⁷⁶ y ubicó a la desnutrición como una “política de estado” (Gobierno de la Provincia de Salta, 2 de septiembre de 2013). En palabras del gobernador:

“...yo no transfiero nuestra responsabilidad pero debemos advertir que es en lo cultural donde está el verdadero problema...Estos son dramas estructurales, que no tienen que ver con la falta de alimento solamente, sino con cuestiones culturales. Si se muere un niño es un drama y muestra que no pudimos resolver el problema. Los salteños necesitan que desde el Gobierno nos hagamos cargo, y es lo que estamos haciendo” (*La Política Online*, 3 de febrero de 2011).

Resulta relevante señalar que la referencia a *lo estructural* formulada por el gobernador provincial, no tenía el significado que los estudios sociológicos o económicos le asignan a lo estructural, como la dimensión del mercado y/o los procesos generadores de desigualdades que afectan el acceso de los sujetos a los alimentos. Lo *estructural* refería en este discurso a algo dado, inmutable e inexorable. Así, este concepto cerraba el sentido de cualquier conversación que intentara dotar de un modo procesual los

¹⁷⁵ “La Argentina erradicó el hambre, en un contexto regional de “crecimiento económico, compromiso político y una decidida acción pública, bajo el ‘enfoque de doble vía’ que complementa políticas que atienden las urgencias sociales con aquellas cuyo objetivo es cambiar las estructuras que generan exclusión y desigualdad”, señaló la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)” en *Página 12*, 4 de diciembre de 2013.

¹⁷⁶ Juan Manuel Urtubey es gobernador de la provincia de Salta desde 2007. En la actualidad está ejerciendo su tercer mandato (2007-2011, 2011-2015, 2015-2019).

problemas sociales de la provincia, y se adhería a la idea del subdesarrollo, la miseria y la ignorancia como rasgos intrínsecos de gran parte de la población. Del *drama de lo estructural*, se desprendía la imagen de las poblaciones indígenas como una “pesada herencia” provincial, cuyo territorio justo coincidió con el de estas poblaciones resistentes al desarrollo y la modernización. De este modo, la desnutrición dejó de ser comprendida como una problemática sociológica, económica y/o alimentaria, para aparecer como un *problema estructural*, vinculado a la infancia y a la *diferencia indígena*.

La *cuestión cultural*, no remitía a cualquier etnia indígena, sino más específicamente a los wichís. En este sentido, Urtubey señaló:

"Tenemos comunidades de diversas etnias. Hay algunas que son más complicadas, como los wichís, porque hay cuestiones culturales que hacen difícil abordar una problemática de este estilo adentro de la casa" (*El Intransigente*, 3 de febrero de 2011).

En línea con estos “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2011b; 2015) el entonces vice-gobernador Andres Zottos responsabilizó a los “hermanos aborígenes por destinar el dinero que perciben en subsidios a otras prioridades menos urgentes que la alimentación” (*La Voz*, 9 de febrero 2011). De este modo, el funcionario ubicaba la responsabilidad de los déficits nutricionales en el cuidado inadecuado provisto por los adultos de las comunidades indígenas, abriendo un horizonte de críticas a quienes tienen hijos y luego no saben cómo criarlos adecuadamente.

Por su parte, Enrique Heredia, ministro de Medicina Social del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta en 2011, dijo “que el problema de la desnutrición infantil estaba siendo “politizado” y las palabras de Urtubey “tergiversadas” (*BBC*, 18 de febrero de 2011). En este sentido, las opiniones de diversos especialistas, explicaron la desnutrición como un problema moral (*El Tribuno*, 3 de septiembre de 2013), vinculado a la corrupción política del gobierno nacional (Facundo Manes, 11 de mayo de 2015), que pertenecía a la misma fuerza política que el gobernador Urtubey.¹⁷⁷

También se encontraban diversas interpretaciones sobre el drama de la desnutrición desde los portavoces de la infancia pertenecientes al gobierno provincial.

¹⁷⁷ Si bien Juan Manuel Urtubey era miembro del Partido Justicialista, al igual que Cristina Fernandez de Kirchner (presidenta entre 2007-2011 y 2011-2015), no se caracterizaba por ser un político alineado con las ideas características de los gobiernos kirchenristas. Al igual que el Dr. Albino, Urtubey es miembro de la Prelatura de la Santa Cruz y Opus Dei, más conocida como Opus Dei en Argentina, una asociación católica conservadora de élite.

Luego de los casos de 2011, el ministro de Salud de la provincia, Heredia, argumentó que las muertes infantiles no se debían a la falta de acceso a alimentos o de ayuda estatal, sino a otros problemas de salud, provocados por múltiples factores, entre los que destacó el clima. “En esta época del año es cuando más calor hace en la provincia y siempre hay un aumento de casos de niños que mueren por deshidratación, por no tener acceso a agua potable y contraer enfermedades como la diarrea” (BBC, 18 de febrero de 2011). Las altas temperaturas eran entendidas también como un factor estructural, que naturalizaba las precarias condiciones sanitarias de la población indígena y que *siempre* había existido, como “muertes de verano”.

Los casos fatales por desnutrición en comunidades indígenas, continuaron siendo visibilizados de modo intermitente por los medios de comunicación¹⁷⁸. Por su parte, los funcionarios provinciales se esforzaban en aludir a otros diagnósticos clínicos –como deshidratación- para definir las “verdaderas causas” de las muertes infantiles, aunque los mismos estuviesen estrechamente ligados a cuadros de desnutrición.¹⁷⁹

En su análisis de las políticas de salud intercultural hacia poblaciones indígenas en el contexto de Tartagal, Lorenzetti (2011b, 2015) señaló la elaboración de “argumentos culturalistas” para explicar tanto los problema de salud indígenas como los déficit nutricionales. Coincidiendo con sus análisis, que permiten observar el proceso de “culturización de la pobreza y biologización de la diferencia indígena” (2011b, p. 23), destacamos que la desnutrición comenzó a comprenderse además como un problema limitado a las poblaciones infantiles y a ser explicado a través del despliegue de “sentimientos morales” (Fassin, 2016, p.10).

En relación al abordaje sensacionalista sobre las condiciones de vida de las poblaciones indígenas, la imagen del sufrimiento de los niños cobró más visibilidad e importancia que la de los adultos. Al respecto, Fassin (2016) sostiene que la representación de los niños como víctimas, de la enfermedad y el poder a la vez, “aparece retrospectivamente como un elemento central de la movilización social y de la

¹⁷⁸ En 2013 y 2015, diversos casos fatales de niños y niñas de comunidades aborígenes adquirieron visibilidad mediática. (Aranda, 17 de mayo de 2015). Uno de los picos más altos de conflictividad en el gabinete provincial fue cuando ante las muertes de niños por desnutrición en febrero de 2015, Cristina Lobos entonces secretaria de nutrición declaró: "el Ministerio de Salud no es un obituario para publicar los muertos" (*El Tribuno*, 11 de febrero 2015).

¹⁷⁹ Según el Ministerio de Salud de Salta, los nenos murieron la semana pasada por “deshidratación”, ya que “presentaban cuadros de diarrea y vómitos”, por lo que fueron atendidos en el hospital Juan Domingo Perón de Tartagal”. (*Clarín*, 1 de febrero de 2011). Ante otros casos, la respuesta oficial se dedicó a distinguir entre “deshidratación” y “desnutrición” (*El Tribuno*, 11 de noviembre de 2016).

producción mediática” (2016, p. 245). Lo peligroso de estos abordajes cargados de sentimentalismo, es que configuran una “teoría moral de la elección” de las madres cuidadoras, generando explicaciones esencialistas de los comportamientos, “que terminan convirtiendo a las víctimas en culpables” (ibidem, p. 246).

En los próximos apartados, relevaremos las prácticas sanitarias desplegadas en el contexto salteño e identificaremos la diversidad de actores involucrados en pos de combatir la desnutrición. La perspectiva etnográfica nos permitirá entonces analizar las prácticas implementadas, los sujetos involucrados y las tensiones generadas en torno a los significados de la infancia, su cuidado y su nutrición.

5.3. La lucha contra la desnutrición.

5.3.1. La definición de los destinatarios.

En primer lugar, resulta relevante señalar que el gobierno provincial ya realizaba acciones para la prevención y el tratamiento de dicha problemática desde el año 2004. Las mismas eran desarrolladas por los agentes sanitarios del PROAPS y se enmarcaban en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria¹⁸⁰ (PNSA-Ley N° 25.724). Este plan involucraba en su reglamentación acciones directas –como la educación alimentaria, el control nutricional, la transferencia monetaria para alimentos o la entrega de módulos alimentarios-; e indirectas – regulación de precios, tipo de cambio, subsidios, investigación científico-tecnológica, entre otras (CIPPEC, 2009).

Al ser elaborado en un contexto de emergencia alimentaria¹⁸¹, el PNSA focalizó sus acciones sobre una población objetivo: embarazadas y niños hasta 5 años, adultos mayores a partir de los 60 años, sin cobertura social y población con distintos grados de desnutrición (CIPPEC, 2009). En el contexto salteño, las acciones del PNSA implicaban diversas prestaciones, entre las cuales se destacaban la asistencia alimentaria y nutricional directa, que consistía en la distribución de módulos alimentarios, tickets o la *tarjeta*

¹⁸⁰ Tal como hemos anticipado, la ley 25.724 se considera un antecedente clave de la Ley de Protección Integral de la Infancia (N°26.061) ya que es la primera en la Constitución Argentina en ubicar a los niños como titulares de derechos.

¹⁸¹ Este plan se implementó luego de la declaración de la Emergencia Alimentaria Nacional en el año 2002. Si bien fue elaborada por especialistas en problemáticas alimentarias, la ley 25.724 se denominó “El Hambre más Urgente” gracias a gestiones de ONGs como Poder Ciudadano, medios de comunicación como La Nación, el canal América TV, así como por algunas empresas, como Metrogas, Metrovías y Fundación Andreani que consiguen el número de firmas equivalente al 1,5 del padrón electoral y consiguen la reglamentación en abril de 2003 a través del Decreto N° 1018/03.

Nutrivida, habilitada para comprar alimentos; la asistencia a comedores sociales infantiles y comunitarios; el incentivo y la capacitación en autoproducción de alimentos, que involucraba las actividades de insumos y capacitación para realizar huertas y el mejoramiento de servicios alimentarios de comedores escolares junto con el cuidado de la embarazada y el niño. En este último punto, el Plan contemplaba la articulación con programas provinciales y municipales, como el PROAPS que tenía a su cargo la clasificación de los grados de desnutrición y el desarrollo de tareas de prevención (estimulación temprana, desarrollo infantil y educación alimentaria) (CIPPEC, 2009).

Los controles nutricionales realizados por los agentes sanitarios, eran fundamentales para definir los destinatarios del PNSA. En noviembre de 2010, la primera vez que ingresé al campo, en *la salita* de salud del 26, había un cartel pegado en la puerta que decía “La prioridad son los niños desnutridos” sellado por A.P.S. y el Ministerio de Salud de la Provincia de Salta. En aquel momento, esta priorización se efectivizaba a través del seguimiento de las familias donde había niños con mayores indicadores de riesgo de desnutrición. En una pared del CAPS, había un afiche separado en tres columnas donde decía L (Leve), M (Moderada), G (grave), con triángulos de papeles de colores que representaban los pacientes en cada estado. En aquel momento los agentes me dijeron que, en la zona del 26, había 7 niños “*en L*”, 12 “*en M*” y ninguno “*en G*”.

Hasta 2012, los agentes sanitarios medían talla (T) y peso (P) para calcular si su paciente tenía un peso “adecuado” (A) o de lo contrario, podía ser diagnosticado con diversos “grados” de desnutrición:

- “*Grado 1*”. Para niños en cuyo índice de relación T/P se observase una sola desviación estándar del parámetro de normalidad. Se refiere a la Desnutrición Crónica (ver apartado 5.2.1). Los niños con este diagnóstico recibían visitas del PROAPS cada dos semanas.
- “*Grado 2*”. Para niños en cuyo índice de relación T/P se observase dos desviaciones estándar. Equivalía a desnutrición grave. Recibían visitas de APS cada semana.
- “*Grado 3*”. Para niños en cuyo índice de relación T/P se observase tres desviaciones estándar. Equivalía a desnutrición global e implicaba que el niño fuese derivado con urgencia al hospital de referencia o a un centro de salud con servicio de recuperación nutricional.

Todos los pacientes del PROAPS, menores de seis años, recibían 2 kilogramos de leche en polvo fortificada una vez por mes. Los que presentaban niveles moderados o leves de desnutrición, 3 kilogramos de leche hasta los dos años, y quienes tenían desnutrición aguda, 4 kilogramos, también hasta dicha edad. La entrega de leche estaba a cargo de los agentes sanitarios, mientras que la distribución de los módulos alimentarios implicaba la articulación entre el PROAPS y agentes estatales del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, como veremos a continuación.

5.3.2. La entrega de *bolsones*.

Ante los ya citados casos fatales de niños y niñas indígenas en 2011, la respuesta del gobierno provincial fue en primer lugar brindar un “refuerzo alimentario” a “diez mil familias aborígenes del norte provincial, en los municipios Santa Victoria Este, Rivadavia Banda Norte y Sur, Tartagal, General Mosconi, Embarcación y Pichanal, con niños de 6 meses a 5 años de edad y que se encuentren bajo control en el programa de Atención Primaria de la Salud”¹⁸². Estas medidas, que inicialmente se planificaron para ser realizadas durante cuatro meses, continuaron implementándose como parte del Plan Focalizado Aborigen, y luego pasaron a formar parte de la órbita de la Secretaría de Asistencia Crítica del Ministerio de Derechos Humanos de la Provincia de Salta¹⁸³. Todas estas acciones, con diversas siglas y nombres, eran subprogramas del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) e implicaban el suministro de alimentos a una población objetivo.

¹⁸² “El refuerzo alimentario será entregado de manera mensual y constará de leche fortificada, aceite, azúcar, frangollo, sémola, fécula de maíz, postre fortificado, arroz, fideos, harina, durazno en almíbar, viandada, caballa, dulce de membrillo, yerba y puré de tomate”. (Gobierno de la provincia de Salta. Ministerio Derechos Humanos y Justicia, 27 de octubre de 2011).

¹⁸³ A partir de 2013, la Secretaría de Asistencia Crítica comenzó a tener a su cargo el Plan provincial Alimentario, que brindó asistencia alimentaria a través del AIPAS (Abordaje Integral de las Políticas Alimentarias Salta) con el objetivo de unificar “los ex programas NutriVida, Tarjeta Social y Focalizado B (para diagnóstico de pacientes con Tuberculosis) en una sola prestación (AIPAS), Celíacos y Programas Sociales Comedores Infantiles y Pan Casero, Pueblos Originarios, permitiendo el abordaje de la situación alimentaria y nutricional para la cobertura de familias altamente vulnerables. (...)El Plan Provincial Alimentario consiste en lograr en las familias socialmente vulnerables, una sumatoria de recursos alimentarios, de manera que se pueda impactar sobre las tasas de desnutrición y generar mecanismos de promoción sobre alimentación saludable y de prevención de la desnutrición.” En Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio Derechos Humanos ver <http://derechoshumanos.salta.gov.ar/asistencia-critica/aipas.php>. Consultado el 8/6/2017.

La entrega de módulos alimentarios¹⁸⁴ era ejecutada por técnicos de la Secretaría de Desarrollo Comunitario del Ministerio de Derechos Humanos de la Provincia de Salta. En el trabajo de campo, observé que estos agentes estatales tenían vehículos y vestimenta con insignias que decían Ministerio de Desarrollo y Acción Social de la Provincia de Salta. En teoría, las entregas debían realizarse una vez por mes. Sin embargo, tanto los agentes sanitarios como las madres de niños destinatarios relataban irregularidades en los tiempos de entrega, que pude registrar en algunas ocasiones.

El procedimiento de entrega incluía una serie de pasos. Primero, los agentes del PROAPS debían realizar correctamente las rondas sanitarias de su sector de salud para determinar la cantidad de niños con grados de desnutrición. Luego debían anotarlos en una lista que era entregada a los empleados de la secretaría de Desarrollo Comunitario. Ellos llegaban en una camioneta blanca con el escudo provincial, que tenía un baúl descubierto cargado con montañas de módulos alimentarios. Uno de estos agentes estatales, al que se llamaba “hombre de los bolsones” se quedaba parado en la caja de la camioneta sosteniendo que no se cayeran los bolsones y controlando que nadie que no corresponda retirase alguno. Otro de ellos, ubicaba un escritorio y una silla donde se sentaba y recibía los listados de pacientes que cada agente sanitario entregaba.

Durante el trabajo de campo presencié cuatro entregas de módulos (tres en Fortaleza y una en Morillo, Rivadavia). En dos ocasiones -en Fortaleza- observé cómo los “hombres de los bolsones” luego de contar la cantidad de módulos pedidos en los listados, informaban no disponer de esa cantidad, ante lo cual no se comprometían a traer más módulos, sino que exigían a los agentes sanitarios “depurar” a alguien de su “sector”. La acción de *depurar*, generaba conflictos entre agentes sanitarios, que comenzaban a discutir –algunas veces a los gritos- para no *depurar* en su sector. Pues no entregar el módulo alimentario prometido, implicaba quejas y discusiones con pacientes que perdían la confianza en la labor de los agentes sanitarios. Al respecto, Felisa me contó en una oportunidad que llegó a una vivienda y que la abuela de uno de los niños le echó sal en la cabeza “*como si me echase una maldición, porque yo le prometí un módulo que nunca llegó, pero no es mi culpa y mi supervisor me dice que no es su culpa y todo así, nadie se hace cargo y se enojan conmigo*” (EA58). Esta situación permite observar la constelación de sentimientos y tensiones que giraba en torno a la entrega de módulos,

¹⁸⁴ En marzo de 2013 los módulos alimentarios contenían 2 kilogramos de sémola, 2 kilogramos de azúcar, 1 kilogramo de arroz, 2 litros de aceite de maíz, 4 kilogramos de fideos secos, 500 gramos de membrillo, 2 latas de duraznos en almíbar y 2 kilogramos de leche fortificada.

junto con la posición conflictiva de los agentes sanitarios. Por un lado, las quejas de los agentes sanitarios frente a su relación subordinada hacia los representantes provinciales del PNSA. Por otro lado, los reclamos de la población paciente, a quienes se les indicaba el suministro de un módulo alimentario, como una suerte de remedio ante un caso de desnutrición, pero que no siempre era entregado.

La asistencia alimentaria además despertaba tensiones sobre los usos que la población más pobre y vulnerable hacía de ella, como veremos a continuación.

5.3.3. Las estrellitas del sector.

Una mañana de septiembre de 2012, llegaba a la sala de salud de Fortaleza, cuando Felisa estaba iniciando su ronda sanitaria y me preguntó riéndose, “¿No me querés acompañar a visitar una de mis estrellitas del sector, a un desnutridito?”. El tono irónico se debía a que quienes estaban desnutridos eran los más legítimos destinatarios de las acciones de APS, por eso “yo siento que son nuestras estrellitas, todo tiene que ser para ellos” me explicaba la agente sanitaria ava-guaraní. Esta directiva, de que los desnutridos eran la prioridad de APS, guardaba relación con los carteles que se pegaban en las salas de salud, y con el revuelo mediático generado por las muertes de niños y niñas desnutridos.

Ese día visitamos una casa donde vivían “dos grado tres”. Se trataba de Jonathan de 14 meses y María de 8 meses. Ambos niños eran primos, integrantes de una familia wichí donde vivían cuatro generaciones: abuela, madre, tres hijas y cinco nietos, entre los que se encontraban los *desnutriditos*. Mientras Felisa aplaudía avisando que quería entrar a la casa para iniciar la visita médica, me decía al oído lo mismo que ya había escuchado otras veces, “esta casa es de wichís.....” poniendo cara de preocupación. Luego de la recurrente introducción al organigrama social de alteridades salteñas, que ya abordamos en el capítulo 4, ingresamos al comedor de la vivienda, donde había tres sillas, una mesa y dos reposeras, que rodeaban un televisor prendido. Al fondo de la sala estaban la pileta y la cocina, pero sin conexión a gas, por lo tanto tenía un uso más de alacena que de horno. En el patio exterior, una mujer (la bisabuela de los pacientes) estaba haciendo un fuego y cortando verduras para hacer un guiso con fideos secos. Al costado del televisor estaba el “bolsón”, abierto, que exponía que ya habían sido utilizados varios paquetes. Había tres niños en el piso, gateando y jugando con unas cajas de cartón y algunos paquetes del bolsón.

Felisa tomó una de las sillas mientras saludaba a “las mami”, apoyó su bolso en la mesa y comenzó a sacar las carpetas donde tenía los formularios de sus pacientes. Una vez desplegados los formularios sobre la mesa, buscó un marco donde poder colgar el gancho de la balanza. Mientras probaba si la balanza estaba colgada de forma segura, le pidió a una de las madres –la que estaba barriendo- que trajera los carnets de salud de Jonathan y de María. Claudia, la mamá de Jonathan, trajo el carnet envuelto en una bolsa de plástico y ayudó a Felisa a sujetar al niño al centímetro de madera apoyado en el piso. Las dos mujeres agachadas sujetaron al niño –que gemía, como llorando- contra el piso. Felisa anunció en voz alta el veredicto: “76 centímetros”. Fue hasta su carpeta y anotó la talla, al igual que en el carnet de salud del niño. “*Está bajo mami, bien bajo, esto es muy grave mami. Él no ha crecido desde la última vez, ahora tenemos que ver el peso, pero no sé mami si habrá buenas noticias y yo miro todo esto (mira el paquete abierto) y pienso, ¿por qué hacen esto mami?, ¿por qué comen lo que es del niñito?, ¿por qué hacen eso?, si les damos comida es para el niño, no para toda la familia, ¿por qué están todos comiendo lo que es de él?*”, preguntaba Felisa señalando el plástico roto del módulo alimentario. La madre de Jonathan miraba en silencio, las otras mujeres alrededor (la bisabuela en el fuego en el patio y la otra barriendo) continuaban sus actividades. “*¿Ves lo que pasa?*” me dijo Felisa con cara preocupada. Yo estaba sentada en el piso jugando con uno de los nenes, me quedé callada, como las mujeres de la casa, en el marco de una situación profundamente incómoda.

Cuando salimos de la casa, Felisa expresó, con un tono de preocupación, tanto por el niño como por la utilidad de su trabajo:

“A veces siento que los bolsones sólo trajeron más desnutridos, esos changuitos –niños- ahí comiendo en el piso como animalitos, todo sucio, mal cuidado, siento que no sirve lo que hacemos, ellos -adultos- no van a dejar de compartir la comida y entonces el chiquito nunca va a crecer bien, no sirve nada de lo que hago entonces, ya no sé para qué lo hago” (3/9/2012).

Esta situación ocurrió pocos días después de presenciar una conflictiva escena de entrega de bolsones donde Felisa había tenido, por la fuerza, que “depurar” pacientes de riesgo. Así, mientras Felisa me hablaba, pensaba, si nadie podía afirmar que los bolsones hubiesen sido entregados regularmente ¿cómo se puede asegurar que su entrega es perjudicial para combatir la desnutrición?, si el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria se aplica en contextos de (in)seguridad alimentaria, ¿por qué sólo se piensa que los niños

son los más legítimos destinatarios?, ¿qué tipo de subjetividad construye una política pública que observa como un problema que un niño comparta alimentos con sus familiares más cercanos?, por otro lado, ¿las políticas gubernamentales no dan los resultados esperados porque los niños comparten la comida?

La frustración de Felisa porque las familias compartían los alimentos, -también mencionada por el vice-gobernador Andres Zottos- tenía un carácter paradójico, pues compartir alimentos y la reciprocidad son cuestiones que numerosos autores vienen señalando, hace tiempo, como elementos claves en los modos de vida de diversos pueblos indígenas (Lee, 1981; Ingold, 1988), que persiste, a pesar de su incorporación subordinada a sociedades capitalistas periféricas. Incluso la misma garantiza el acceso a los alimentos según las necesidades de todos (Gordillo, 2006). Al mismo tiempo, como hemos analizado recientemente (Leavy, Szulc, Anzelin, 2017 *en prensa*), en los contenidos escolares y en el cotidiano escolar de nivel inicial y primario “el compartir” se enfatiza y transmite a todos los niños como contenido actitudinal crucial a aprender, mientras la progresiva crisis que atraviesa la Argentina produce que comportamiento similares se registren en comedores escolares del gran Buenos Aires (Granovsky, 2016).

Las acciones focalizadas sobre los cuerpos de los “desnutriditos”, también despertaban tensiones en torno a las ideas de infancia que sustentan las intervenciones sociales y los modos en que esta etapa de la vida es experimentada en contextos de diversidad y desigualdad. Asimismo, las acciones del PNSA, si bien representaban un avance en materia de derechos para la infancia, configuraban una “política de reconocimiento del ser sufriente y del cuerpo enfermo que puede entenderse como parte de las formas que adquiere la biolegitimidad” (Fassin, 2003, p. 310), ya que son los cuerpos con diagnóstico de bajo peso, los más legítimos destinatarios de las acciones de gobierno. Dichas acciones son así configuradas desde un orden moral en el cual el plano de lo biológico, representado por el cuerpo sufriente, constituye la fuente de legitimidad.

La focalización en *los desnutriditos*, quienes eran el eslabón más vulnerable y los más legítimos destinatarios de las acciones de salud, generaba sentimientos ambiguos. Esta legitimidad, a veces era entendida como un privilegio injusto hacia quienes recibían módulos alimentarios y no sabían criar y nutrir adecuadamente a sus hijos. De este modo, se abría un campo de disputas en torno a los modos en que eran comprendidas las acciones de gobierno de emergencia al rescate de la infancia desnutrida, pero que eran también implementadas en pos de garantizar derechos humanos – como la seguridad

Alimentaria- y de los niños. Ahora bien, ¿cuál era la mirada de los niños destinatarios sobre las políticas públicas que percibían?

5.3.4. La perspectiva de los destinatarios.

Como hemos anticipado en el capítulo 4, a diferencia de las visitas al hospital de San Vicente de Paul o las inmunizaciones, los controles nutricionales no representaban un temor para los niños. En las visitas domiciliarias a las fincas, donde los agentes se organizaban en los espacios comunes para medir y pesar a todos los niños, era común ver a diversos niños jugando alrededor de los agentes y a algunos mayores de seis años, que ya no debían ser medidos, “jugando a ser secretarios”. Esta tarea consistía en ir a las viviendas de las madres que debían llevar a sus hijos al control nutricional y pedirles los carnets sanitarios para llevárselos a cada agente. En este sentido, Clara (6), una niña del 26, me mostraba cómo en un poste de su casa, ella y sus hermanos se iban midiendo para mostrar a la agente sanitaria cómo iban creciendo. Mientras yo tocaba las marcas en el poste de madera, le pregunté:

P:- *¿entonces aquí viene la Cristina y directamente mide la pared?*

Clara:- *no, no –risas- porque aquí los bebés no los medimos y ellos son los que más atienden, si ellos no están en peso les dan leche.*

P:- *¿y a los más grandes?*

C:- *depende la edad, a mí ya no me miden y nunca me dieron bolsón porque siempre crecí bien” (EA18)*

Crecer bien, implicaba para Clara no recibir *bolsones* -módulos alimentarios- del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y/o sus subprogramas como el Nutrivida en el contexto salteño. La perspectiva de Clara, nos permite indagar acerca de las percepciones infantiles sobre políticas públicas, tanto aquellas realizadas por el PROAPS como las incluidas en el PNSA. Según Pires et. al. (2003) los niños expresan los efectos de las intervenciones de las políticas públicas, que generan cambios en las relaciones entre los individuos y el Estado. Según la perspectiva de la niña, las acciones del PNSA son de corte asistencial, se activan cuando un niño o niña tiene problemas en el crecimiento. En relación a otros estudios, donde se indaga sobre los modos en que los niños son elaborados como sujetos de derechos, a partir de las intervenciones estatales (Pires et.al., 2003), observamos en el contexto de Fortaleza, que la entrega de bolsones no es

percibida tanto como un derecho, sino más bien como una ayuda para quienes no crecen adecuadamente.

Los pequeños destinatarios presentaban además otras percepciones sobre la entrega de los módulos alimentarios. En una ocasión, mientras los *hombres de los bolsones* iban haciendo sus entregas, las mujeres hacían fila alrededor de la sala de salud de Fortaleza esperando. Cada madre debía tener el carnet sanitario y varias de ellas estaban acompañadas de sus hijos, pues ellos eran los *titulares de derechos*. La fila tenía dos controles: uno, en la puerta de la sala de salud, donde un hombre con la remera del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia cotejaba los nombres presentes en el listado con los carnets de salud correspondientes y otro, junto a la camioneta que tenía los *bolsones*. En la siguiente situación de campo observaremos la dinámica de entrega de módulos desde la mirada de algunos niños que estaban esperando.

Hace un calor abrasador. Yo estoy sosteniendo un cuaderno, charlando con una de las madres que entrevisté ese día. Me siento en el piso, en una sombra recortada donde hay unos perros y un grupo de chicos –Julián (6), Ceferino (8) y Valeria (6). Me piden un papel. Al rato empezamos a hacer dibujos atrás de las entrevistas que hice. Llega una nena (Serafina-5 años) se me acerca y me entrega su carnet rosa de salud. [me quedo extrañada, no entiendo por qué me lo da]

P:- ¡Gracias! ¿Qué tengo que hacer?

S:- Para el control.

P:- ¿Qué control?

S:- ¿No sos la doctora?

P:- No, no, sólo vine a acompañar a una madre. Estoy trabajando en el barrio pero no soy médica. ¿Qué hacés con el carnet?

S:- Lo traigo porque así me dan el bolsón. Yo vine a buscar la comida para mi familia y mi hermanita.

V: Yo también, vinimos a traer la comida para mi familia [dice un nene gritando con su carnet que estaba por venir a entregármelo. Apenas llega otro niño gritando empiezan a correr y gritar otros. Serafina se sienta al lado mío]

P:-Y ¿por qué gritan tanto ellos? [le pregunto a Serafina]

S:- Porque están contentos, es lindo venir a buscar comida para la familia” (Notas de Campo, 19/3/2013).

En esta escena observamos, por un lado, el lugar en que la política pública ubica a las mujeres, como destinataria de derechos sociales a través de su función materna (Nari, 2004; Faur, 2014). Las acciones en pos de garantizar su seguridad alimentaria, sólo se hacen sobre aquellas que tienen hijos. Sólo ellas pueden retirar los módulos alimentarios si presentan el carnet sanitario de sus hijos. Las largas filas de mujeres a la espera de la mirada y el control de los *hombres de los bolsones*, configuraban el escenario donde se posicionaban las desigualdades de género y las asimetrías de poder entre el rol de las madres responsables de la crianza adecuada y los padres ausentes.

Por otro lado, la escena permitía observar los modos de ser niño en estos contextos. En Fortaleza, tal como en otros contextos rurales, los niños y niñas permanecían la mayor parte del día fuera del espacio doméstico. Ellos se encontraban en grupos o solos en las calles del barrio, en las puertas de los comercios o en los pequeños espacios de vegetación que existan cerca de sus viviendas. Por lo tanto, no estaban todo el día bajo la mirada de un adulto, ni su espacio se limita al ámbito privado. Así pues, Serafina de cinco años, estaba llevando a su hermana de tres años, asumiendo una autonomía que en otros contextos podría ser interpretada como abandono. Quienes conversaban conmigo a la sombra, expresaban distintos grados de responsabilidad dentro del grupo familiar: *vinimos a buscar comida o traigo comida para mi familia*. Estas son afirmaciones que no sólo nos hablan de un status más autónomo de ser niño/a, sino también de los valores y sentidos que se involucran en los eventos alimentarios. El compartir la comida con familiares y hermanos, puede ser entendido como un deseo de los niños, como uno de los modos en que ellos construyen su derecho a la seguridad alimentaria.

No obstante, desde los agentes estatales suele ser interpretado como una negligencia de los adultos cuidadores, pues los niños deben ser alimentados prioritariamente antes que el resto de los integrantes del hogar. Considerando los significados atribuidos al cuidado infantil por el PROAPS, que han sido abordados en el capítulo 4, podemos sugerir que se dan una serie de “sentidos antagónicos” (Herkovits, 2008) entre las interpretaciones sobre el problema de la desnutrición de quienes ejecutan las políticas y los destinatarios.¹⁸⁵

¹⁸⁵ En su investigación en la ciudad de Buenos Aires durante la emergencia alimentaria post-2001, Herkovits (2007, 2008) argumenta que la preocupación estatal por tutelar el cuerpo y la alimentación de los niños operó como una práctica disruptiva en la cotidianeidad: “la construcción clínica de la realidad somática y alimentaria de los niños no sólo resultó ser una visión especializada y ajena sobre el cuerpo

Por un lado, aun cuando las acciones del PNSA se jactan de ser una de las primeras en ubicar a los niños como titulares de derechos, sus intervenciones promueven una mirada cosificadora de la infancia, donde los destinatarios son objeto de cuidado. Esta mirada, entra en tensión con los modos de experimentar la infancia en estos contextos, donde los niños no sólo son objetos de cuidado, sino también sujetos que cuidan a otros, asimismo y a los adultos. Por otro lado, resulta paradójico, que aun cuando las políticas hacia la primera infancia se sustentan en discursos cargados de sentimentalismo, los sentimientos de los niños no sean considerados. Se abren entonces una serie de interrogantes, ¿está mal que un niño se ponga contento por ser destinatario de una política asistencial?

Así, en la situación mencionada, advertimos también “sentidos antagónicos” (Herkovits, 2008) entre las acciones del gobierno humanitario sobre la desnutrición, que entendían a la misma como un *drama*, y la mirada de niños y niñas, que entendían el diagnóstico positivo como la posibilidad de participar de la economía familiar. A partir de las voces de los niños y niñas destinatarias de las acciones “urgentes” del PNSA, observamos que el diagnóstico del déficit nutricional y su posterior tratamiento no implica un malestar ni una disrupción en la vida cotidiana, como si implicaría una enfermedad (Good, 1994).

De este modo, podemos observar la configuración de una economía moral (Fassin, 2016) en torno a la *lucha contra la desnutrición*, donde emergían sentimientos contradictorios sobre la infancia vulnerable y su cuidado. Asimismo, diversos convenios firmados por el gobierno provincial, avanzaron incluyeron nuevos actores sociales, que sumaron acciones y significados a la problemática alimentaria.

5.3.5. Nuevos convenios, viejas prácticas.

Además de las acciones relevadas en el PNSA, el gobierno provincial firmó una serie de convenios con organismos no estatales como parte de su *lucha contra la desnutrición*. Uno de ellos fue con la Fundación Cooperativa para la Nutrición (CONIN), en 2011, para el asesoramiento y la asistencia en comedores provinciales de la provincia

infantil, sino en alguna medida rebatible” (2008, p. 2547). Las madres decían que veían a sus niños sanos y fuertes, no muy distintos a como cuando no eran parte del conjunto de destinatarios del PNSA. Así pues, al cabo de tres años de implementación, la cantidad de altas de un centro de salud correspondía a menos del 10% del total ingresados y la deserción, es decir, el abandono de pacientes antes de recuperar la condición de salud según los parámetros normatizados, superaba el 50% de la población paciente (idem).

(Gobierno de la Provincia de Salta, 2 de septiembre de 2013). Esta fundación se caracterizaba por organizar centros para la nutrición infantil a través de *franquicias solidarias*, una de las cuales pude conocer en la localidad de Morillo, departamento de Rivadavia, y otra en el ingenio Tabacal, en la localidad de Hipólito de Yrigoyen, en el departamento de Orán. Este sistema implicaba que una organización civil con personería jurídica, podía adquirir la firma CONIN, con la condición de capacitarse en la sede central de Mendoza en la *metodología CONIN*. La misma debía ser aplicada hacia los usuarios de los *centros de promoción del desarrollo humano* (Fundación CONIN, 2017b).

Según una referente de la *familia CONIN*, un día cotidiano en uno de sus centros modelo, empezaba con la llegada de las familias con sus hijos. Tras notificar su asistencia, los niños iban a las salas con maestras jardineras y las madres recibían charlas sobre salud de los diversos especialistas. Luego participaban de talleres de oficios entre los que se encontraban: gastronomía, reciclaje, costura, huerta, jardinería y alfabetización. En el portal web de la Fundación se plantea que, durante un “día modelo”, los “pequeños en sus salitas” recibían el “programa de alimentación complementaria”, el desayuno, la colación y un almuerzo, mientras eran estimulados en “juego, estimulación y socialización” (Fundación CONIN, 2017b). A su vez, los diversos especialistas realizaban los controles de los niños pacientes. Todo esto debía ocurrir en simultáneo, siguiendo la idea de que “no se puede sacar al niño de la desnutrición, sino se convierte a esa mamá en la estimuladora, cuidadora y responsable de su hijos.”¹⁸⁶ Cuando finalizaba la jornada con el timbre de salida, “cada mamá debe retirar su bolsón de alimentos y volver a su casa”(ídem). Quienes organizaban la franquicia solidaria, eran los responsables de organizar al personal especializado (pediatras, psicopedagogas, psicólogas y fonoaudiólogas) y además debían llevar el seguimiento de los pacientes y reportarlo a su sede central de Mendoza.

Las palabras de una referente contactada de la Fundación, permiten explorar los modos en que la metodología CONIN reactualiza el discurso maternalista, a través de un “lenguaje humanitario” (Fassin, 2016) que asociaba *pobreza* con *tristeza*, desnutrición y colores grises:

¹⁸⁶ Ver ¿Cómo funciona un centro CONIN? En <http://www.conin.org.ar/contenidos/conoce-conin/centros-modelo/>. Consultado el 9/11/2017.

“...la metodología CONIN entiende a la madre como el agente de cambio, como el motor de cambio del crecimiento del propio niño, sin ella no se puede hacer nada, y pasa que el chico queda encerrado en un circuito donde no puede terminar el colegio nunca, porque su cerebro no tiene cableado. [...] El doctor Albino lo explica mejor que yo, la desnutrición viene siempre de contextos de pobreza, de contextos donde todo es gris, todo está sucio, los chicos son sucios, las madres son sucias, todo es gris, falta color, falta amor, y bueno no sé, él (Albino) lo explica mejor, pero es que falta estimulación, falta amor, faltan caricias, faltan besos y ahí pasa que el cerebro no termina de hacer cableado, el chico no tiene conexiones neuronales y si no recibió la cantidad de comida que necesitaba en el primer año de vida, imagínate que en el segundo ya es todo mucho más grave y no se puede recuperar el cableado, y ya no hay vuelta atrás...”. (Entrevista, 5/5/2016).

En estas coordenadas de sentido se desplegaba el discurso de las referentes de CONIN. Las explicaciones sobre desnutrición unían de modo inextricable sentimientos y valores. La desnutrición se originaba en la pobreza, que generaba *tristeza, suciedad y colores grises*, mientras la nutrición era promovida por CONIN a través de *colores, caricias y amor*, allí donde reinaban las carencias materiales. Estas palabras coincidían con las del padre de la *familia CONIN*, el famoso doctor Albino, que con los revuelos mediáticos se transformó en un portavoz “estrella” de la infancia. Desde su perspectiva, los niños desnutridos, no sólo *están en riesgo*, sino que *son un riesgo*, ya que constituyen un “futuro ejército de débiles mentales” (Vulcano, 2014). En línea con otros expertos en el *drama de la desnutrición*, en el universo CONIN, dicha problemática no sólo se originaba en la pobreza, sino en la corrupción política, que era sinónimo del gobierno nacional. Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil, como la Fundación CONIN, actuaban guiadas por la filantropía, marcando un horizonte de esperanza conformado por ONGs “libres de corrupción” que se proponían atender a los más desposeídos.¹⁸⁷ Albino incluso criticaba las *imágenes típicas* sobre los pobres, aportando nuevas ideas sobre los modos de entender la vida de los que menos tienen:

¹⁸⁷ El video Convenio Fundación CONIN-Salta, publicado en octubre de 2015, muestra “cómo en la Provincia de Salta se está llevando adelante una gran red de colaboración entre diferentes actores de la sociedad (Estado, ONGs, Empresariado, Comunidad, etc.) para solucionar problemas de pobreza y su consecuencia más directa: Desnutrición Infantil” y mediante dibujos se explica que “hoy las alarmas se prenden cuando un ciudadano no paga sus impuestos, en lugar de atender a la infancia más pobre” Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=8P0XhAkX21g>, consultado el 7/10/2017.

“con facilidad se les dice que son vagos y en realidad no son vagos, son tristes; una tristeza profunda que linda con la depresión. Vimos el error en el que incurrimos cuando pensamos que el pobre es una persona igual que nosotros pero sin plata, porque es una persona triste.” (*Los Andes*, Editorial, 8 de noviembre de 2012)

De este modo, la desocupación y la desigualdad económica eran explicadas en términos de *tristeza que linda con la depresión*. Los niños desnutridos no sólo serían un riesgo en el futuro, sino también eran niños tristes. Ahora bien, en ninguna instancia la metodología CONIN incluía intervenir sobre los procesos conformadores de la pobreza, sino en los cuerpos de los niños y en la subjetividad de sus madres.

5.3.5.1. Observaciones en el universo CONIN.

Los centros CONIN podían identificarse como instituciones de educación inicial. No obstante, éstos no brindaban servicios de cuidado, sino más bien ubicaban a las madres como las principales sujeto/as a educar.

En los centros observados, no hemos observado el funcionamiento modelo mencionado. En el caso de Morillo, hemos visitado el centro CONIN a los pocos días de su inauguración (Gobierno de la Provincia de Salta, 10 de marzo de 2014). Con una fachada moderna (ver foto) que contrastaba con el centro público de salud, que estaba ubicado a dos cuadras con sus paredes marrón claro descascaradas donde se entremezclaban perros, pacientes haciendo la fila y niños jugando con vendedores ambulantes. En agosto de 2014, el centro CONIN estaba recién inaugurado con excelentes instalaciones, hasta contaba con aire acondicionado, pero le faltaba algo que sobraba en el centro de salud del PROAPS: usuarios. Las salas donde iban a funcionar los consultorios de los expertos en infancia, estaban vacías, dando al patio de juegos pintados de colores amarillo, rojo y rosa. Me asomé a una de las salas y observé doce bolsones de comida, con sello del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, apilados contra una pared. De este modo, la articulación gobierno-municipio-fundación, se basaba en una terciarización de políticas públicas a través de las empleadas de la fundación, que en aquel momento estaban recién comenzando sus actividades.



Centro CONIN sede Morillo. Fuente: sitio web CONIN (recuperado 8/7/2017)

En aquel momento, había tres empleadas del centro CONIN Morillo: una trabajadora social de la provincia de Santa Fe -que se había mudado para dedicarse a la puesta en marcha del centro-, una psicopedagoga y una psicóloga. Estas dos últimas vivían en Salta capital y viajaban todas las semanas al centro. Cuando ingresé con intenciones de conocer el funcionamiento y a sus trabajadoras, me recibieron amablemente. Luego de presentarme y relatar mis intereses como investigadora, la psicopedagoga me expresó:

“¿Sos antropóloga? Ay por favor, necesito que me des una mano, no sé qué hacer con los wichis, siento que les hablo a una pared, no sé cómo trabajar, yo siempre trabajé con poblaciones necesitados, pero ellos son especiales, a veces quiero llorar...” (E45,30/8/2014)

Ante este pedido, que denotaba nuevamente mi pertenencia de clase y mi facilidad para acceder al universo ONG más que al del PROAPS, me quedé consternada y le pedí a la joven profesional frustrada que me relatara cuáles eran sus actividades como integrante de la *familia CONIN*. Ella iba dos veces por semana a Morillo. Uno de los días se quedaba en el centro CONIN y otro día *salían a territorio*, con una camioneta de doble tracción modelo 2013, que tenía en la puerta una calcomanía que decía “Argentina Urgente”¹⁸⁸. La frustración de la psicopedagoga reflejaba la falta de consideración en

¹⁸⁸ “Argentina Urgente” constituye un programa organizado por la Dirección de la Red Familia CONIN y se continúa con las actividades de asistencia y relevamiento de niños de Coronel Solá donde se ubica Morillo, en Rivadavia Norte y de localidades aledañas al Departamento de Quitilipi, en Chaco. En ambas localidades, se realizaron informes que salieron en septiembre de 2013 en el programa televisivo “Periodismo para Todos”. A partir del informe “surgió la iniciativa en conjunto con Fundación CONIN de realizar una campaña para ayudar a estas localidades. La campaña tuvo mucha repercusión entre el público argentino, quien colaboró con ayuda económica y con la donación de alimentos, leche y agua potable. Toda la logística de la recepción y distribución fue coordinada por la Fundación CONIN y contó con la participación desde varios puntos del país de Centros de la Red Familia CONIN”. Ver Argentina Urgente

torno a las relaciones interétnicas del contexto salteño. La idea de que las madres wichís eran *especiales*, distintas de otras poblaciones *necesitadas*, introducía una heterogeneidad que no estaba considerada en la cosmología de los integrantes de la familia CONIN.

La instalación de CONIN en estas zonas, con profesionales que debían viajar semanalmente para trabajar allí, era una tendencia que también se daba en los centros de salud del PROAPS, que evidenciaba la falta de recursos humanos en el ámbito sanitario, siendo parte de un reclamo histórico de referentes indígenas y militantes sociales. En este sentido, un referente de una comunidad wichí de Rivadavia me decía: *“yo no sé qué hace de nuevo CONIN, pero como son personas que los mandan solos, con buenas camionetas, a veces les usás la camioneta como la ambulancia que no tenemos”* (EP66,5/6/2017).

Las acciones de CONIN significaron la llegada de nuevos actores y la posibilidad de ofrecer nuevos rostros a discursos ya conocidos, en torno a la infancia y la maternidad, y también a legendarias instituciones. Este fue el caso del Ingenio Tabacal, que en el contexto del revuelo mediático de 2013, se incorporó al listado de empresas subsidiarias de CONIN, incluso inaugurando un centro de prevención de la nutrición en el sector de viviendas de la empresa¹⁸⁹. Esta empresa, que tenía un litigio con la comunidad Arcoiris y que intermitentemente asediaba a los integrantes de la misma, tenía una fundación de responsabilidad social, que en aquel año gestionó su propio centro CONIN, a pocos metros de las viviendas de los gerentes del Ingenio.

Si bien no hemos observado salidas a territorio de integrantes de la familia CONIN en nuestros sectores de trabajo, visitamos el centro de Tabacal, donde advertimos que sólo había actividad tres días a la semana –martes, jueves y viernes- durante cuatro horas. El centro Tabacal CONIN ofrecía atención “no solamente a niños en situación de riesgo, sino también a mujeres embarazadas con factores de riesgo que pueden dar a luz bebés desnutridos” (Tabacal Agroindustria, 2013). Este centro estaba muy lejos de ser un centro modelo donde se pudiera recibir a las madres y a los niños todos los días. La atención que proveía era tan focalizada como la del PROAPS, pero con menos recursos humanos. En las visitas que realizamos al centro de Tabacal, no logré contactar a ningún

Fundación CONIN en <http://www.conin.org.ar/contenidos/programaintensivo/argentina-urgente/>. Consultado 7/11/2017.

¹⁸⁹ Desde 2007 CONIN realiza campañas de capacitación con la fundación de responsabilidad social del Banco Galicia y de la fundación Solidaridad de Carrefour. La llegada del gobierno de la alianza de la Unión Cívica Radical (UCR) y el partido Propuesta Republicana (PRO) en diciembre de 2015, significó el incremento exponencial de convenios de CONIN con el sector público. En la actualidad CONIN posee convenios con la ciudad de Buenos Aires, el Ministerio de Desarrollo de la Nación, la provincia de La Rioja, Salta y Misiones. (Tabacal Agroindustria, 6/5/2013).

profesional, pediatra o trabajador/a social, que fuera al territorio. Sólo encontré una encargada que estaba esperando a que llegaran las madres, señalando que “es difícil que vengan, muchas veces faltan, lo más difícil es que ellas continúen el tratamiento” (E44, 2/10/2014).



Centro CONIN sede Ingenio San Martín de Tabacal. (PL, septiembre 2015)

Las acciones de CONIN no estaban exentas de las tensiones propias del “gobierno humanitario” (Fassin, 2016) observadas en el caso de las intervenciones alimentarias del PROAPS. El discurso de CONIN ofreció un nuevo rostro y nuevos espacios a las acciones hacia la infancia, con edificios nuevos pintados de blanco, camionetas de doble tracción y juegos para niños. Sin embargo, las acciones no tenían por objetivo ni modificar, ni reflexionar en torno a las desigualdades sociales que afectaban a las poblaciones más vulnerables de la provincia. De hecho, quienes habían construido los pilares de la desigualdad del contexto rural, como el Ingenio Tabacal, eran quienes financiaban las “nuevas” acciones y lograban así disminuir su carga impositiva colaborando con la familia CONIN.

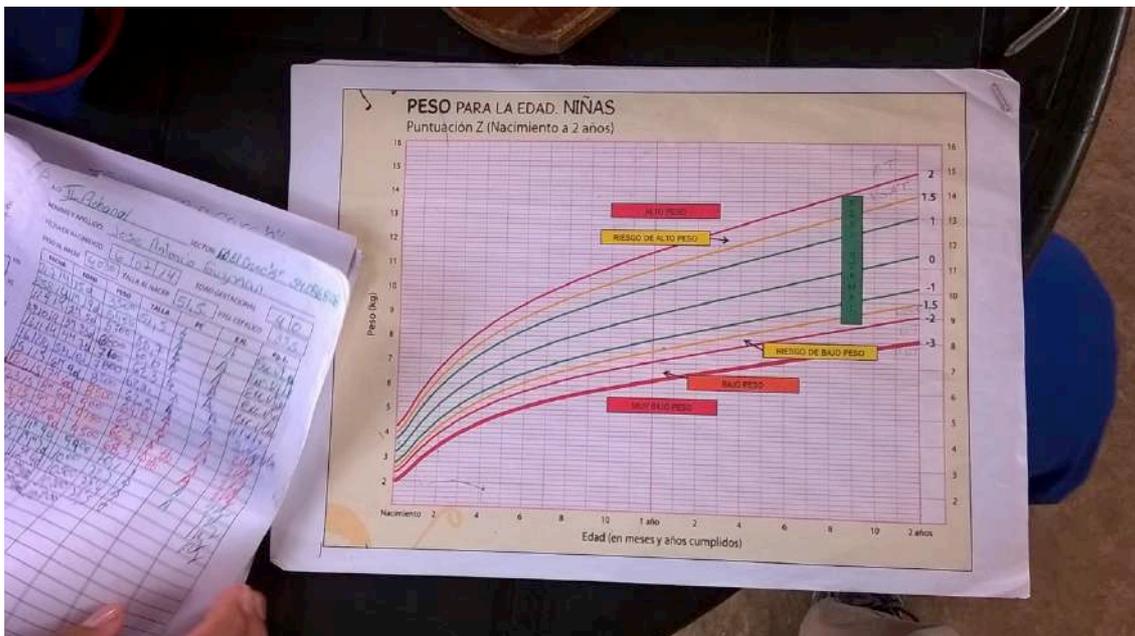
Es importante señalar que nuestras observaciones sobre estas acciones conveniadas remiten a los primeros pasos de CONIN en la provincia. El crecimiento exponencial¹⁹⁰ de las actividades de dicha fundación en el contexto salteño, convirtió a la provincia en un “ejemplo de civilidad” (*El Intransigente*, 18 de septiembre de 2015) desde la mirada del doctor Abel Albino. Estos vínculos se estrecharon con la creación del

¹⁹⁰ De 4 centros en 2010, en 2015 habían 11 en formación y en 2016 el gobernador firmó convenios para construir 68 centros más. (Fundación CONIN, 2017a).

Ministerio de la Primera Infancia en el 2014, que tuvo como objetivo primordial la promoción de derechos del niño. El lenguaje humanitario (Fassin, 2016) sobre la desnutrición, resultó extremadamente efectivo para la campaña política del gobernador, quien además proclamó durante su discurso de apertura legislativa de abril de 2015 “lograr una baja histórica de la desnutrición” (*La Gaceta*, 2 de febrero de 2015). Sin embargo, la perspectiva etnográfica nos brinda información para discutir estos supuestos logros.

5.3.6. Ampliando el canal de normalidad.

El convenio firmado entre UNICEF Argentina y el Gobierno de la Provincia de Salta en 2009, tuvo por objetivo brindar a más de 450 agentes sanitarios y 110 supervisores provinciales “...asesoramiento técnico y apoyo para la adopción de las curvas de crecimiento de la OMS, destinado al seguimiento y la atención nutricional individual y poblacional de niñas y niños de entre 0 a 6 años...”¹⁹¹ (Unicef, 2009, p. 22). Si bien no pude observar estas instancias de formación, los agentes sanitarios con quienes investigué relataron haber participado en el año 2012 de capacitaciones donde se modificaron los criterios con los cuales ellos realizaban controles nutricionales. Estas modificaciones fueron implementadas recién a fines del 2012, junto con la entrega de los nuevos formularios y gráficos de referencia como los que vemos en la siguiente foto.



¹⁹¹ Se detallan las modificaciones introducidas en las capacitaciones en una publicación elaborada por diversos especialistas del ámbito académico y funcionarios del gobierno provincial (Gobierno de la Provincia de Salta y Unicef, 2012).

De izquierda a derecha. Formulario de seguimiento de talla y peso de agentes sanitarios y gráfico de peso para la edad en colores. (PL, 2015).

En la foto podemos observar los materiales de trabajo de Cristina, agente sanitaria de Fortaleza¹⁹². Una vez que pesaba a sus pacientes, debía anotar el número de peso en el carnet sanitario de cada niño y en una planilla de su sector de salud, mientras observaba en el gráfico a colores si la medición de peso estaba o no en riesgo de desnutrición. El color verde señalaba los estándares de *peso normal*, mientras que en amarillo se señalaba *riesgo de bajo peso* (RBP), en color naranja *Bajo Peso* (BP) y en color rojo *Muy Bajo Peso* (MBP).

Las variables con que hasta entonces se identificaban los déficits nutricionales - mencionadas anteriormente- *grado 1, grado 2 y grado 3* dejaron de ser utilizadas y comenzaron a ser reemplazadas por las siglas RBP, BP o MBP. Además de estos cambios semánticos, los agentes sanitarios no estaban capacitados para diagnosticar déficits nutricionales, al menos que siguiesen cuatro pasos:

- 1) *Medida talla y peso*
- 2) *Historia alimentaria del paciente. Realizada por un nutricionista, con entrevista a la madre sobre hábitos alimentarios y conductas alimentarias en el hogar.*
- 3) *Análisis de laboratorio: análisis del metabolismo del niño, de las albúminas y de las hormonas del niño.*
- 4) *Observación de síntomas del paciente.* (EP enfermera APS, 8/8/2016)

En la práctica, era difícil llevar a cabo estos cuatro pasos. Gran parte de los agentes sanitarios trabajaban en zonas donde no tenían los medios para acceder a un laboratorio de calidad. Además, en un caso de riesgo, esperar a los resultados de albúminas, podía ser fatal.

Es importante decir que ni los patrones de la OMS, ni las indicaciones de UNICEF, necesariamente indicaban el uso de las palabras de las “nuevas” siglas

¹⁹² Se presenta este a modo de ejemplo. Además de este gráfico, cada agente sanitario también tenía gráficos con curvas de normalidad para talla entre 0 y 2 años, y 2 a 6 años, cada uno de estos en sus variables para hombres y mujeres.

descriptas. La publicación de UNICEF en conjunto con el gobierno provincial señala que los cambios permitirían “identificar mejor la obesidad” (Gobierno de la Provincia de Salta y UNICEF Argentina, 2012, p. 32). Por su parte, el informe del Ministerio de Salud de la Nación donde se explica la adopción de las nuevas tablas, señala que “si bien los métodos antropométricos son válidos, confiables, simples y de bajo costo, y por eso constituyen la mejor herramienta de tamizaje, el diagnóstico de un caso de desnutrición *requiere la confirmación clínica*” (Calvo et.al, 2009, p. 22). No obstante la publicación también señala que:

“En comunidades donde la desnutrición es frecuente, el valor predictivo positivo (capacidad de diagnosticar correctamente) de los déficits antropométricos es alto, esto es, la mayoría de los niños con índices bajos que se detecten serán realmente desnutridos. **Por lo cual es razonable realizar intervenciones nutricionales (que no representen riesgos en sí para los niños) sin embarcarse en estudios especiales para detectar otros posibles desórdenes orgánicos.** Para intervenir eficazmente es imprescindible tener presentes los conocimientos, actitudes y conductas de las familias, así como las pautas de la comunidad” (Calvo et al., 2009, p. 24, resaltado propio).

En pocas palabras, si el equipo de salud trabaja en comunidades de riesgo, como las destinatarias de las acciones del PROAPS, se recomienda *intervenir nutricionalmente*, es decir, suministrar módulos alimentarios o suplementos vitamínicos sin embarcarse en estudiar *desórdenes orgánicos*. No obstante, los agentes sanitarios y enfermeras contactadas en el campo me brindaban información que no figuraba en las publicaciones:

“Pregunta:- *¿Qué fue lo que se modificó?*

Respuesta:-*Muchas cosas, por empezar antes el gráfico de APS tenía marcado los tres grados de desnutrición, en el cruce de las coordenadas de talla y peso. Estaban ahí marcados los canales donde los agentes advertían que pacientes estaban o no en riesgo. En el gráfico actual, hay más líneas que sólo marcan el riesgo, no te marcan diagnóstico. El canal de normalidad del nuevo gráfico es mucho más amplio, y por lo tanto incluye allí a los niños normales que antes hubiesen sido grado 1. Entonces lo que pasa es que el fenómeno de la desnutrición está, no se modificó en las*

personas, pero se cambió el modo de enfocarlo y por lo tanto se cambió el tratamiento que se le hace.

P:- *¿y qué consecuencias trae?*

R:- *muchísimas, muchísimas....consecuencias para el tratamiento y para la prevención, porque vos antes atendías desde un grado 1 y ahora recién lo atendés cuando ya está super super en riesgo. No hay medidas para ir abordando oportunamente el problema, porque el chico ya te llega con una desnutrición avanzada. Al grado 1 que antes le dabas ayuda, ya no se la das, porque no lo detectás, porque te entró en el canal de normalidad...” (EP33, 18/7/2016).*

Las nuevas formas de medir, fueron acompañados del suministro de nuevas herramientas para los agentes sanitarios, como los gráficos de talla, peso e IMC segmentados en edades y por diferentes sexos. En esos gráficos, como el que figura en la fotografía anterior, se amplió el *canal de normalidad*. Los niños cuyas medidas eran ubicadas en una desviación de un punto, pasaron a entrar en el canal de color verde, denominado *peso normal*. Decir *niño de bajo peso*, en lugar de *desnutrido*, era para algunos entendido como un modo de esquivar el problema y/o negarlo.

Rogelio, agente sanitario del 26 explicaba al respecto, “...*se me escapan los changos del gráfico, entonces no puedo pedir más bolsones -módulos alimentarios-, yo veo que me están bajando, no puedo hacer nada y además no se puede decir más desnutrición, se volvió un tema político y no se puede hablar, como que está prohibido...” (5/10/2014)*. La idea de que estaba *prohibida* la discusión en torno al problema, se relacionaba también con las discusiones en la esfera pública, en torno a las “verdaderas causas” de los casos fatales, donde se enfatizaba no aludir a “desnutrición” sino “deshidratación” y/o “intoxicación” (*El Tribuno*, 11 de noviembre de 2016).

Paulatinamente, la desnutrición se convirtió en una “mala palabra” que no podía ser nombrada en ciertos contextos. La temporalidad del trabajo de campo permitió registrar el desarrollo de situaciones contrastantes en el ámbito rural del PROAPS, tanto respecto de la problemática en sí, como en cuanto a mis posibilidades de acceso. Pues a partir del revuelo mediático de la desnutrición, en reiteradas ocasiones me fue negado el acceso a distintos centros de salud en los que había estado trabajando anteriormente. Esta dinámica de inclusión/exclusión durante el trabajo de campo, aportó nuevos elementos a

la interpretación de los problemas (Althabe y Hernandez, 2005). En este sentido, fue muy lejos de su sector de salud, mientras esperábamos el colectivo, que Rogelio me relató cómo los pacientes “*se le escapaban de los gráficos*”. Sus palabras, a fines de 2014, me ayudaron a comprender diversos obstáculos que tuve para indagar sobre la problemática alimentaria en otras latitudes de la provincia.¹⁹³ A partir de 2013, cada vez que entré a la salita del 26, al día siguiente tuve pedidos de sus supervisores de que me presente en la oficina del Hospital de San Vicente de Paul y para que certifique mi inscripción institucional. Siempre lo hice y no tuve inconvenientes posteriores, pero claramente el contexto había cambiado. Mi implicación en el campo, entraba en escena de una forma particular: siendo excluida/incluida de ciertas situaciones. Según Althabe y Hernández (2005), las causas que autorizan o justifican la expulsión del investigador en determinadas situaciones de interacción, responden a una microfísica particular del poder, donde las identidades son producidas y ubicadas en determinadas posiciones. En este entramado yo era producida como una posible denunciante o como una cómplice de quienes advertían la gravedad de las “nuevas” modificaciones.

Ahora bien, resulta relevante explicitar que no todo el personal de salud se mostraba preocupado por estos cambios en los controles nutricionales. Para algunos integrantes del PROAPS, se trataba de lo mismo de siempre: *las malas madres*. En este sentido, Pedro, agente sanitario del 26, me decía: “*acá el problema son las madres que salen a trabajar y no cuidan bien a sus hijos, les hablás y es la nada, yo les digo ‘¿qué querés vos?!, ¿qué venga el gordo (Jorge Lanata) ese de anteojos a hacerte un informe?, ¿eso querés?! les digo a ver si se asustan y me hacen caso, porque ni les importa y nosotros nos quedamos sin herramientas ante ellas...*” (EA4,4/10/2014). Así, las charlas sobre saneamiento y hábitos de salud -parte habitual del trabajo de los agentes sanitarios- fueron imbricándose con amenazas de posibles repercusiones mediáticas a futuro. Se insistía en que las madres que *salían* a trabajar de modo remunerado estaban infringiendo la norma de dedicarse de modo altruista a la labor reproductiva (Federici, 2004). Al mismo tiempo, la paternidad no se ponía en tela de juicio, como tampoco las condiciones de existencia y/o los servicios brindados por el estado y/o el mercado para el cuidado de niños. El temor de estos trabajadores de salud parecía ser no tanto el malestar de sus

¹⁹³ Entre 2010 y fines de 2012, a través de mis contactos del PROAPS, yo podía entrar y salir de la salita del 26 con total tranquilidad, sólo me bastaba decir mi nombre y mi pertenencia institucional, como investigadora a los agentes que no me habían conocido en 2010. A fines de 2013 quise “abrir campo” en Morillo, donde se había realizado el informe de Periodismo Para Todos y me vi negado el acceso a los datos del PROAPS.

destinatarios o el aumento de casos de desnutrición en su sector de salud, sino la visibilidad mediática que ello podría provocar.

Otro de los argumentos que circulaba entre los trabajadores del PROAPS que no advertían los efectos de las “nuevas modificaciones”, era aludir a la problemática de la desnutrición como una cuestión compleja y casi misteriosa: “*es que hay cosas que no se entienden, son increíbles, ves a las mamás gordas con sus chiquitos desnutriditos, entonces ahí hay adultos que comen y los nenes no*” (EA59,3/9/2013). Hace más de diez años que los estudios epidemiológicos y médicos (Bejarano et al., 2005; Bolzán et al., 2005; Ortale, 2002; Calvo et.al, 2009; Cesani et al., 2010) vienen advirtiendo que la obesidad no implica buena alimentación y que en los hogares, los cuadros de obesidad conviven con la desnutrición. En este sentido, Ortale (2002) sostiene que:

“el retraso de talla de causa nutricional y/o social no es recuperable aún cuando los niños puedan más adelante acceder a los programas de asistencia alimentaria. Así pues, cuando esos niños afectados acceden en forma sistemática a programas de asistencia alimentaria, no crecen en longitud lo que aumentan de peso, tendiendo a engordar sistemáticamente” (Ortale, 2002, p. 71).

La alusión lo *increíble* de la *madre gorda con chiquito desnutrido*, por un lado, permite observar la falta de actualización de los contenidos de salud y alimentación del PROAPS. Por otro lado, también puede relacionarse con el proceso de moralización sobre la salud infantil y sobre la responsabilidad materna, que hemos analizado en el capítulo 4. El discurso maternalista, se articula con una “teoría moral sobre la elección” que comprendía que la alimentación de los niños era producto de la decisión racional de sus madres (Fassin, 2016, p. 245). La moralización de una causa, tal como ocurrió con la desnutrición, “tiende a generar discriminaciones morales entre aquellos que es más o menos legítimo defender o generalmente confrontar los juicios morales que ya están en la sociedad” (ibidem, p. 247). En este sentido, Scheperd Hughes (1997) sostiene que los agentes estatales, “atribuyen al pensamiento y la práctica de la maternidad conceptos alienados de elección respecto a sus actitudes hacia los niños” (1997, p. 278).

Mientras los estudios sobre alimentación sostienen que el acceso a los alimentos tiene que ver con procesos sociales y económicos (Aguirre, 2010; Ortale, 2002), los argumentos de ciertos integrantes del PROAPS descansan en la idea de que la alimentación es el resultado de una elección individual y/o cultural. Ahora bien, ¿qué

posibilidades tenían las madres de los sectores rurales en acceder a una alimentación adecuada?, ¿qué factores determinaban su alimentación cotidiana?, ¿cómo se distribuían los casos de desnutrición infantil en los sectores que abordé en el trabajo etnográfico?

5.4. En busca de la nutrición.

Comer es una de las actividades más naturalizadas del sentido común. Sin embargo, comer no es algo tan “natural”, que simplemente “se elige”, y el hecho de que los humanos deban comer para vivir “no garantiza que puedan hacerlo ni que sepan comer ni que siempre quieran hacerlo” (Aguirre, 2014, p. 4). Las ciencias sociales (Aguirre, 2010, 2014; Fischler, 2014; Patel, 2014) han cuestionado los enfoques que observan la alimentación como un mero hecho biológico que los humanos necesitan realizar para sobrevivir y han observado que no sólo existen factores demográficos y ecológicos implicados en el acceso a los alimentos, sino también simbólicos y culturales. En este sentido, sostienen que la alimentación posee una “doble articulación social” en tanto producto y productora de relaciones sociales (Aguirre, 2014).

Considerando que el 89% de la sociedad argentina reside en núcleos urbanos y que, tal como pudimos observar a lo largo de los capítulos, quienes viven en contextos rurales, lejos están de producir la totalidad de alimentos que necesitan para vivir, las personas obtienen lo que comen a través del mercado. De este modo, la seguridad alimentaria o el derecho a acceder a una alimentación adecuada en términos nutricionales y culturales¹⁹⁴ opera a través del ingreso real (Aguirre, 2002; 2010; Gorban et. al., 2014). Por su parte, Herkovits (2008) sostiene que el acceso a los alimentos también está vinculado tanto a la inserción de los grupos sociales en los campos social, laboral y productivo del país, como a las políticas públicas relacionadas directa o indirectamente con los procesos alimentarios (Herkovits, 2008). Así, según su posición dentro de la estructura social, un grupo tendrá más o menos oportunidades de acceder a una alimentación adecuada, señalando que “la alimentación es un indicador elocuente de las

¹⁹⁴ Según Bergel Sanchís (2014) “en la década de los años 80 y en el contexto de una economía neoliberal, la seguridad alimentaria se transformó en una capacidad, trasladando la responsabilidad de la alimentación al individuo (Carballo, 2014). Posteriormente, el trabajo de Sen (1981), el cual considera que las capacidades dependen de la estructura de derechos de la sociedad y que la seguridad alimentaria no depende de la producción agroalimentaria (que es suficiente), incidirá para que en la década de los años 90 la FAO redefina la seguridad alimentaria como acceso y en 2002 retorne al concepto de derecho” (Bergel Sanchís, 2014, p. 20).

condiciones de vida de las familias, y el crecimiento y desarrollo infantil particularmente, un referente empírico de las mismas” (Bergel Sanchís, 2014:22).

Por su parte, Aguirre (2014) señala que para comprender el acceso al mercado de alimentos, debemos además considerar cuestiones demográficas y ambientales. Las mismas permiten analizar las posibilidades y restricciones que impone el ambiente a la producción y la distribución de alimentos, y con la dimensión económica, que implica los circuitos de producción-distribución, las cadenas de valor que hacen que los alimentos lleguen al comensal.

En los próximos apartados, describiremos y analizaremos cómo los diversos factores mencionados, influyen en los modos en que las poblaciones rurales de Orán logran acceder a alimentos.

5.4.1. El mercado rural de alimentos.

Los habitantes del 26, Fortaleza y Arcoiris accedían a alimentos a través de diversos circuitos dentro del mercado informal. No hemos conocido sujetos que compren en supermercados de primera línea en los centros urbanos cercanos. La fluctuación del dólar, tenía marcada influencia en los precios, ya que gran parte de los comestibles provenían de mercados bolivianos. A continuación describimos los principales puntos de venta de alimentos observados:

- **La “feria franca”:** se organizaba tres días por semana en la vieja estación de Orán y en la ciudad de Aguas Blancas. Allí se podía comprar a precios más baratos que en los comercios de las fincas. Era el excedente de la producción agrícola que no se destinaba a exportación (según la época encontramos tomate, banana, zapallo, pimiento, zapallito, cítricos, sandías). También se incluía en la feria, venta de diversos tipos de legumbres y, en algunos casos, harinas.
- **Los comercios de Aguas Blancas/Bermejo:** tal como ocurre en las ciudades fronterizas, ambos puntos limítrofes ofrecen una diversidad de bebidas y alimentos no perecederos (fideos, harinas, arroz, aceite, yerba, azúcar) de venta al por mayor, así como también negocios de venta de carne. Por fuera del rubro alimentario se pueden encontrar, a precios más económicos que en Orán, ropa, calzado, electrodomésticos y todo tipo de insumos para la producción agrícola.

- **Vendedores ambulantes:** esto fue observado en las fincas rurales y en el barrio de Fortaleza, donde llegaban camiones frigoríficos de carne de res y de pollo. También se observaron vendedores de agua potable, celulares y tarjetas de telefonía móvil.
- **Pensiones/quioscos:** como los descritos anteriormente, en la entrada de las viviendas de los encargados de las fincas o en los asentamientos, encontramos diversos almacenes donde poder comprar bebidas –siempre gaseosas, nunca observamos venta de agua envasada, ni en las pensiones, ni en los quioscos- así como también fideos, arroz, aceite, sal, azúcar, enlatados, golosinas y pan. Estos negocios se encontraban en Fortaleza y en El 26.

Observando las características de este mercado informal de alimentos, podemos comprender que la ubicación de Fortaleza, a unos pocos kilómetros de la ciudad de Pichanal, limitaba las posibilidades de acceder a las ferias francas de Orán¹⁹⁵ (ubicada a 30 kilómetros) y de Aguas Blancas (a 80 kilómetros). En 2015, el costo para llegar a la feria de Aguas Blancas era de 60 pesos argentinos (ida y vuelta) y se tardaba una hora de ida y otra de vuelta. De este modo, la presencia de verduras y/o frutas en las dietas de las familias de Fortaleza resultaba poco común, mientras que en las viviendas cercanas a los ámbitos rurales era más habitual. Además, las posibilidades de hacer huerta en las viviendas del sector periurbano eran escasas. Para hacer huerta, era necesario tener recursos para construir un cerco y acceso a agua y tierra de buena calidad. Recordemos que las tierras de este barrio pertenecían a un campo de soja y que en su mayoría, las personas contactadas en este barrio sólo tenían movilidad a través del transporte público.

En El 26 había más posibilidades de producir alimentos o de acceder a frutas y verduras, incluso por fuera del mercado informal. Si bien la situación territorial de los habitantes del paraje era inestable, la mayoría de sus habitantes trabajaba en fincas de producción agrícola, de modo que podían acceder al excedente de la producción de las fincas, que no formaban parte de la mercadería *premium for export*. Además, en muchas viviendas del 26 las familias podían tener gallinas y habían construido un cerco, tanto para la seguridad de la vivienda, como para cercar la salida de las aves de corral. Por otro lado, en este paraje, según los puestos laborales y las relaciones con los capataces, algunos empleados tenían acceso a tractores y/o camionetas.

¹⁹⁵ Ver mapa en Capítulo 1.

Los que más podían respaldar su alimentación en la autoproducción eran los integrantes de la comunidad Arcoiris. Si bien no poseían la escritura de sus tierras, la comunidad habían sido parte del relevamiento de la Ley de Emergencia Territorial, N° 26.160, y poseían una carpeta que legitimaba su posesión y el uso de las mismas. Esto los convertía en los únicos habitantes del sector rural que podían hacer usufructo de sus tierras y obtener alimentos a través de autoproducción. Las familias de Arcoiris eran las únicas que no eran destinatarias de las intervenciones de asistencia alimentaria y podían descansar en su producción de banana y maíz ante las fluctuaciones de los precios de alimentos. La comunidad tenía estrecho contacto con técnicos del Instituto Nacional de Tecnología y Agricultura (INTA) quienes realizaban asesoramiento para la solicitud de subsidios e infraestructura para riego (Rodríguez García, 2009; 2011; 2012).

Ahora bien, ¿cómo se relaciona este mercado informal de alimentos con los casos de *desnutriditos*?

5.4.2. La distribución del *riesgo* del déficit nutricional en los contextos rurales.

Siguiendo los trabajos de quienes proponen realizar una definición del riesgo socio-antropológica (Menéndez, 2005; Beck, 2000, 2010; Douglas, 2007) la probabilidad de que un niño padezca un déficit nutricional, no sólo tiene que ver con el cuidado provisto por su madre, sino con diversos factores ambientales, económicos y sociales, que afectan su vida y la de su familia. Así como el riesgo es producto de sistemas de clasificación que definen qué es riesgo y qué no lo es (Douglas, 2007), su distribución no es homogénea, sino que presenta desigualdades de acuerdo a las condiciones de vida de los grupos sociales (Beck, 2000).

Considerando los antecedentes mencionados, seleccioné una muestra de niños menores de 6 años residentes en los contextos donde realicé trabajo etnográfico, con el objetivo de indagar en la relación entre el acceso a alimentos, la tenencia de tierras y la desnutrición infantil. El “muestreo” fue “intencional o determinado” (Patton, 1990). Se incluyeron en la muestra aquellos niños y niñas, menores de seis años, que fuesen pacientes del PROAPS y que, entre septiembre y octubre de 2015, hubiesen participado de controles nutricionales. Estos niños y/o sus madres debían tener sus carnets sanitarios para que yo pudiese ver los índices señalados por cada agente sanitario. En estos casos, se prestó especial atención a los niños que habían sido “diagnosticados” con alguno de estos

tres índices¹⁹⁶: “RBP” (Riesgo de Bajo Peso), “BP” (Bajo Peso) y “MBP” (Muy Bajo Peso). En vistas de simplificar la redacción, llamaremos a estos diagnósticos “déficits nutricionales”. Se dejaron por fuera todos los niños que no cumplieran con los requisitos de ingreso a la muestra, es decir, mayores de 6 años o menores de 6 que no hubieran sido atendidos en los últimos dos meses por el PROAPS, aun cuando fueran pacientes habituales.

Dado que se trata de una muestra pequeña y no se pretende realizar proyecciones, solo se presenta el cuadro que sigue a los efectos de brindar un panorama de la distribución de los casos de déficit entre las unidades domésticas de El 26, Fortaleza y Arcoiris.

Así, se resume la información de todas las unidades domésticas con niños menores de 6 años que se atendían en el PROAPS y se segmenta en unidades domésticas con niños en situación de déficit nutricional y sin déficit nutricional. En ambas situaciones, los casos se desagregan según sector.

Cuadro 1. Unidades Domésticas con niños menores de 6 años, con y sin Riesgo de Déficit Nutricional, según sector.

| Sector | UD (totales) | Con Déficit Nutricional (RBP/BP/MBP) | Sin Déficit Nutricional (RBP/BP/MBP) |
|------------------|---------------------|---|---|
| El 26 | 24 | 6 | 18 |
| Arcoiris | 3 | 0 | 3 |
| Fortaleza | 23 | 6 | 17 |
| TOTAL | 50 | 12 | 38 |

La primera distribución arroja un dato contundente y es que sólo la tercera parte de las unidades domésticas poseen niños con déficit nutricional y en el caso de la comunidad Arcoiris, el registro resultó nulo. De aquí en más, el universo estará compuesto por los niños (N=161) que integraban dichas unidades domésticas. Dado que en cada unidad doméstica podía residir más de un niño, en el siguiente cuadro, se

¹⁹⁶ El PROAPS también buscaba medir el riesgo de sobrepeso, pero no fue considerado para la muestra porque en línea con el análisis de los capítulos, el foco estuvo puesto en las acciones de “la lucha contra la desnutrición”.

desagregan la cantidad de niños que integraban dichas unidades domésticas por cada sector en el que se trabajó.

Cuadro 2. Muestra niños menores de 6 años pacientes del PROAPS, CON y SIN diagnóstico RBP / BP / MBP en El 26 (Elaboración Propia).

| El 26 | Niños con diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Niños sin diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Total |
|-------|------------------------------------|-------|------------------------------------|-------|--------|
| | n | % | n | % | N/% |
| | 14 | 21,53 | 51 | 78,46 | 65/100 |

En el cuadro 2 podemos observar que del total de 65 niños que integraron la muestra de El 26, el 78,46% (n=51) no presentaban déficit nutricional, mientras el 21,53% sí. Por otro lado, en el cuadro 3 podemos observar que de los niños incluidos en la muestra de Fortaleza, el 10,4% presentaron diagnósticos positivos, mientras el 82,96% no. Si bien advertimos que los datos pertenecen a universos distintos, en relación al total muestral de cada sector, se encuentran proporcionalmente más casos en El 26 que en Fortaleza. La preponderancia de casos de niños con déficits nutricionales en El 26, puede relacionarse con la precariedad de las condiciones de vida de sus pobladores, así como con la inestabilidad de sus condiciones habitacionales.

Cuadro 3. Muestra niños menores de 6 años pacientes del PROAPS, CON y SIN diagnóstico RBP / BP / MBP en Fortaleza (Elaboración Propia).

| Fortaleza | Niños con diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Niños sin diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Total |
|-----------|------------------------------------|------|------------------------------------|-------|--------|
| | n | % | n | % | N/% |
| | 15 | 10,4 | 73 | 82,96 | 88/100 |

Por último, en el cuadro 4, podemos observar que en Arcoiris, el 100% de los niños que integraban la muestra, no presentaban diagnóstico de déficit nutricional.

Cuadro 4. Muestra niños menores de 6 años pacientes del PROAPS, CON y SIN diagnóstico RBP / BP / MBP en Arcoiris (Elaboración Propia).

| Arcoiris | Niños con diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Niños sin diagnóstico RBP /BP/ MBP | | Total |
|----------|------------------------------------|---|------------------------------------|-----|-------|
| | n | % | n | % | N/% |
| | 0 | 0 | 8 | 100 | 8/100 |

Considero que esta desigual distribución de los diagnósticos entre la población infantil de los sectores rurales, tiene que ver con las observaciones en torno al acceso a alimentos en los sectores rurales y con la relación de cada población con la tierra, que define también sus condiciones habitacionales. Las familias de Arcoiris, si bien no basaban su alimentación completamente en la autoproducción, respaldaban fuertemente la misma en las producciones de sus tierras.

Además, mientras en gran parte de las unidades domésticas de Fortaleza y El 26, observé que el remanente de comida disponible para “calmar” el hambre de los niños siempre era el pan, en Arcoiris, a los niños se les ofrecían bananas. Estudios realizados con poblaciones indígenas mexicanas (Fajardo Santana, 2007) han señalado que una de las cuestiones más problemáticas de los tratamientos para prevenir desnutrición, consiste en recomendar a las familias de los contextos vulnerables, que alimenten de modo variado a sus niños, con frutas y verduras. La cuestión problemática reside en que esos alimentos “más sanos” ni son baratos, ni logran saciar el hambre. Así pues, en la interfase periurbana de Fortaleza, donde muy pocas personas podían hacer huerta y casi todas compraban lo que comían, lo más común era que entre las comidas, cuando los niños querían algo, se les diera pan, galletas y/o mate con azúcar. Estos alimentos, ricos en hidratos de carbono y azúcar, logran saciar el apetito pero configuran una dieta monótona que no aportan una nutrición adecuada (Ortale, 2002; Aguirre, 2010).

Las madres y abuelas de los sectores rurales del 26 y Arcoiris, coincidían en que en “el campo” había acceso a mejor calidad y mayor cantidad de alimentos que en los centros urbanos. En este sentido, Rosa Vélez, la abuela comerciante y cuidadora a tiempo completo, se jactaba de las bondades de la vida rural en Orán: “*acá siempre hay algo para comer, un tomate, una palta, eso es lo bueno de vivir en el campo*” (EP17) decía mientras miraba el frondoso árbol de palta que estaba en el fondo de su vivienda. Ahora bien, ese árbol estaba en los terrenos de la finca donde ella vivía. Es decir, si su patrón la despedía a ella y/o a su marido, ellos no podrían acceder más a las bondades de “vivir en el campo”. En este sentido, los habitantes de Arcoiris, si bien estaban sujetos a las

intrusiones y las presiones del Ingenio, se encontraban en una posición más estable que el resto de pobladores del ámbito rural. Incluso señalaban los beneficios de tener derecho posesorio de tierras en el ámbito rural, frente a la situación en sectores urbanos “*las comunidades en las ciudades comen pan y galleta todo el día, no se alimentan bien y ahí los changos crecen mal*” (EP36) me explicaba Haydeé.

El trabajo etnográfico en las unidades domésticas donde vivían niños en Arcoiris, también me permitió observar que la posesión de tierras y el acceso a una parcela no era sinónimo de producción de alimentos. *Hacer la huerta* implicaba acceder a tierra de buena calidad, a fuentes de riego, cercos para protección de los cultivos y a determinada mano de obra para trabajar y cuidar de los mismos. Tal como relataba Haydeé (ver capítulo 2, apartado 2.8) para *que la tierra de frutos hay que cuidarla y trabajarla*. Así pues, el acceso a alimentos mediante autoproducción requiere una determinada cantidad de integrantes de las unidades domésticas que estén dispuestos y disponibles para trabajar la tierra.

Para una familia nuclear, donde los adultos económicamente activos estuviesen empleados de modo asalariado fuera del hogar, resultaba complicado tener tiempo para *trabajar la tierra*. De este modo, las familias extensas (ver capítulo 3, apartado 3.2.1), integradas por varias generaciones, eran las únicas que podían organizar mejor las tareas de autoproducción. Según Isidoro, habitante de Arcoiris, “*hay cosas que las generaciones más jóvenes no saben cómo hacer la huerta ni cómo cuidarla [...] ellos crecieron en la ciudad, no saben trabajar la tierra ni cuidar plantas*” (EP40). Por ellos, Isidoro se refería a su hijo Marcos y a su pareja Carina, que trabajaban en fincas de la zona y dejaban a sus hijos a su cuidado.

Podemos decir entonces, que para los integrantes de la comunidad Arcoiris, el trabajo de la huerta se articulaba mejor con las tareas de cuidado infantil que el trabajo asalariado por fuera del hogar. De este modo, observamos una relación favorable entre organización social del cuidado infantil, y organización familiar y comunitaria del cuidado de la tierra. Esto podía observarse en un grupo de discusión realizado con mujeres de alrededor de sesenta años de la comunidad Arcoiris:

“A1: *son los abuelitos los que cocinan y ayudan a los más chicos, a criarlos y a que aprendan de los más grandes, a que aprendan el cerco...*”

P.L.: *- ¿qué es el cerco?*

A2:- *es ahí donde nos llevaban los mayores, donde nos muestran las plantas, nos enseñaban a cuidarlas y cómo hacerlas crecer, es donde se hacen las ceremonias...*

A3:- *cuando se van los abuelitos, las parcelas se echan a perder”* (GD36, 22/11/2015).

El aprendizaje de *hacer crecer plantas*, era identificado como un valor en la socialización infantil y como un conocimiento que sólo tenían los *mayores del campo*. Al mismo tiempo, había un paralelismo con hacer crecer las plantas y criar a los más pequeños. De este modo, el cerco era entendido como una práctica que las generaciones más jóvenes no sabían cómo continuar, sin la instrucción de los mayores. En este sentido, diversos estudios etnográficos han analizado la importancia de los abuelos en las familias extensas y en el cuidado de los más pequeños en sociedades indígenas (Weisner y Gallimore, 1975), más específicamente ava-guaraníes (Hirsch, 2011) y mbya guaraníes (Remorini, 2006). En ciertos casos, los abuelos representan un saber experto, frente a la incertidumbre y el riesgo implicados a veces en el bienestar de los niños (Remorini, 2006, p.17).

Por su parte Norma Ruiz, abuela criolla del 26, que siempre había manifestado sus conflictos con sus vecinos ava-guaraníes, coincidía en este tema con sus coetáneas indígenas de Arcoiris. Definiéndose como criolla, Norma expresaba: *“somos de campo, sabemos trabajar la tierra y hay que enseñarle a los pequeños porque sus papás trabajan todo el día y no pueden ni encargarse de ellos ni trabajar la tierra”* (EP16). Según la perspectiva de abuelas y abuelos, las generaciones más jóvenes no dedicaban la suficiente atención a la reproducción del hogar, ni al cuidado de sus hijos. Así pues, cuando Isidoro murió por leishmaniasis a fines de 2015, Marcos y Carina, que trabajaban en una finca cercana, debieron migrar a una finca y no pudieron cuidar más de su parcela, ni vivir más en la comunidad.

Las familias extensas ofrecían aquello que Suremain (2003) denomina “entorno alimentario” que supone una red de relaciones sociales para organizar el trabajo reproductivo al interior del hogar. No obstante, en los próximos apartados, observaremos que no siempre la convivencia con abuelos y abuelas implicaba armonía en la organización del cuidado infantil.

La diversidad de procesos sociales, económicos y ambientales implicados en las formas en que las personas logran nutrir y cuidar a sus hijos, nos permiten discutir el argumento de que la alimentación constituya una elección racional. Los datos

cuantitativos junto a las observaciones etnográficas, permiten advertir que la posesión de tierras, aún sin contar con el título de tenencia, constituye una variable fundamental para comprender cómo se distribuye el “Riesgo de Bajo Peso” (RBP). En este sentido, la clasificación del PROAPS convierte al paciente niño en portador de un riesgo, sin embargo, son los diversos procesos económicos y sociales en que se inserta la vida del niño los que definen la probabilidad de la emergencia del déficit.

Lo analizado hasta aquí, permite además discutir la idea de que la desnutrición constituye únicamente un problema de las poblaciones indígenas. En el próximo apartado, indagaremos entonces en las relaciones entre déficits nutricionales e identidad étnica.

5.4.3. Déficit nutricional, ¿sólo un problema indígena?

En vistas de problematizar los “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2015) reproducidos *ad nauseum* por nuestros interlocutores en el campo, en los siguientes cuadros describiremos cómo se relacionan los déficits nutricionales con las diversas identidad étnica¹⁹⁷ de los niños contactados. Hemos identificado también la nacionalidad, ya que en el contexto de El 26, los ava-guaraníes eran calificados como “bolivianos” por la mayoría de habitantes del paraje. Recordando los análisis del capítulo 3, sobre la conciliación entre trabajo reproductivo y asalariado, para el análisis de los datos incluiremos también las formas en que las familias de los niños con déficit se organizaba para resolver las demandas de cuidado infantil.

En el Cuadro 5, observamos los resultados de El 26. Allí identificamos un total de 14 niños con déficits, siete (n=7) de origen criollo, seis (n=6) de origen ava-guaraní y uno (n=1) de origen kolla. De los criollos, tres de ellos vivían en “*conventillos*” en las fincas: uno era Natanael, el nieto de Rosa y otros dos eran hijos de “madres solas” (ver capítulo 3, apartado 3.6). Los otros cuatro niños criollos y el único niño kolla con déficit identificado, provenían de familias bolivianas y eran hijos de madres “golondrinas” (ver capítulo 3, apartado 3.5). Por su parte, los otros seis niños ava-guaraníes, eran argentinos

¹⁹⁷ Se consultó a cada familia la identidad étnica siguiendo el criterio de autoadscripción, los carnets sanitarios no identifican variable étnica.

y pertenecían a “familias extensas” ava-guaraníes, que vivían entre las tierras de una finca y el asentamiento del paraje¹⁹⁸.

Cuadro 5. Identidad étnica de niños del Paraje 26 con déficits nutricionales. (Elaboración propia)

| 26 | | | |
|-----------------|--------------|----|-------|
| Variable étnica | Nacionalidad | n | % |
| Ava guaraníes | Argentinos | 6 | 42,85 |
| Criollos | Argentinos | 3 | 21,42 |
| | Bolivianos | 4 | 28,57 |
| Kollas | Bolivianos | 1 | 7,14 |
| Total | | 14 | 100 |

Podemos observar la preponderancia de la variable de posesión de tierras sobre la identidad étnica, pues la situación de inestabilidad de las viviendas y del trabajo rural, junto con sus precarias condiciones de vida, restringía las posibilidades de las familias ava-guaraníes de El 26 de organizar prácticas de autoproducción. En este sentido, por más que estas unidades domésticas estuviesen conformadas por “familias extensas” con abuelos y diversos parientes, no lograban acceder a una alimentación adecuada.

Como ya hemos analizado en el capítulo 3, las madres “solas” tenían menos redes familiares para poder resolver las demandas de cuidado de los hijos, sobre todo si estos eran bebés. Tal era el caso de Silvina Salazar (ver capítulo 3, apartado 3.6), que tenía un hijo con diagnóstico de “Bajo Peso”. En el momento de la entrevista, su hija Vanina tenía 13 meses. Ella explicaba que encontraba diversos problemas para poder alimentar a sus hijos:

“...me pasa que me cuesta que coma.....a veces no quiere comer, cuesta mucho, yo le insisto pero a veces no quiere y tampoco siempre tengo para que coma, a veces hay, a veces no....a veces no se agarra de la leche....es difícil...yo tengo que salir a trabajar, a veces a mi mamá les cuesta que coman, me dice que no puede cuidarlos, hay mucha necesidad, falta la plata...es difícil...yo intento intento, pero a veces no puedo” (EP26, 3/10/2015).

Silvina me decía estas palabras con tono angustiado, luego de llevar a su hija al control nutricional. Las fluctuaciones de su ingreso por trabajar por tareas, afectaba el acceso a una alimentación adecuada para ella y sus hijos, por más que fuesen destinatarios de las acciones del PROAPS. En su estudio sobre mortalidad infantil en el

¹⁹⁸ Este conflicto de la comunidad ava-guaraní del 26 fue relatado en el capítulo 2, apartado 2.2.3.

nordeste brasileño, Scheperd-Hughes (1997) sostiene que “la práctica de la maternidad en un contexto de hambre y penuria [...] constituye algo análogo con la ética social y moral de la batalla” (1997, p. 279). Silvina, de 22 años, con primario incompleto, se ubicaba en una posición subordinada frente a la sociedad general, con escasas posibilidades de insertarse en un trabajo registrado¹⁹⁹ (Zibecchi, 2013). Ella debía *batallar* sola para cuidar a sus hijos, mientras su ex pareja la había abandonado. Su caso nos permite observar, cómo la desigualdad de género, profundamente naturalizada, constituye otro de los factores clave para comprender las organizaciones de cuidado que no logran resolver las demandas de la nutrición de los más pequeños.

Ahora bien, no todas las madres tenían estos sentimientos en torno a los déficits nutricionales. Otro de los niños identificados fue Lionel, nieto de Rosa Vélez, que estaba diagnosticado con “riesgo de bajo peso” cuando tenía cuatro años (Octubre, 2015). Su madre Romina, decía que no sentía que su hijo estuviese mal:

“No entiendo qué pasa con él, estuvo bien de peso siempre de bebé, me dicen que ahora está mal. El antes comía de todo, pero cuando su papá se fue a trabajar a Mendoza, dejó de comer, no le gusta nada más, sólo galletitas y fideos, no come los guisos, no come verdura. Está un poco bajo de peso, pero él es muy, muy enérgico. Un pediatra me dio vitaminas, porque él tenía anemia, eso le devolvió un poco el apetito, pero no sé qué, qué le pasa, yo veo que igual él juega, corre, no lo veo débil, no se enferma y bueno está un poco mal por lo del papá, con Natanael –el hermano mayor, de seis años- me paso lo mismo, él también bajaba un poco, yo no creo que estén peor, pero bueno a veces no sabés qué hacer para que coman

P:- *¿y qué más te recomienda Cristina (agente sanitaria)?*

R:- *ella sólo me da leches, dos kilos por mes, siempre recibimos leches, pero bolsones no....o muy muy pocas veces, eso es más para los indios nomás”* (EA32,5/10/2015)

Las palabras de Romina, se referían a otra de las “batallas” implicadas en la maternidad: hacer que los hijos coman. Las tensas negociaciones entre madre/hijo, sobre todo cuando es la madre la única adulta responsable, y los conflictos y angustias de los niños frente a la ausencia de un padre, tampoco eran cuestiones contempladas. La idea de

¹⁹⁹ Según Zibecchi “los hogares de bajos ingresos -que además tienen un mayor número de integrantes dependientes- no pueden contratar estos servicios privados, lo cual produce frecuentemente que la mujer de escasos recursos no se inserte en el mercado laboral o tenga una trayectoria laboral intermitente y precaria, contribuyendo a la perpetuación de los "círculos viciosos de la pobreza" (2013, p. 431).

que los bolsones de comida *eran para indios*, reflejaba las tensiones interétnicas históricas, reactualizadas por la focalización de la asistencia alimentaria en comunidades indígenas. En este sentido Lorenzetti (2012), sostiene que el modo de identificar riesgos que realiza el PROAPS, genera una determinada moralidad en torno a los destinatarios. Así, “un buen ciudadano’ es quien no requiere ayuda” mientras “todo aquel que esté en condiciones de recibirla carga con el síntoma de una falta o carencia moral” (Lorenzetti, 2012, p. 79).

Ahora bien, consideramos que los dichos de Romina, si bien aludían a conflictos interétnicos entre criollos e indígenas, también estaban criticando las intervenciones médicas y la posibilidad de que ella sea comprendida como una madre “descuidada”. Romina era una buena madre para el PROAPS: era criolla, había terminado el secundario, respetaba cada control nutricional de su hijo, iba a retirar las leches cuando correspondía, recibía a la agente sanitaria y se quedaba tomando mate con ella. Romina sentía que su hijo estaba bien, por lo tanto no le parecía que el diagnóstico de “riesgo de bajo peso” fuese algo grave. No obstante, Lionel tenía todos los síntomas de lo que se denomina “desnutrición oculta”, que implica un conjunto de carencias específicas de micronutrientes que se caracterizan por ser altamente prevalentes en el contexto argentino (Calvo et.al, 2009). Este tipo de desnutrición no presenta síntomas observables en el corto plazo, por lo tanto, muchas veces no se significa como una patología o enfermedad. Ortale (2002) sostiene en el contexto de familias vulnerables de La Plata, que “la conceptualización de la desnutrición como descuido materno de parte de las madres con hijos eutróficos²⁰⁰ hace que no se la considere una enfermedad, excepto cuando deriva de una patología” (2002, p. 308). En el contexto salteño, la desnutrición infantil no sólo era representada como un descuido materno, sino además indígena. Así, “buenas madres” criollas, como Romina, no podían advertir un riesgo en la salud de sus hijos. Siguiendo con el análisis de Ortale (2002) recuperamos la idea de que “el descuido materno siempre alude a **otras** mujeres” (2002, p. 306, remarcado propio). Algo similar ocurría en el contexto salteño, donde la desnutrición se circunscribía a un problema de la alteridad, que era sufrida por *otras* madres, esas que no sabían cuidar bien a sus hijos según el “ojo clínico” del PROAPS. De este modo, Romina, no podía considerar que su hijo estuviese en riesgo, como los hijos de esas *otras* madres *indias* que *recibían bolsones*.

²⁰⁰ En biología, se aplica el término eutrófico al órgano u organismo que presenta un buen estado de nutrición, y al medio nutritivo que permite alcanzar este estado.

Para continuar el análisis, en el cuadro 6 observamos los resultados cuantitativos de los niños con déficits nutricionales en Fortaleza. A diferencia del 26, allí no habían niños que perteneciesen a familias migrantes bolivianas, pero si había familias wichís. Los cuatro (4=n) niños ava-guaraníes y los siete (n=7) wichís, vivían en unidades domésticas con abuelas, primos y tíos, pero aún viviendo en familias “extensas” la forma de organizar el cuidado de los más pequeños no ofrecía un “entorno alimentario” que bastase para asegurar una correcta nutrición (Suremain, 2009). Si bien los habitantes de Fortaleza, se ubicaban en una situación más estable en relación a la vivienda que los del paraje 26, la vida en la interfase periurbana, dificultaba el acceso a una alimentación variada y las prácticas de autoproducción.

Cuadro 6. Identidad étnica de niños de Fortaleza con déficits nutricionales (Elaboración propia).

| <i>Fortaleza</i> | | |
|------------------------|----|-------|
| Variable étnica | n | % |
| Ava guaraníes | 4 | 26,66 |
| Wichís | 7 | 46,66 |
| Criollos | 3 | 20 |
| Kollas | 1 | 6,66 |
| Total | 15 | 100 |

Nuevamente encontramos que la variable étnica no permite explicar adecuadamente la emergencia de déficits nutricionales, pues en Fortaleza también encontramos niños criollos que sufrían este tipo de padecimientos. Allí los conflictos en torno a la asistencia alimentaria eran más intensos, ya que la implementación del Subprograma Focalizado Aborigen, con “depuraciones” incluídas, dejaba por fuera a las familias criollas (ver apartado 5.4.2). Una de las madres de niños con déficits contactada, también debía encargarse “sola” del cuidado y la alimentación de sus hijos. Ella tenía 24 años, primario incompleto y su pareja la había abandonado con cuatro hijos. Vivía con su padre y sus hermanos que habían migrado a trabajar a una finca en Jujuy. “*Aquí no hay trabajo para mí, recibimos los planes, cobro la asignación para los chicos pero no nos dan bolsones y ellos también están necesitados*” (GD54). El enfoque etnográfico, permitió observar que los datos cuantitativos, guardan una variabilidad de experiencias humanas difíciles de clasificar. En este caso, nos encontramos con una madre criolla que

reclamaba asistencia alimentaria para sus hijos y criticaba la focalización en la población indígena.

Los casos hasta aquí descriptos, nos permiten reflexionar en torno a otra dimensión que pasa inadvertida en el enfoque de riesgo: la desigualdad de género. La desnutrición nunca es comprendida como un descuido “paterno”, la responsabilidad siempre cae en las mujeres y el rol masculino pasa inadvertido. Así pues, en los casos donde los hombres viven con las mujeres madres y sus hijos, contadas veces hemos observado que se hagan cargo de tareas domésticas. Por supuesto que queda el beneficio de la duda en torno a qué ocurría en estas viviendas de noche, cuando yo no estaba observando. No obstante, por las charlas y las dinámicas de cuidado que las mujeres relataban, las tareas de cuidado eran consideradas una responsabilidad femenina. Es importante aclarar, que la desigual distribución entre mujeres y varones de las tareas de cuidado, no se debía al funcionamiento real del modelo “mujer cuidadora/varón proveedor asalariado”. Si bien este modelo guiaba las intervenciones de las políticas públicas, gran parte de los varones padres de Fortaleza estaban desocupados.

Diversos estudios, han señalado que promover la igualdad de género, ayuda a reducir la desnutrición infantil (Patel, 2014; Smith, Haddad, 2015). Según Patel (2014), la inequidad de relaciones de género en la producción de alimentos tanto al interior como afuera de los hogares constituye uno de los pilares de la inseguridad alimentaria. En este sentido, Patel (2014) considera que las intervenciones deben promover la participación masculina en tareas domésticas, sobre todos en contextos signados por la desocupación y la desigualdad social²⁰¹. En Salta, como observamos, el énfasis de las intervenciones y las charlas de educación nutricional, se focaliza en las madres, aun cuando quizás, los varones tuviesen más tiempo libre para participar de estas actividades. Al mismo tiempo, el foco se ubica específicamente sobre las madres indígenas, dejando de lado las necesidades de madres criollas que sufren de modo similar las consecuencias de la desigual distribución de las responsabilidades de cuidado.

5.4.4. Luchas en torno a la (des)nutrición.

Por último, describiremos otro caso particular que observamos al interior de una familia wichí cuando realizamos esta muestra cuantitativa por las casas de Fortaleza. Era

²⁰¹ El proyecto Generation Food se realiza en Malawi (Africa) y consiste en organizar días de recetas exclusivamente dedicados a varones, así podían encargarse de las tareas domésticas mientras las mujeres salían a trabajar afuera del hogar (Ver Generation Food, <http://www.generationfoodproject.org/learn/>)

el caso de Dora, una madre wichí, que tenía 22 años y cuatro hijos. Sus edades eran 6, 5, 3 años y 8 meses. Este último, había sido derivado al hospital San Vicente de Paul por recuperación nutricional, pues tenía todos los síntomas de estar en “Muy Bajo Peso”.

Llegué a su casa con Felisa, que estaba preocupada porque Dora se había llevado al bebé sin que tuviese el alta. *“Me quedé dos días con él en el hospital, los changos se quedaron con mi abuelita, pero no podía seguir en el hospital, me volví con los chicos, me lo tenía que llevar, ya estaba mejor, después le doy las sales en mi casa, lo hacemos así”* le dijo Dora a Felisa mirando al piso, sosteniendo a su bebé en recuperación y con los otros tres abrazándole las piernas. Por las *sales*, Dora se refería a la recuperación nutricional que se hace con suministro de sales, ellas eran de venta libre en los quioscos de Fortaleza. Los hijos de Dora eran destinatarios de programas de asistencia alimentaria, pero no lograban acceder a una alimentación adecuada. Felisa, la agente sanitaria que estaba conmigo, le hablo con tranquilidad y le dijo *“mami, yo sé que no podés dejar solo a tus changuitos, pero por favor, si pasa mi jefe decile que yo pasé a verte y que te dije que lo alimentes, vos tenés las leches, no las diluyas, o dale de tu leche, sino tenés leche, pedile a tu hermana, compartan, yo compartí con la mía, no dejes de darle de comer al chiquito, él lo necesita”*. Dora escuchaba a Felisa en el marco de la puerta de su casa y no respondió. Se quedaron en silencio unos segundos mirándose a los ojos, y Dora entró con sus hijos pegados a sus piernas y cerró la puerta.

Me sorprendí de que Felisa recomiende la lactancia compartida, cuando era una práctica criticada por médicos²⁰². La lactancia materna exclusiva era recomendada por casi todos los pediatras, pero muchísimas madres a la hora de alimentar a sus bebés sentían que tenían poca leche o que la misma no lograba nutrir correctamente a sus hijos. Este problema, que puede afectar a mujeres de todas las clases sociales, en este contexto, era “solucionado” compartiendo la lactancia con aquellas mujeres madres que no tuviesen problemas por falta de leche. Tal como las antiguas nodrizas o amas de leche, en el contexto de Orán, entre hermanas, primas, amigas y/o vecinas, tanto criollas como kollas, ava-guaraníes y wichís, he observado esta práctica. Incluso enfermeras y agentes sanitarias me dijeron que lo habían realizado con sus hijos.

La situación de campo entre Dora y la agente sanitaria, nos permite advertir la preocupación de Felisa por la salud del bebé, que además se suma a la inquietud de tener

²⁰² Las veces que consulté con pediatras tanto del PROAPS como del Hospital sobre esta práctica, me dijeron que era peligrosa por el contagio de enfermedades. Si la madre tenía poca leche se recomendaba que utilicen leche de fórmula.

futuros problemas con las jerarquías del PROAPS²⁰³. También nos permite observar la descontextualización de los riesgos que implican las visitas domiciliarias del PROAPS (Lorenzetti, 2012). El “riesgo” de déficit nutricional infantil, se personaliza en el accionar de las madres “dejando ensombrecidas las condiciones de vida disponibles para estos sujetos” (Lorenzetti, 2012, p. 79). Por su parte, los agentes sanitarios, si bien se reapropian de saberes locales, como la lactancia compartida, no dejan de situar la responsabilidad de padecimientos infantiles en las madres, que, a su vez, seguramente también sufren déficits nutricionales de adultas.

Siguiendo el análisis de Lorenzetti (2012), para las mujeres indígenas como Dora, interpeladas desde estos factores de riesgo del PROAPS y destinataria de módulos alimentarios para sus hijos, “el ámbito de la promoción de la salud deviene una búsqueda permanente hacia la consecución de insumos o programas que garanticen un mínimo de subsistencia capaz de dejarlos a flote, por sobre esa delgada línea entre vivir y morir” (2012, p. 80). Las familias wichís que vivían en centros periurbanos de Orán, habían compartido experiencias de despojo y expulsión de sus tierras originarias. La vida en este borde al que llamamos espacio rural, obstaculizaba las posibilidades de continuar su modo de vida asociado a las actividades de recolección y caza. Según Lorenzetti (2012) la entrega de módulos alimentarios hacia familias wichís no hacía más “que reforzar y recordar su incorporación subordinada, ejerciendo cierta presión o freno a los reclamos que se extralimiten por fuera de esos términos” (2012, p. 80). Por *reclamos que se extralimiten*, Lorenzetti (2012) se refiere a la “lucha por el territorio”, pues este reclamo “desafía el lugar de subordinación que ocupan los wichí en el marco de las relaciones interétnicas” (2012, p. 81) en el contexto salteño. De este modo, “las intervenciones de APS estabilizan los lugares sociales ‘merecidos’ de reconocimiento e inscriben las demandas wichí en los discursos autorizados para el reclamo” (ídem).

Ahora bien, lo analizado hasta aquí, nos permite afirmar que la “lucha por el territorio” puede ser entendida también como una forma de “luchar contra la desnutrición”, pues como hemos planteado, la posesión de tierras, constituye un factor determinante para lograr acceder a una alimentación adecuada. No obstante, lo que desde las acciones estatales se comprende como “lucha contra la desnutrición”, no

²⁰³ Algo similar sugiere Lorenzetti (2016) cuando analiza las ambigüedades del rol de los agentes sanitarios, sobre todo los indígenas, que “manifiestan sentirse controlados por la dirección de APS y sobre todo por el cuerpo médico” (2016, p.269).

necesariamente implica una “ayuda” hacia las poblaciones indígenas en tanto continúa restringiendo el acceso a sus territorios.

5.4.5. En torno a la “ayuda” alimentaria.

Santiago era uno de los referentes de la comunidad ava-guaraní de Arcoiris. Tenía una parcela de 5 hectáreas y se encargaba de organizar la venta en el puesto de la feria franca de los alimentos de la comunidad, alquilando fletes que hacían el traslado de la mercadería de la comunidad hacia el centro de Orán. Su mirada sobre el “drama de la desnutrición”, relacionaba la falta de alimentos con el avance de las diversas industrias:

“...la desnutrición afecta más a los wichís porque ellos vivían en toda la zona de la ruta 81²⁰⁴, donde directamente no hay agua, no llueve y no tienen pozo, entonces es bien difícil poder comer bien, por eso los wichís no tienen comida, porque el estado no entiende lo que deben comer las comunidades indígenas. Yo veo cuando voy a Morillo y hay muchos chicos desnutridos y los médicos dicen es porque no les dan leche. Es lo mismo que un porteño venga a casa a comer mi comida, que es... hago carbonada, en guaraní arapai, verdura con arroz y restos de verdura, yo se los doy a un porteño y no lo va a comer, a los indígenas wichí no se le puede hacer comer lo que come un ciudadano de la ciudad. El Estado no entiende lo que deben comer las comunidades, el Estado ha eliminado la comida natural de las comunidades indígenas. Antes en el río colorado íbamos a las comunidades wichis y mi papá quería pescado y lo pescaba con alforjas, había cantidad. Íbamos y había tendal de pescado asado y ellos lo guardaban para el tiempo malo. Ahora vas por las comunidades wichís y no tienen nada. Van eliminando bosques, ¿por qué ahora está haciendo tanto calor? Este calor era sólo de enero, y ahora en octubre nos morimos de calor. Los ríos cada vez traen menos agua. Tabacal desvía todo para su campo y cuando llueve abre toda la compuerta y ahí peligra que todo Oran se inunde.... Los guaraníes podemos seguir con el maíz, con el poroto, pero los que están en la ciudad no pueden comer bien. Nosotros estando en el campo con tierra podemos tener mejor vida y no tenemos desnutridos porque no recibimos ayuda, eso nos ayuda. Nos ayuda que no recibimos ayuda, que

²⁰⁴ Ver mapa rutas provinciales en Introducción.

nos buscamos nuestra propia comida y la comida que nos dan es mala. No es que yo no quiero al estado, no es que no quiero que me ayuden, pero quiero que me ayude bien, con caminos, poniéndome servicios y agua, no dándome comida mala” (EP, 2/10/2014).

En el discurso de Santiago, no pueden separarse las ideas sobre las políticas públicas, la alimentación, las tierras y la historia de los pueblos indígenas. Tal como lo hemos observado en el capítulo 2, desde su mirada y la de otros ava-guaraníes contactados, el ambiente no es un telón de fondo donde transcurre la vida, sino el resultado de procesos históricos, económicos y sociales. Por lo tanto, no se puede pensar la alimentación de las comunidades wichís que viven en la ruta 81 –que comunica a los parajes del departamento norte de Rivadavia- escindidas del avance de la frontera cultivable (Lorenzetti, 2010, 2011b; Suárez, 2016).

La complicidad estatal con los frentes extractivos y la expulsión de sus tierras ancestrales es la causa central de la falta de acceso a una alimentación adecuada. No hay nada *natural* ni *esencial* de las poblaciones wichís en no poder producir alimentos, ni hay nada de natural en las altas temperaturas de los departamentos del norte de la provincia. Son las diversas acciones de los frentes extractivos, que además de concentrar la tierra en pocas manos, expulsan a las poblaciones indígenas, socavando sus modos de vida y sus posibilidades de continuar la recolección de frutos y la pesca. La *comida natural* es la que viene de la tierra, del río, aquella a la que muchas comunidades wichís ya no pueden acceder e incluso las ava-guaraníes, como Arcoiris, que ve afectado el uso del río por las actividades industriales de la zona.

La perspectiva de Santiago sobre el ambiente y la relación con la alimentación, remite a las críticas hacia el concepto de “Seguridad Alimentaria”, que omite los efectos adversos del sistema agroalimentario globalizado en las economías rurales locales, la pérdida de la biodiversidad generada por la “revolución verde”²⁰⁵, las amenazas al

²⁰⁵ *Revolución verde* es el nombre con el que se bautizó en los círculos internacionales al importante incremento de la productividad agrícola, ocurrida entre 1940 y 1970. Este incremento se logró a partir de la utilización de variedades mejoradas de maíz, trigo y otros granos, cultivando una sola especie en un terreno durante todo el año (monocultivo), y la aplicación de grandes cantidades de agua, fertilizantes y plaguicidas. Con estas variedades y procedimientos, la producción es de dos a cinco veces superior que con las técnicas y variedades tradicionales de cultivo. De este modo, se subordinó la agricultura al capital industrial y se eliminaron métodos tradicionales de manejo ecológico de suelo, manejo de la materia orgánica, abonos verdes, cobertura permanente de suelo, barbechos, control biológico de plagas, variedades adaptadas a cada condición de suelo y clima. Estas prácticas sustentaban los sistemas productivos y alimentaban a la población hasta la aparición del “nuevo” paquete tecnológico en donde fueron sustituidas y consideradas atrasadas e inviables. Por otro lado, “la Revolución Verde convierte a la agricultura en petro-dependiente. Si observamos un predio que practica agricultura convencional en la

patrimonio agrícola y las consecuencias ambientales. Ante estas limitaciones, diversos movimientos propusieron el concepto de “Soberanía Alimentaria”, que enfatiza el derecho de los pueblos, comunidades y países a definir sus propias políticas agrícolas, pesqueras, alimentarias y de tierras. El concepto avanza hacia una concepción política de la alimentación más integral al tener en cuenta los derechos, la promoción de la salud, la diversidad cultural y el medio ambiente en un entorno de sostenibilidad (Patel, 2014; Lopez Giraldo y Franco Giraldo, 2015).

Esta mirada política sobre la alimentación es la que sostiene Santiago, quien además discute la intervención estatal en el marco del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Desde este plan, la alimentación se piensa como un derecho al que se accede a través del mercado, y los módulos alimentarios son construidos desde una perspectiva biomédica, como un remedio, elaborado a partir del cálculo de proteínas y vitaminas necesarias para saciarse. En este sentido, no es un dato menor que la calidad de los alimentos provistos por los módulos alimentarios, favorezca de manera alarmante la tendencia del contexto argentino en torno al aumento del sobrepeso y la obesidad (Bejarano et al., 2005; Bolzán et al., 2005; Cesani et al., 2010; Oyhenart et al., 2008a; Dahinten et al., 2011; Bergel et. al, 2012; Bergel, 2014).

Ahora bien, Santiago no está negando al Estado argentino, ni omitiendo la necesidad de ser destinatario de políticas públicas. Él está discutiendo la calidad de las políticas públicas que percibe y además visualizando el desempeño paradójico de los tres niveles del Estado en estos contextos de frontera. Pues si recordamos que para avanzar sobre las tierras de la comunidad las fuerzas de seguridad del Ingenio Tabacal, en complicidad con la policía provincial, quemaron y destruyeron los cultivos de la única población rural que contactamos que logra alimentar adecuadamente a sus hijos, podemos decir que aquello que se entiende por “ayuda” e “intervención” merece ser discutido.

Santiago advierte el sentido de la “mala ayuda” estatal, cuando observa la calidad de vida de las comunidades urbanas y de las comunidades wichis en la ruta 81, y reclama una “ayuda” que le permita crecer y que les permita producir. Lo que Santiago reclama como tal, son intervenciones que no se realicen de modo descontextualizado sobre los cuerpos infantiles, sino que ayuden a toda la comunidad: caminos, transporte, agua

actualidad, podemos afirmar que gran parte de los elementos utilizados en el proceso productivo son dependientes del petróleo o se utiliza éste para su fabricación. La maquinaria (tractores, cosechadoras, equipos para fumigación), combustibles, lubricantes, neumáticos, el nylon utilizado para protección de silos, invernáculos, suelo, fardos, todos derivados del petróleo” (Agroespacio, 22/11/2001) Para Revolución Verde en el caso Argentino ver Teubal, (2003)

potable, luz. La perspectiva de Santiago, aborda el problema de la alimentación de un modo integral, en relación a la tenencia de tierras, la intervención estatal y factores sociales, económicos y políticos.

Esta crítica hacia la acción estatal en el contexto de Orán, también es señalada por Haydeé, la otra referente de la comunidad Arcoiris, que en su explicación sobre la desnutrición, no puede separar la mirada sobre el cuidado de la tierra del cuidado de los hijos:

“Los médicos nos echan la culpa nos dicen que somos atrasados pero nosotros lo único que hacemos es seguir el camino que nos deja el Estado. Ahora yo me enteré que el código civil ha privatizado los ríos, y bueno ve, así es como los chicos eligen el suicidio. Es la empresa Monterubio y Tabacal que nos desvían los cauces de los ríos y nadie se preocupa, nadie dice nada. Ningún gobernador dice nada de eso. Ninguno, de provincia ni de nación, nosotros hemos hecho cartas, les hemos pedido ayuda y nada. Y no hay adonde recurrir, antes teníamos en las comunidades tenemos ancianos que son consejeros, ellos tienen que intervenir si hay algo malo en la pareja, ellos ayudan. Lo que está mal es que ahora quizás no hay ancianos y no hay a donde recurrir. [...] pasa con los jóvenes que no les queda otra salida a veces que querer cortarse el cuello o querer drogarse, porque es el camino que les deja el Estado, que no les deja trabajar y tener un trabajo digno, es el Estado debería dar el ejemplo y da todos malos ejemplos...”(10/10/2014).

Tal como en otras oportunidades, Haydeé señala la importancia de la tierra y de las generaciones mayores en el cuidado de los niños. Si el Estado daña a la tierra indígena y a las posibilidades de subsistencia, está dañando el futuro de las personas. En este sentido, luchar por la soberanía alimentaria, es también luchar por la soberanía de las prácticas de cuidado y discutir los modos de crianza promovidos por las políticas públicas. Pues, las generaciones mayores, no sólo deben pensar en el crecimiento y el desarrollo de los más pequeños hasta sus tres años de vida, sino durante toda su vida. Haydeé está iluminando la paradoja de las políticas públicas, que focalizan todas las acciones durante los primeros años de vida, como si esa intervención fuese una garantía para que el futuro de los jóvenes.

Las palabras de Santiago y Haydeé, denotan la lucha de los pueblos guaraníes por

la tierra, que también es su lucha por la nutrición. En su perspectiva no puede separarse el cuidado de la tierra, del cuidado de la vida y por lo tanto, de la descendencia. Si la soberanía alimentaria es la lucha por el derecho de los pueblos a decidir sobre su alimentación y la producción de sus tierras, es una lucha también por la soberanía del cuidado de la vida.

5.6. Conclusiones.

En este capítulo hemos explorado el campo de disputas en torno al cuidado de la infancia configurado a partir de los casos fatales de niños indígenas por cuadros de desnutrición. Hemos analizado, en primer lugar, los discursos y prácticas en torno a la desnutrición y en segundo lugar, las prácticas que las familias del sector rural realizan en busca de la nutrición y su mirada sobre dicha problemática.

En la esfera pública –configurada por los discursos de los funcionarios de gobierno y los informes periodísticos- la desnutrición fue explicada no sólo como un tema de salud pública, sino como un *drama estructural*, una *cuestión cultural*, un *problema político* e incluso una *inmoralidad*. Entendemos que la importancia que adquirió en la esfera pública el problema de la desnutrición, guarda relación con las representaciones morales de la infancia en las sociedades contemporáneas. Así pues, desde hace años que diversos estudios advierten el nivel de acortamiento en la talla, debido a los niveles de desnutrición crónica de diversas poblaciones del norte argentino (Longhi, 2017). No obstante, la problemática alimentaria sólo adquiere visibilidad cuando involucra mortalidad infantil.

Resulta entonces preocupante, la desconexión entre las investigaciones científicas y la agenda de gobierno. A pesar de la diversidad de investigaciones en salud pública que advierten desde hace años el panorama alimentario argentino (Longui, 2010; Bergel, 2014; Calvo, et. al, 2009; Ortale, 2002), fueron los informes periodísticos los que marcaron la agenda del gobierno provincial y generaron la implementación de *acciones urgentes*. La prensa nacional y provincial, se dedicó a elaborar informes sensacionalistas sobre la realidad de familias indígenas del norte de Salta, brindando un “efecto tranquilizador” (Fassin, 2016) hacia las clases medias urbanas, ya que ubicaban el problema de la desnutrición como un problema ligado a la pobreza y a la diferencia indígena. En este sentido, la prensa presentó “hechos sociales como singularidades

culturales” (Fassin, 2016, p. 251) que funcionaban como críticas al entonces gobierno nacional.

De este modo, la desnutrición infantil fue explicada en la esfera pública a través de un “lenguaje humanitario” (Fassin, 2016:11), que entendía pautas inadecuadas de crianza como inmoralidad de las madres y que no necesariamente significaba el problema como resultado de una injusticia social. Pues si el “lenguaje humanitario” posee una función, es la de fortalecer el *status quo* aludiendo a la ignorancia, la desidia, la corrupción política, la pobreza, junto con la compasión hacia los más débiles y frágiles. En este sentido, este lenguaje puede objetarse en términos de “cinismo -no necesariamente consciente- porque utiliza sentimientos morales cuando se ponen en funcionamiento que no modifican las desigualdades sociales” (Fassin, 2016, p. 12). No obstante, este uso inflacionario de sentimientos morales resultó sumamente efectivo en el contexto salteño, donde las acciones conveniadas de CONIN crecieron de modo exponencial. Por otro lado, los argumentos culturalistas continúan vigentes y siguen siendo insistentemente utilizados por un abanico de funcionarios de gobierno (La Izquierda Diario, 16 de junio de 2016).

Si bien comprendemos las acciones desde el gobierno provincial –como las del PROAPS- y las de las ONGs como CONIN como parte de un “gobierno humanitario” (Fassin, 2016), consideramos necesario realizar una serie de distinciones. Los trabajadores del PROAPS eran originarios de las mismas comunidades de las poblaciones pacientes que atendían. Los agentes sanitarios contactados, tenían finalizado el secundario y habían realizado los estudios correspondientes para poder ser parte del PROAPS. Ellos eran empleados municipales del departamento de Orán y no se dedicaban únicamente a brindar asistencia alimentaria por la emergencia de déficits nutricionales. Ya hemos observado en el capítulo 4, que entre sus tareas también se involucraba el suministro de inmunizaciones y la realización de acciones de prevención de dengue y tuberculosis, entre otras. Si bien sus condiciones laborales estaban signadas por la precariedad laboral y los vaivenes de la política argentina, los agentes sanitarios no eran voluntarios, sino empleados del sistema de salud público.

Las empleadas de la Fundación CONIN contactadas, tenían nivel universitario completo y no pertenecían a las comunidades en las cuales realizaban las intervenciones. Las que estaban contratadas por la fundación eran monotributistas y algunas de ellas, eran voluntarias. En este punto, la posición de clase de las “chicas de CONIN” era más similar a la de una investigadora de clase media, que a la de los agentes sanitarios. No obstante

concebíamos de modos diferentes el problema de la desnutrición y la historia de la sociedad salteña.

Si bien encontramos estas diferencias, tanto las empleadas de CONIN como los del PROAPS, compartían las frustraciones propias de quienes intentan cambiar la realidad sin poder modificar las condiciones materiales de existencia. Así pues, tanto los trabajadores del PROAPS como *las chicas de* CONIN tenían dificultades para realizar adecuadamente sus actividades de asistencia. En este sentido, las frustraciones de las integrantes de las ONGs como las de los agentes sanitarios, revelaban la tensión entre solidaridad y desigualdad, entre dominación y relación de ayuda, que Fassin (2016) plantea como constitutiva del gobierno humanitario. Esta tensión:

“...explica la ambivalencia observada generalmente entre los gobernantes, los donantes, los agentes que obran por el bien de los otros y dan cuenta de aquello que a veces se llama fatiga compasional, es decir, la usura de sentimientos morales que se convierten en indiferencia, a veces en la agresividad en la vista de los desdichados; esta tensión explica también de manera recíproca, el malestar de los gobernados, de los asistidos, de todos aquellos que reciben esos dones no apelando a ninguna contra-prestación, dando cuenta del resentimiento y a veces de la hostilidad en ocasiones manifestada por los desprotegidos y los dominados por aquellos que se creen sus benefactores”(Fassin, 2016, p. 13).

El discurso de CONIN y de sus empleadas, no consideraba la diferencia indígena de las familias destinatarias de sus acciones. Por considerar diferencia indígena, no nos referimos sólo a las particularidades de la cosmología indígena wichí, toba o ava-guaraní, sino su historia y el modo en que se articulan las desigualdades sociales e interétnicas en el contexto salteño. Esto parece necesario tanto para ellas como para los empleados de PROAPS, pues no todos consideran las determinaciones de los procesos sociales e históricos conformadores de la vulnerabilidad de sus destinatarios. En este sentido, coincidimos con Segato (2013) en que los aspectos culturales de un grupo social, remiten a las experiencias históricas compartidas. A través de la historia de estas poblaciones podemos comprender la formación de sus condiciones de vida, la desigualdad social en que se ubican y cómo acceden a la alimentación.

Los argumentos que señalan a las madres indígenas y/o migrantes, como las responsables de la desnutrición de sus hijos o como *las agentes de cambio del futuro*,

reactualizan el discurso maternalista que sostiene las intervenciones en primera infancia. Consideramos que en tanto se continúe ubicando a la madre como la principal responsable del futuro desarrollo de sus hijos, no se resolverá el problema de la desnutrición.

El último apartado del capítulo, buscó discutir la idea clásica del cuidado que nutre el discurso maternalista, que además en el contexto salteño se imbrinca con la diferencia indígena. Aún considerando que los datos cuantitativos fueron elaborados desde un enfoque sincrónico, con índices discutibles sobre vigilancia epidemiológica, nos permiten discutir las explicaciones esencialistas y maternalistas reproducidas *ad nauseum* por nuestros interlocutores en el campo. La variable étnica, no sólo no resulta eficaz para explicar el problema de la desnutrición, sino que además favorece la elaboración de argumentos falaces en torno a un problema en el que se entraman procesos sociales, económicos y políticos.

En el análisis, hemos encontrado que los niños indígenas que pertenecen a comunidades que poseen derechos de posesión de sus tierras, no sufren el *drama de la desnutrición*. Ahora bien, es importante destacar que esto ha sido posible con la intervención de políticas estatales que brindaron subsidio y financiación para su producción de bananas y maíz. En un país con semejante concentración de tierras y con un avance de frentes extractivos sobre las tierras indígenas, los pequeños productores necesitan ser subsidiados, de lo contrario pelagra su producción y sus fuentes de trabajo.

La situación de los integrantes de la comunidad Arcoiris permite interrogarnos sobre ¿qué tipo de políticas públicas realiza el estado para ayudar a las poblaciones más vulnerables?, ¿por qué se pone el foco en la cuestión del cuidado infantil y no en el cuidado del ambiente de las poblaciones vulnerables?

La pérdida de tierras, implica pérdida de autonomía y ser únicamente sujeto de subsistencia y asistencia. En este sentido, el recorrido realizado en este capítulo revela que la (des)nutrición no puede entenderse sólo como resultado de decisiones individuales de una madre o una comunidad étnica, pues las condiciones de vida, la desigualdad de género y la relación con la tierra constituyen aspectos centrales si se quiere abordar el problema con seriedad.

CONCLUSIONES

A lo largo de los capítulos, se fueron delineando algunas ideas a modo de síntesis y de conclusiones provisorias que, más que cerrar las discusiones iniciadas, abren nuevas preguntas. En las próximas páginas se retomarán estas ideas para iniciar nuevos caminos de indagación.

La investigación procuró dar cuenta del carácter heterogéneo de la infancia en el contexto argentino, analizando los modos que adquiere su cuidado en poblaciones avanguaranes y criollas – principalmente- de ámbitos rurales del departamento de Orán, Salta. El enfoque etnográfico aportó herramientas para el análisis de la infancia de modo contextualizado, en vistas de discutir las nociones esencialistas sobre la infancia y la alteridad indígena, fuertemente arraigadas al sentido común, a partir de las cuales la salud y la nutrición infantil son entendidas como resultado de decisiones individuales de los adultos cuidadores, especialmente sus madres, guiadas por supuestos patrones culturales. La perspectiva teórica metodológica empleada, permitió además incorporar a los niños como interlocutores válidos durante el proceso de investigación, quienes brindaron valiosa información para comprender la diversidad de prácticas y representaciones que adquieren las políticas públicas en su proceso de implementación. En este sentido, la mirada etnográfica sobre lo que era comprendido por “cuidado” en los espacios familiares, comunitarios e institucionales, permitió dar cuenta del carácter histórico, heterogéneo y contingente de lo que es entendido por infancia.

La tesis sostiene que las formas que adquiere el cuidado infantil, no dependen tanto de las decisiones individuales que toman las madres para criar a sus hijos o de la diferencia indígena de las familias, sino de determinaciones más amplias, como la falta de acceso a tierras, la desigual distribución de las responsabilidades de las tareas de cuidado infantil entre los géneros y la posición de las familias en la estructura social, signada por profundas desigualdades.

El departamento de Orán constituye una de las áreas de la provincia de Salta donde más impulso y garantías se brindó a los emprendimientos agroindustriales e hidrocarburíferos a gran escala en las últimas décadas (Flores Klarik, 2015; Suárez, 2016). El crecimiento exponencial de desmontes en los departamentos del norte de la provincia está estrechamente ligado a la ampliación de la frontera agropecuaria y el monocultivo de la soja, que a su vez generaron la apropiación y la reactivación del

mercado de tierras, así como también el despojo de recursos naturales y el avance sobre el territorio indígena (Buliubasich y Rodriguez, 2009; Lorenzetti, 2010, 2015; Buliubasich, 2013; Naharro, Alvarez, Klarik, 2015; Suárez, 2016). Estas cuestiones las hemos podido observar en los sectores donde hemos trabajado, que constituyen pequeñas “islas” en medio de un “océano” de emprendimientos agroindustriales que se orientan “acumulando capital por despojo” (Harvey, 2003, p.116) sin calcular ninguna externalidad²⁰⁶, tal como el Ingenio Tabacal, que modifica los cauces de los ríos de la zona de estudio para regar sus cultivos. Estas acciones, secan completamente el río que rodea las tierras de la comunidad Arcoiris, matando a las especies que viven en él –por tanto obstaculizando las actividades de pesca- y generando un aumento de las temperaturas. En este sentido, resulta difícil distinguir entre poder político y económico en el contexto salteño, pues quienes concentran las tierras y acceden al capital, se encuentran estrechamente vinculados a las órbitas del poder local. Asimismo, quienes organizan el despojo sobre el paisaje rural, perciben exenciones impositivas y disponen de fuerzas de seguridad gubernamentales para apropiarse de recursos naturales y desalojar a las familias criollas e indígenas.

De este modo, el accionar de los frentes productivos con el “permiso” del poder político, se caracterizan por la búsqueda de la ganancia y la ausencia de cualquier tipo de consideración hacia las consecuencias y los efectos sobre el medio ambiente. En este sentido, si hay algo que brilla por su ausencia en el contexto salteño, tanto rural como urbano –ya que no se pueden pensar de modo separado-, es el cuidado. Si comprendemos al mismo como lo hacen Tronto y Fischer (1990), como la diversidad de actividades que realizamos para “...mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ de tal forma que podamos vivir en él lo mejor posible...” advertimos la ausencia de políticas de cuidado en el escenario salteño. En este contexto, el cuidado es comprendido únicamente como una actividad femenina, privada y familiar, que ocurre en el ámbito doméstico de la cual los niños son meramente objeto. Esta concepción clásica de cuidado, que fortalece la posición patriarcal de las mujeres (Epele, 2010a) y la cosificación de los niños (Szulc 2004), se articula con una noción fiscalista del ambiente, como algo externo, que no se

²⁰⁶ Las externalidades son efectos indirectos de la producción o consumo de algunos agentes sobre la producción y el consumo de otros, por los cuáles no se realiza ningún cobro o pago. Harvey (2003) denomina “acumulación por despojo” a los procesos centrados en la expropiación a través de métodos violentos y de saqueo, que constituyen la condición básica de expansión del capitalismo durante la etapa de acumulación primitiva analizada por Marx, que en la actualidad se articula con la expansión del capital financiero (Harvey 2003, p. 116).

piensa de modo articulado con la actividad humana.

En línea con esta mirada dicotómica entre la cultura y la naturaleza, en el campo sanitario emerge la noción de “riesgo” elaborada por el PROAPS, que fragmenta “partes de la realidad” en términos de “factores”, con la ilusión de que las poblaciones pacientes pudiesen controlarlos y/o prevenir la exposición a los mismos (Menéndez, 1998; Breihl, 2011). Desde la perspectiva del PROAPS, el medio ambiente constituye el “fondo” donde transcurre la vida humana, mientras que el “saneamiento ambiental queda reducido a la limpieza del hogar y el tratamiento de la basura” (Lorenzetti, 2016, p. 270). De este modo, aunque las acciones del ámbito de la salud pública prioricen el cuidado de la salud infantil, la misma queda circunscripta a las fronteras del ámbito doméstico. La idea de infancia que subyace a las intervenciones del sistema de salud, se articula con la mirada hegemónica que ubica a los niños en un rol pasivo, “más de objeto que de sujetos: objeto de educación, cuidado, protección, disciplinamiento o de abandono, abuso y explotación” (Szulc, 2006, p. 27). De este modo la infancia, comprendida en términos hegemónicos está sujeta a determinados espacios/ tiempos, como la escuela y la familia (Jenks, 1996; Rabello de Castro, 2001). Así, las actividades vinculadas al cuidado, deben realizarse en el ámbito privado, mientras el ámbito “público”, como el ambiente, constituye un “riesgo” para la salud infantil y su correcto crecimiento y desarrollo.

La investigación antropológica permitió también observar cómo la ideología maternalista (Nari, 2004), que guía las políticas públicas en el contexto salteño y argentino, se articula con la noción hegemónica de infancia mencionada. Asimismo, la tesis procuró ampliar los debates en torno a la organización del cuidado (Zibecchi, 2013; Faur, 2014; Enriquez y Marzonetto, 2016) que generalmente han limitado su abordaje a contextos urbanos. En línea con estos estudios, coincido en que la organización del cuidado constituye uno de los núcleos de la reproducción de desigualdades sociales en el contexto argentino y que el abordaje del mismo no sólo requiere políticas focalizadas sobre el colectivo infantil. Tal como lo hemos observado a lo largo de la tesis, la organización del cuidado está estrechamente vinculada a las legislaciones laborales de las madres, los padres, la educación pública, la calidad del transporte público, las condiciones habitacionales y la posesión de tierras, entre otras cuestiones.

En el ámbito de las políticas públicas del contexto salteño, hay un uso inflacionario del concepto de cuidado, especialmente cuando los destinatarios son los niños. No obstante, el énfasis en la importancia del cuidado infantil no se manifiesta en

la construcción de políticas públicas para colaborar con la organización familiar durante los primeros años de vida, pues como hemos observado, el cuidado debe ser provisto en el ámbito privado/familiar. Así pues, el Estado provee servicios de salud pública e interviene sobre todo en los primeros años de los niños más pobres, a modo de emergencia (Enríquez y Marzonetto, 2016). En este punto, resulta problemático que no se hayan observado intervenciones en el ámbito de las políticas públicas en torno a la conciliación trabajo/familia. El “maternalismo político”, que Nari (2004) advirtió analizando los debates de las licencias por maternidad a principios de siglo XX en el congreso argentino, permanece latente en el horizonte de las políticas públicas salteñas. Las *mamis* continúan siendo las responsables principales del bienestar y el desarrollo de los futuros ciudadanos de la Nación Argentina. La irresponsabilidad materna es muchísimo más problematizada y juzgada que la de los padres varones que dejan a sus hijos o que, aún desocupados, con gran parte de su tiempo libre, pocas veces asumen responsabilidad en las tareas de cuidado.

Ahora bien, no considero que sean únicamente el Estado, con sus políticas públicas, o el mercado, representado por los empleadores privados de producción agrícola, los únicos que sostienen y reproducen estas nociones de infancia y de cuidado. En línea con los estudios de gubernamentalidad (Rose, 2003; Edwald, 1991; Gago, 2014; Fassín, 2016), la multiplicidad de saberes, tecnologías y prácticas implicadas para el gobierno de las conductas de los sujetos, no sólo pueden comprenderse impulsadas “desde arriba”, pues ciertas ideas y valores circulan de modos diversos entre los grupos sociales.²⁰⁷ El modelo hegemónico de familia, maternidad e infancia es sumamente poderoso y permea gran parte de los discursos y de las prácticas cotidianas, incluso de las familias subalternas. Si bien durante el trabajo de campo he conversado con muchísimas mujeres que me expresaron sus penurias cotidianas por las asimetrías de poder en su vida conyugal, que se expresaban tanto en situaciones de violencia como en su responsabilidad absoluta para *hacer crecer la cría*, casi ninguna advertía estas cuestiones como una injusticia. En este sentido coincido con Epele (2010a), quien sostiene que la privatización del cuidado es el proceso opuesto a la politización de lo personal. Las desigualdades de género eran experimentadas como angustias personales o problemas íntimos. Asimismo, la sobrecarga de las tareas de cuidado, entendidas como aquel trabajo que “*no termina nunca*”, eran comprendidas como parte de una división sexual del trabajo natural e

²⁰⁷ Al respecto Gago (2014) sostiene “como forma de gubernamentalidad, los poderes vienen de arriba y operan simultáneamente desde abajo” (2014, p.9).

inexorable.

Con estas cuestiones, me interesa iluminar las contradicciones que experimenté como feminista en el contexto de Orán, incluso como ciudadana simpatizante de cierto discurso “progresista” alineado con el paradigma de derechos humanos, entablando vínculos con personas que habitaban contextos de “informalidad instituyente” (Gago, 2014). Mis interlocutores en el campo, como anticipé, no siempre manifestaban las precariedades que experimentaban como efectos de la desigualdad económica o de una vulneración de sus derechos humanos. Es decir, las mujeres sufrían diversas violencias, como se planteó, pero no luchaban por sus “derechos”, ni exigían a sus maridos que cuidaran a sus hijos, ni reclamaban a sus patrones que les brindaran servicios de cuidado. Por su parte, los varones empleados de modos precarizados en las fincas rurales, sujetos a la inestabilidad del trabajo rural, no exigían “derechos laborales”. Con esto no quiero decir que no hubiese conflictos al interior de las familias por esta posición femenina subordinada, ni estrategias de mujeres para revertirlas o ciertos reclamos por parte de los empleados rurales. No obstante, lo que me interesa señalar es que la reivindicación de derechos ciudadanos no configuraba un horizonte a seguir por la totalidad de los pobladores del área rural, aunque encontré algunas excepciones.

Los únicos que se refirieron al despojo de los recursos naturales como una injusticia social, fueron las personas indígenas contactadas. Hombres y mujeres, sobre todo ava-guaraníes y kollas, con quiénes estreché vínculos más profundos durante todo el trabajo de campo, se referían a sus problemas de salud o a los problemas de salud infantil, como efectos adversos del avance de los frentes extractivos aliados con el poder político local. Ellos observaban sus precarias condiciones de vida como la consecuencia de años de “mal gobierno” por parte del Estado argentino, que no cuidaba del medio ambiente, ni de los seres vivos que lo habitaban. El despojo de los recursos naturales, la falta de servicios de públicos como electricidad, junto con salud, educación y transporte público en los sectores rurales, entre otras cuestiones, eran comprendidas como consecuencias de malas gestiones gubernamentales. Así pues, los integrantes de comunidades ava-guaraníes, reivindicaban su derecho no sólo a las tierras, sino más bien territorio, que implica un espacio en interacción con la cultura, permite proyectar y afirmar identidad propia en el ejercicio de derechos de autodeterminación política, cultural y económica (Bello, 2003). Ahora bien, en este reclamo constitucional no hay ningún tipo de

autodeterminación terrorista²⁰⁸, como en la actualidad quieren instalar los medios de comunicación y funcionarios de gobierno. Los hombres y mujeres ava-guaraníes y kollas hablaban como ciudadanos que exigían al Estado mejores condiciones de vida. Los integrantes de Arcoiris, lejos estaban de rechazar al Estado argentino y/o salteño, ellos reclamaban mejores políticas públicas y se posicionaban de otro modo que las poblaciones criollas ante el gobierno.

En este punto considero necesario referirme a la construcción de la alteridad en el contexto particular de estudio. La cuestión de los derechos humanos, que se materializó durante mis estadias de campo en la implementación de leyes de regularización del trabajo rural (ver capítulo 3, apartado 3.2) y de relevamiento territorial de comunidades indígenas (ver capítulo 2, apartado 2.2), generó significados heterogéneos entre los pobladores rurales que fortalecieron las fronteras interétnicas entre criollos e indígenas y entre trabajadores rurales argentinos y bolivianos. Los ava-guaraníes contactados, reclamaban al Estado su derecho a vivir en mejores condiciones de vida. Con tal objetivo se movilizaban para obtener asesorías de técnicos del INTA, solicitando infraestructura para riego y exigían acceder a mejores caminos, además de reivindicar su derecho al territorio. Asimismo, criticaban las políticas públicas de corte asistencialista que el Estado brindaba a parte de la población indígena. Por su parte, las poblaciones criollas significaban los derechos indígenas como un privilegio irrisorio, que marcaba una diferencia ilegítima entre las poblaciones rurales²⁰⁹ ¿Cómo es que *los indios* podían exigir algo? Por otro lado, las acciones para regularizar el trabajo rural, sólo se implementaban sobre trabajadores argentinos, que, al comenzar a pagar cargas impositivas que los empleadores descontaban de su remuneración, percibían sueldos menores que los migrantes bolivianos que continuaban siendo empleados “en negro” por los finqueros ¿Cómo es que *ellos, los otros bolivianos*, ganan más que *nosotros* que somos argentinos *de verdad*?

²⁰⁸ A lo largo de la escritura de la tesis, diversos conflictos entre el gobierno nacional, gobiernos provinciales y pueblos indígenas han ido en aumento mientras los medios de comunicación instalan la idea de que los pueblos indígenas constituyen un “enemigo interno”, cuyo reclamo constituye una declaración “de guerra al Estado argentino”. Ver (Jaime Rosemberg, 26 de noviembre de 2017).

²⁰⁹ Aclaro que refiero en este punto a los criollos contactados durante el trabajo de campo en el departamento de Orán. Esto no quiere decir que no hubiesen otros criollos, de otros sectores que no coincidan con los reclamos de los integrantes de Arcoiris, pues éstos articulaban sus acciones con organizaciones sociales campesinas como el Movimiento Campesino de Santiago del Estero (Mocase), el Movimiento Nacional Campesino Indígena (MNCI), entre otros.

De este modo, la diversidad de políticas públicas observada en el contexto rural, entre 2010 y 2015, que buscaban garantizar ciertos derechos especiales, a través de programas específicos, generaron diversos efectos entre las relaciones interétnicas. Estas cuestiones, sumadas al avance de los frentes extractivos y la reconfiguración del territorio indígena, agudizaron aún más las relaciones entre indígenas y criollos en el contexto salteño (Lorenzetti, 2016). En el área de Orán en particular, dichas fricciones, se imbricaron con las retóricas y las prácticas nacionalistas que adquiere el sentido común en las localidades fronterizas (Grimson, 2000). Lo que nos interesa destacar con estas cuestiones, que exceden a los objetivos del análisis, es la complejidad de los procesos de formación de alteridades en poblaciones que suelen ser pensadas como parte de un colectivo tal como “sectores populares” y/o “clases bajas”.

Siguiendo a Guha (2007), las familias de los sectores rurales de Orán, configuraban un mosaico de identidades residuales de “proyectos hegemónicos fracasados” (2007, p. 6) tanto de Argentina como de Bolivia, donde encontramos una diversidad de formaciones de alteridad: argentino/boliviano, indígena criollo, kolla avaguaraní, avaguaraní/wichí, empleado efectivo/ empleado golondrina; etc. A su vez, la particularidad del ámbito rural, signado por las fluctuaciones del mercado agroindustrial y el avance de frentes extractivistas, hace que los vínculos entre los pobladores de los sectores rurales sean inestables. Todo está en permanente movimiento. Y en este contexto de movilidad y circulación permanente, los derechos especiales –traducidos como políticas de asistencia hacia algunas familias indígenas (Lenton y Lorenzetti, 2005)- generaban aún más fricciones entre las diversas identidades.

De este modo, considero que la alteridad indígena no puede comprenderse de cómo un hecho natural o esencial, sino más bien como un producto histórico. En este sentido, recuperamos las ideas de Segato (2014) que señala la cultura, “como la decantación de la experiencia histórica acumulada por un colectivo” (ibidem, p.148) y “diferencia” como un producto entre interlocutores jerárquicamente posicionados y firmemente situados en historias locales, regionales, nacionales (ídem). Así pues, la perspectiva panorámica sobre los contextos rurales de Orán, permitió advertir que no podemos referirnos al colectivo indígena como un todo homogéneo. La situación de las comunidades indígenas como Arcoiris, que continuaba en litigio por la titularidad de sus tierras, no era la misma que la de las familias indígenas que tenían títulos de propiedad de una vivienda en contextos periurbanos, como ocurría en Fortaleza. Por su parte, quienes

no habían sido parte del relevamiento de la Ley de Emergencia Territorial N°26.160, ni habían sido destinatarios de un programa de viviendas, como la población del Paraje 26, se encontraban en la posición más endeble, sujetos a las arbitrariedades de finqueros y gobiernos de turno. En este sentido, la perspectiva etnográfica ha permitido observar la complejidad de la emergencia territorial indígena en el contexto argentino, donde, aún las comunidades como Arcoiris que obtuvieron el aval del RENACI, sufren permanentes asedios e intrusiones por parte de los agentes agroindustriales locales, con total permiso del poder ejecutivo y judicial provincial. Estas cuestiones, junto con la escasez de políticas públicas que acompañen e impulsen métodos de agricultura no intensiva, constituyen elementos que deberían considerar quienes en el contexto salteño, sostienen que “la concesión de tierras públicas a indígenas y criollos no ha conducido al uso sostenible de los recursos naturales ni a la mejora de los indicadores sociales” (Barbarán, 2002 en Barbarán, Rojas y Arias 2015, p.30).

Con todo lo referido a las conflictividades generadas por el despojo de recursos naturales, la falta de políticas públicas que busquen cuidar el medio ambiente y los conflictivos procesos de formación de alteridad, ¿cómo es posible que las intervenciones estatales piensen de modo tan descontextualizado la infancia? ¿Cómo puede pensarse que la intervención en los cuerpos de niños y niñas de “poblaciones vulnerables” durante los primeros tres años de vida, puede garantizar el desarrollo de una vida saludable en contextos signados por el saqueo de recursos naturales? ¿Por qué resulta tan difícil pensar la infancia de modo contextualizado? ¿Por qué resulta tan efectivo políticamente pensarla de modo descontextualizado?

Ante estos interrogantes, resulta pertinente recuperar las ideas de la filósofa Laura Berlant (2014), que en línea con Fassin (2016), sostiene que la infancia constituye el lugar de la movilización de sentimientos en los gobiernos neoliberales. La imagen de los niños constituye un “fetiche de la ciudadanía” y su sufrimiento es comprendido como “una verdad que subordina la narrativa, pues ellos no han escogido su explotación: a ellos les han robado su optimismo y el juego que son, putativamente, su derecho de infancia” (Berlant, 2014, p. 22). Según Berlant, la política del sentimentalismo logra borrar las fronteras interétnicas y el difundido antagonismo intercultural en contextos de profunda brecha económica. De este modo, cuando los gobiernos hablan del sufrimiento infantil, descansan en la tendencia de la “inconciencia de clases produciendo la fantasía de desaparición de desigualdades y diferencias de clase” (Berlant, 2014, p. 28). Las

alusiones al sentimentalismo en torno al cuidado infantil y el desempeño de las madres abundan en la esfera pública en el contexto salteño, junto con las estigmatizaciones hacia las familias indígenas. Las mismas logran ser efectivas en términos políticos, pues aseguraron la re-elección del gobernador provincial, pero no vienen consiguiendo resolver el problema de la desnutrición.

No es una novedad que en el contexto argentino sean poco confiables los datos epidemiológicos en torno a la desnutrición infantil (Ortale, 2000; 2002). Sin embargo no puedo evitar preguntarme, ¿qué será en el futuro de los *changos que se escaparon del gráfico*? ¿Serán ellos los próximos “malos” cuidadores de sus hijos? ¿Serán las niñas *mamás gordas con chiquitos desnutridos*? Por su parte, las intervenciones de ONGs como CONIN, ¿habrán comenzado a realizar adecuadamente los controles nutricionales? En relación a estas nuevas acciones, sería interesante en nuevas indagaciones explorar la articulación entre los agentes sanitarios del PROAPS y los diversos trabajadores del tercer sector. Así como la labor de los agentes sanitarios puede ser comprendida en términos de una “misión de servicio” (Lorenzetti, 2016, p.258), los trabajadores de CONIN son muchas veces voluntarios y/o profesionales guiados por una ideología civilizatoria en geografías exóticas.

Considero que las nociones hegemónicas de cuidado, infancia y alteridad constituyen los pilares de las explicaciones falaces en torno al problema de la desnutrición. Coincido con el argumento más arraigado en el sentido común de que es el cuidado inadecuado, el responsable de la emergencia de déficits nutricionales. Ahora bien, por cuidado me refiero al mantenimiento y la reparación del ambiente, así como también a la articulación entre la familia, el Estado, el mercado y la comunidad. Y en este punto es donde, para cerrar estas conclusiones, considero valioso el aporte de la perspectiva ava-guaraní, pues el cuidado infantil no puede pensarse de modo separado del cuidado de la tierra y el ambiente. Tal como hemos anticipado, el territorio, comprendido en términos indígenas, contiene formas de tenencias que transitan entre lo colectivo, lo individual y lo político, involucrando derechos de antiguas y futuras generaciones. Si las personas somos también seres vivos, el cuidado del ambiente involucra nuestro cuidado. De este modo, la lucha por el territorio, es también una lucha contra la desnutrición.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aguirre, P. (2010). *Estrategias domésticas. Qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Aguirre, P. (2014). La complejidad del evento alimentario. En: Piaggio, L. R y Solans, A. M. *Enfoques Socioculturales de la alimentación*. Buenos Aires: Akadia. 4-14.
- Albó, X. (1995). *Bolivia plurilingüe: guía para planificadores y educadores*. La Paz: CIPCA - UNICEF.
- Allen, A. y Lacabana, M. (2003). A manera de presentación más allá de la dicotomía urbano-rural: desarrollo, medio ambiente y pobreza en la interfase periurbana. *Cuadernos del Cendes*, 20(53), 1-6. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082003000200001&. Consultado el 03/03/2017
- Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Almeida Filho, N., Castiel L.D., Ayres J.R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323- 344.
- Almeida Salles, V. (Octubre, 1988). Mujer y grupo doméstico campesino: notas de trabajo. Las mujeres en el campo. *VI Reunión de Estudios Poblacionales*, Olinda, Brasil.
- Althabe, G. y Hernández, V. (2005). Implicación y reflexividad en antropología. En V. Hernández.; C. Hidalgo y A. Stagnaro (Comps.), *Etnografías Globalizadas* (pp. 71-88). Buenos Aires: Sociedad Argentina de Antropología.
- Alvares, M. (Julio, 2012). Criança y comensalidade. A práticas alimentares y a construção da pessoa. En *Congreso Internacional Americanista*. Simposio llevado a cabo en Children's food Heritage, Viena, Austria.
- Alvarez Leguizamón, S., Arias, A., Muñiz Tierra, L. (Coords.) (2016) *Estudios sobre la estructura social en la Argentina contemporánea*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO - CODESOC - PISAC.
- Alves, P. C. B., y Souza, I. M. (1999). Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. *Experiência de doença e narrativa*, 125-38. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Taurus.
- Ariza, M. (2002). Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Revista mexicana de sociología*, 64(4), 53-84.
- Artieda, T. y Rosso, L. (2005). Propuestas educativas para aborígenes del norte argentino en las fases del proceso de proletarización. 1884-1922. En A. Ascolani (Comp.), *El sistema educativo en Argentina. Nuevas perspectivas históricas* (pp. 70-87). Rosario: Laborde editor.
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva*, 5(1), 27-47.

- Astudillo, M. A., Castillo, M. del V., Suárez, M.E. (2011). “*ASIS de la provincia de Salta, Argentina*”. Programa Sala de situación, Ministerio de Salud. Gobierno de la provincia de Salta.
- Auyero, J. (2004). Clientelismo político. *Las caras ocultas*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Ayres, J. R. (1997). *Sobre o risco: para comprender a epidemiología*. San Pablo: Hucitec.
- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Barbarán, F., Rojas, L., Arias, H. (2015). Sostenibilidad institucional y social de la expansión de la frontera agropecuaria. Boom sojero, políticas redistributivas y pago por servicios ambientales en el Norte de Salta, Argentina. *Revista Iberoamericana de Economía Ecológica*, (24), 21-37. Recuperado de: https://www.academia.edu/14927741/Sostenibilidad_institucional_y_social_de_la_expansi%C3%B3n_de_la_frontera_agropecuaria.Boom_sojero_pol%C3%ADticas_redistributivas_y_pago_por_servicios_ambientales_en_el_Norte_de_Salta_Argentina. Consultado el 6/6/2016.
- Barbarán, F.R. (2002). Reclamo de tierras y uso sustentable en el Lote Fiscal 55. En O. Jerez, M. Lacarrieu y A. Teruel (Comps.) *Fronteras, Ciudades y Estados*. I. Alción Editora: Buenos Aires.
- Barna, A. (2012). Desentrañar sucesos, evaluar sujetos y producir verdades para “restituir derechos de niños”. *Runa*, 36(1), 73-89.
- Barsky, A. (2012). Buenos Aires y su organización espacial. Caracterización de las situaciones ambientales asociadas a la dinámica de las cuencas hidrográficas que atraviesan un territorio metropolitano. En M. Di Pace y A. Barsky (dirs.) *Agua y Territorio: fragmentación y complejidad en la gestión del recurso hídrico en la Región Metropolitana de Buenos Aires* (pp. 171-207). Buenos Aires: Ciccus.
- Bartolomé, M. A. (2003). Los pobladores del "Desierto" genocidio, etnocidio y etnogénesis en la Argentina. *Cuadernos de antropología social*, (17), 162-189.
- Beck, U. (2000). Retorno a la teoría de la sociedad del riesgo. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, (30).
- Benedetti, A. (2009). Los usos de la categoría región en el pensamiento geográfico argentino. *Scripta Nova*, 13(286), 6-8.
- Benedetti, A., y Salizzi, E. (2011). Llegar, pasar, regresar a la frontera. Aproximación al sistema de movilidad argentino-boliviano. *Revista Transporte y Territorio*, (4), 148-179.
- Berlant, L. (2014). *El corazón de la nación. Ensayo sobre política y sentimentalismo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bernard, B. (1995). Fundamentos epistemológicos del dualismo metodológico en el binomio ciencias naturales/ciencias sociales. *Revista de Filosofía (Universidad de Zulia)*, 22(2), 121-142.
- Bernard, H. R. (1995). *Métodos en Investigación en Antropología. Abordajes Cualitativos y Cualitativos*, (pp. 50-72). 2ª Edición. AltaMira: California.

- Bernardi, N., Gentile, N., Mañas, F., Méndez, A., Gorla, N. y Aiassa, D. (2015). Evaluación del nivel de daño en el material genético de niños de la provincia de Córdoba expuestos a plaguicidas. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(2), 6-11. Recuperado de <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.126>
- Bertranou, F. y Casanova, L. (2014) Informalidad laboral en Argentina: Segmentos críticos y políticas para la formalización Buenos Aires, Oficina de País de la OIT para Argentina. Recuperado de: <http://white.lim.ilo.org/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/forlac/estudios/informalidad%20laboral%20argentina.pdf>. Consultado el 8/8/2017.
- Besse, J. (2011). Proceso y diseño en la construcción del objeto de investigación: las costuras de Frankenstein o un entre-dos que no hace dos. En C. Escolar y J. Besse (Coords.), *Epistemología fronteriza Puntuaciones sobre teoría, método y técnica en ciencias sociales*, (pp. 93-113). Buenos Aires: Eudeba.
- Bitencourt Ribeiro, F. (Abril, 2015). Os cabelos de Jennifer: notas sobre participação e etnografia em contextos da “proteção à infância?”. *Acta acadêmica 4ª Jornadas de Estudos sobre la Infancia*, Buenos Aires.
- Bocara, G. (2004). Del buen gobierno en territorio mapuche: notas acerca de una experiencia en salud complementaria. *Cuadernos de antropología social*, (20), 113-129.
- Bolzán, A., Mercer, R., Ruiz, V., Brawerman, J., Marx, J., Adrogué, G. y Cordero, C. (2005). Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuNa. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(6), 545-555.
- Bolzán, A., y Mercer, R. (2009). Seguridad alimentaria y retardo crónico del crecimiento en niños pobres del norte argentino. *Archivos argentinos de pediatría*, 107(3), 221-228.
- Bonet, O. A. R., Gomes Tavares, F. R. (2006). “Redes em Rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde”. En R. Pinheiro y R. Mattos (Eds.), *Gestão em Redes. Práticas de avaliação, formação e participação na saúde*, p. 385-400. Río de Janeiro: CEPESC.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C. y Passeron, J. C. (2011) [1973]. *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- Braidotti, R. (1991). *Patterns of dissonance: A study of women in contemporary philosophy*. New York: Routledge.
- Breihl, J. (2007). Nuevo modelo de acumulación y agroindustria: las implicaciones ecológicas y epidemiológicas de la floricultura en Ecuador. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(1), 91-104.
- Breihl, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Revista Salud Colectiva*. 6(1). 83-101.
- Breilh, J. (1987). *Epidemiología: economía, medicina y política*. México DF: Fontamara.
- Breilh, J. (2011). Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador. Recuperado de

<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh,%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>. Consultado el 8/7/2017.

- Briones, C. (1998). *La alteridad del "Cuarto Mundo". Una deconstrucción antropológica de la diferencia*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Briones, C. (Noviembre, 2004). Formaciones nacionales de alteridad y movilidades estructuradas: reflexiones desde un país ‘con pocos indios y sin negros’, En *Más allá de la identidad: Perspectivas contemporáneas comparativas sobre lugar, espacio y movilidad en América Latina*. Congreso llevado a cabo en Bogotá, Colombia.
- Brown, A. D., García Moritán, M., Ventura, B., Hilbert, N. y Malizia, L. (2007) *Finca San Andrés: un espacio de cambios ambientales y sociales en el alto Bermejo*. Tucumán: Ediciones del Subtrópico.
- Brown, A. D., Malizia, L. R. y Lomáscolo, T. (2007). Reserva de la Biosfera de las Yungas: armando el rompecabezas entre todos. *Reservas de la Biosfera*, 19.
- Bryceson, D. y Vuorela, U. (2002). *The transnational family: New European frontiers and global networks*. Oxford: New York: Berg Publishers.
- Buitrón, D., Hurtig, A., San Sebastián, M. (2004). Estado nutricional en niños naporunas menores de cinco años en la Amazonia ecuatoriana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 15(3),15-19.
- Buliubasich, C. (2013). La política indígena en Salta. Límites, Contexto etnopolítico y luchas recientes. *Runa*, 34(1), 59-71.
- Buliubasich, C. y González, A. (2009a). *Los pueblos indígenas de Salta. La posesión y el dominio de sus tierras*. Departamento de San Martín. Salta: Universidad de Salta y Centro Promocional de Investigaciones e Historia y Antropología.
- Buliubasich, C. y Rodríguez, H. (2009b). Panorama histórico y ambiental. En C. Buliubasich y A. González (Coords.), *Los pueblos indígenas de Salta. La posesión y el dominio de sus tierras*. Departamento de San Martín. Salta: Centro Promocional en Investigaciones en Historia y Antropología, Universidad de Salta.
- Bustos Cara, R. (1996). Territorialidade é identidade regional no sul da província de Buenos Aires. En M. Santos, M.A. de Souza y M.L. Silveira (Orgs.), *Territorio. Globalização e fragmentação* (pp. 261-296). São Pablo: Editora Hucitec- Anpur.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Madrid: Paidós.
- Cabianca, G., Borelli, M.F., Ciotta, A. y Pantaleón, R. (2016). Factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de 1 año de edad y su relación con el estado nutricional, en la comunidad Chané de Tuyunti, Aguaray, Salta, Argentina. *Antropo*, 35, 53-65. Recuperado de www.didac.ehu.es/antropo
- Cabianca, G., Onaga, C., Aramayo, A. y Belén Zenteno, M. (2015). Caracterización biológica, alimentaria y sociocultural de los niños de 1 a 5 años de edad con exceso de peso, de la Comunidad Aborigen Ava Guaraní, Barrio Misión San Francisco, Pichanal, Salta, Argentina. *Antropo*, 34, 53-65.
- Calvo, E. et al. (2009) Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación.

Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>.

- Calvo, E., Carmuega E., Gnazzo N. *et al* (1991). Evaluación del estado nutricional en niños de 9 a 24 meses de edad residentes en los partidos del Gran Buenos Aires. *Archivo Argentino de Pediatría*, 89,132-141.
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). El trabajo del antropólogo. Mirar, escuchar, escribir. *Revista de Antropología*, 39(1), 13-37.
- Carli, S. (2006). *La cuestión de la Infancia. Entre la escuela, la calle y el shopping*. Buenos Aires: Paidós.
- Carmuega, E. y Durán, P. (2000). *Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes*. Boletín CESNI (Centro de Estudio sobre Nutrición Infantil). Buenos Aires: CESNI.
- Carrasco, M. (1991). Hegemonía y políticas indigenistas argentinas en el Chaco centro occidental. *América indígena*, 51(1), 63-122.
- Carrasco, M. (2005). Política indigenista del estado democrático salteño entre 1986 y 2004. En C. Briones (Comp.) *Cartografías argentinas: políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Casas Roma, X. (2015). Responsabilidad de la industria farmacéutica sobre la inversión en investigación de las enfermedades olvidadas. Propuesta de mejora. *Revista Internacional de Filosofía*, 64, 117-132 <http://dx.doi.org/10.6018/daimon/173401>.
- Casimiro Córdoba, A., Cosso, P. y Saiquita, G. (2013) Las Fiestas del Señor de Sumalao. Prácticas de sacralización, agencia y experiencia religiosa. *Itinerantes. Revista de Historia y religión*, 4(2014), 113-131. Recuperado de www.unsta.edu.ar/wp-content/uploads/2013/04/Casimiro-Cosso-Saiquita.pdf
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. En G. Burchell, C. Gordon, P. Miller y M. Foucault. *The Foucault effect: Studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michael Foucault* (pp. 281-298). Londres: Harvester Wheatsheaf.
- Castelnuovo Birabent, N. (2014). Mujeres Guaraníes y desarrollo en el noroeste argentino. *Cuadernos de Antropología* (39) 179-183.
- Castillo, M. (2011). Brechas ODM en los Pueblos Originarios Salteños. Unidad de Coordinación de Políticas para la Inclusión Social. Salta: Gobierno de la Provincia de Salta (inédito).
- Ceriani Cernadas, C. (2006). El poder de los símbolos: Magia, enfermedad y acto médico. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires* (2004), 26(3).
- Ceriani Cernadas, C. (2011). La misión pentecostal escandinava en el Chaco argentino: Etapa formativa: 1914- 1945. *Memoria americana*, 19(1), 89-115. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37512011000100005&lng=es&tlng=es. Consultado el 16/07/2017.
- Ceriani Cernadas, C. y Lavazza, H. (2012). Una misión fuera de lugar. *La dinámica territorial de una misión evangélica en el Chaco Salteño*. En *IV Simposio Internacional sobre Religiosidad, Cultura y Poder (IV SIRCP)*. Simposio llevado a cabo en Museo Roca, Buenos Aires, Argentina.
- Ceriani, C. y Citro, S. (2005). El movimiento del evangelio entre los tobas del Chaco

- argentino. Una revisión histórica y etnográfica. En B. Guerrero Jiménez (Ed.), *De indio a hermano. Pentecostalismo indígena en América Latina* (pp. 111- 170). Chile: Ediciones Campvs.
- Cerri, C., Alamillo-Martínez, L. (2012). La organización de los cuidados, más allá de la dicotomía entre esfera pública y esfera privada. *Gazeta de Antropología*, 28(2), 1-23.
- Cerrutti, M. S. y Maguid, A. (2010). Familias divididas y cadenas globales de cuidado. *Serie Políticas Sociales*, 163. CEPAL.
- Christensen, P. y James, A. (2000). *Research with children. Perspectives and practices*. London: Falmer Press.
- Christensen, P. y Prout, A. (2002). Working with Ethical Symmetry in Social Research with Children. *Childhood*, 9, (4), 477-497.
- Citro, S. (2009). *Cuerpos significantes: travesías de una etnografía dialéctica*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Cohn, C. (2001). Noções socias de infancia e desenvolvimento infantil. *Cadernos de campo*, 9. Sao Paulo: FFLCH-USP.
- Cohn, C. (2005). O desenho das crianças e o antropólogo: reflexões a partir das crianças mebengokré-xikrin. En *VI Reunión de Antropología del Mercosur*. Congreso llevado a cabo en Montevideo, Uruguay.
- Colangelo, M.A. (2009). La salud infantil en contextos de diversidad sociocultural. En L. Tamagno (Comp.), *Pueblos indígenas: interculturalidad, colonialidad, política*. Buenos Aires: Biblos.
- Colangelo, M.A. (2012). *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de La Plata.
- Colangelo, M.A. (Julio, 2008). La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX. En *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en la Universidad Nacional de Misiones, Posadas, Misiones.
- Colangelo, M.A. (Julio, 2009). La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. En *Primeras Jornadas Diversidad en la niñez. Pluralidad de escenarios y abordajes. Aportes académicos a la acción política*. Congreso llevado a cabo en el Hospital El Dique, Ensenada, Buenos Aires.
- Colangelo, M.A. (Mayo, 2004). En busca de una “infancia sana”: la construcción médica del niño y del cuerpo infantil. En *VII Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en Villa Giardino, Córdoba.
- Colangelo, M.A. (Septiembre, 2006). La crianza en disputa. Un análisis del saber médico sobre el cuidado infantil. En *II Simposio: Niñez y Juventud: Perspectivas en disputa y abordaje etnográfico*. Simposio desarrollado en la Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires.
- Comaroff, J. Y Comaroff, J. (1992). *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder: Westview.

- Comaroff, J., & Comaroff, J. L. (1992). *Home-made hegemony: Modernity, domesticity, and colonialism in South Africa*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Comunidad Indígena Ava-Guaraní Tabacal La Loma (CIGET) y Etchegorry, C., et al. (2013), *El grito ancestral. Sapucay mate*. Córdoba: Editorial Universitaria Católica de Córdoba.
- Connell, R. (1995) *Masculinities. Power and Social Change*. Berkeley: University of California Press.
- Córdoba, L., Bossert, F. y Richard, N. (2015). *Capitalismo en las selvas. Enclaves industriales en el Chaco y Amazonía indígena (1850-1950)*. San Pedro de Atacama: Ediciones del Desierto.
- Cortinas Muñoz, J. (2010). *La Renta Mínima de Inserción y la lucha contra la pobreza en Catalunya. Sociología de una reforma de los modelos de protección social*. Tesis de doctorado, Universidad Abierta de Barcelona, Cataluña, España.
- Dabós, M. (2016). *Desnutrición y pobreza: un enfoque económico. Datos y análisis para la Argentina*. Buenos Aires: CENFEM - Centro de Estudios en Negocios, Finanzas, Economía y Marketing
- Dagnino, E. (2004). Construção democrática, neoliberalismo e participação: os dilemas da confluência perversa. *Política & Sociedade*, 3(5), 139-164.
- De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano*. México: Universidad Iberoamericana.
- De Sarasqueta, D. P., Bazano, E., Montiveros, C. y Rosso, D. (1994). Mortalidad infantil de las familias aborígenes en la misión La Paz, Salta. *Medicina Infantil*, 1, 260-263.
- De Suremain, Ch. É. (2003). “El buen cuidado”. Representaciones y prácticas de cuidado del niño en Bolivia. En Ch. É. De Suremain, P. Lefevre, E. Rubín de Celis y E. Cejas (Eds.), *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú* (pp. 189-269). Lima y La Paz: Plural Editorial/IRD/IFEA.
- De Suremain, Ch. É. (2010). “Quand ‘le cheveu fait l’homme’”. La cérémonie de la première coupe de cheveux de l’enfant en Bolivia. *Autrepart*, 55, 125-139.
- Demonte, F. (2011). La construcción de la malnutrición infantil en la prensa escrita argentina durante la crisis de 2001. *Salud colectiva*, 7(1), 53-71.
- Descola, P. Y Pálsson, G. (Eds.). (1996). *Nature and society: anthropological perspectives*. Londres: Routledge.
- Donzelot, J. (1979). *Policing the family*. New York: Pantheon.
- Dominguez Mon, A., & Zucal, J. G. (2016). Experiencia social del riesgo en la salud: ¿En qué consiste la diferencia entre varones y mujeres?. *Temáticas*, (40), 204-242.
- Douglas, M. (2003). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge.
- Drovetta, R. (2016) Intervenciones de salud pública en los procesos reproductivos de mujeres indígenas en la Puna Argentina. En: S. Hirsch y M. Lorenzetti, *Salud Pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, Tensiones e interculturalidad* (pp. 51-71). Buenos Aires: UNSAM Edita.

- Echenique, M. y Kulemeyer, J. (2001). La excavación arqueológica de una “mancha blanca”, en el sector M43C del sitio Moralito, Departamento San Pedro, Provincia de Jujuy (República Argentina). *La mitad verde del mundo andino. Investigaciones arqueológicas en la vertiente oriental de los Andes y las Tierras Bajas de Bolivia y Argentina*, 99-129.
- Egan, J. F. (2013). Del Estatuto del Peón al Régimen de Trabajo Agrario: avances y retrocesos en la regulación del trabajo rural. En *X Jornadas de Sociología*. Congreso llevado a cabo en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://cdsa.aacademica.org/000-038/751.pdf>. Consultado el 22/6/2017.
- Elias, N. (1993) [1969]. *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Enriz, N. (Julio, 2008). Juego y comunidad. Encuentros cotidianos en las infancias mbyá-guaraní. En *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en la Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- Enriz, N., García Palacios, M. y Hecht, A. C. (2017). Llevar La palabra. Un análisis de la relación entre las iglesias y la escolarización de niños indígenas tobas/qom y mbya-guaraní de Argentina. *Universitas Humanística*, (83), 187-212.
- Epele, M. (2007). La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. *Cuadernos de Antropología Social*, 25, 151-168.
- Epele, M. (2010a). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2010b). Sobre barreras invisibles y fracturas sociales: criminalización del uso de drogas y Atención Primaria de la Salud. En D. Maceira (Comp.), *Atención primaria de la salud. Enfoques interdisciplinarios* (pp. 147-169) Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. E. (2011). New toxics, new poverty: a social understanding of the Freebase cocaine/paco in Buenos Aires, Argentina. *Substance use & misuse*, 46(12), 1468-1476.
- Escolar, C. (2011). Pensar con Foucault. En C. Escolar (Comp), *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales* (pp. 21-33). Buenos Aires: Eudeba.
- Escolar, C. y Besse, J. (2011). Método: notas para una definición. En C. Escolar y J. Besse (Coords.), *Epistemología fronteriza Puntuaciones sobre teoría, método y técnica en ciencias sociales* (pp. 115-137). Buenos Aires: Eudeba.
- Escolar, D. (2005). “El estado de malestar”. Movimientos indígenas y procesos de desincorporación en la Argentina: el caso huarpe. En C. Briones (Ed.), *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*, (pp. 45-77). Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES, UNICEF, UNFPA.

- Ewald, F. (1991). Insurance and risk. En G. Burchell, C. Gordon, P. Miller y M. Foucault. *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an interview with Michael Foucault* (pp. 197–210). London: Harvester Wheatsheaf.
- Fajardo Santana, H. (2007). *Comer y dar de comer a los dioses*. Guadalajara: Once.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 238-318.
- Fassin, D. (2009). Les économies morales revisitées. *Annales HSS*, 6, 1237-1266.
- Fassin, D. (2010). El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, 19, 191-204.
- Fassin, D. (2012) Another Politics of life is posible. *Theory, culture and society*, 26(5), 22-60.
- Fassin, D. (2016 [2010]). Introducción. En D. Fassin (Comp.), *La razón Humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*, (pp. 9-33). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Fassin, D. (2016b). Una masacre de inocentes. Las representaciones de la Infancia en tiempos del SIDA. En D. Fassin (Comp.), *La razón Humanitaria. Una historia moral del tiempo presente*, (pp. 235-263). Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XX. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Femenías, M.L y Soza Rossi, P. (2009). Poder y Violencia sobre el cuerpo de las mujeres. *Sociologías*, 11(21), 42-65.
- Ferrario, C. (2010) Clasificación de la mortalidad infantil según criterios de reducibilidad. ¿Momento de reducibilidad? ¿Momento de revisión?. En *5º Congreso Argentino de Pediatría 5º Congreso Argentino de Pediatría General Ambulatoria*. Recuperado de: http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/ferrario_mortalidad.pdf. Consultado el 7/1/2017
- Fischer, B. y Tronto, J. (1990) Toward a feminist theory of caring. *Circles of care: Work and identity in women's lives*, 7 (5), 35-92.
- Fonseca, C. (1999). Quando cada caso nao é um caso. Pesquisa enográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, (10) 58-78.
- Fonseca, C. y P. Schuch (orgs.). (2009). *Políticas de proteção à infância: um olhar antropológico*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Forster, G. (1985). *Cultura y Conquista. La herencia española en América*. Jalapa: Universidad Veracruzana.
- Foucault, M. (1985) “El juego de Michel Foucault”, entrevista publicada en la *Revista Ornicar*, 10. En M. Foucault, *Saber y verdad*, (pp. 127-162). Madrid: Ediciones de la Piqueta.

- Foucault, M. (1994). El antiedipo: una introducción a la vida no fascista. *Archipiélago: Cuadernos de Crítica de la Cultura*, (17), 88-91.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la Sexualidad. La voluntad de Saber*. Siglo XXI: Buenos Aires.
- Frankenberg, R., Robinson, I. y Delahooke, A. (2000). Countering essentialism in behavioural social science: the example of 'the vulnerable child' ethnographically examined, *The Sociological Review (Editorial Board)*. London: Blackwell Publishers.
- Gago, V. (2014). *La razón neoliberal*. Buenos Aires: Tinta limón.
- García Moritán, M. y Cruz, M.B. (2012). Comunidades originarias y grupos étnicos de la provincia de Jujuy. *Población y sociedad*, 19(2), 155-173.
- García Palacios, M. (2012). *Religión y etnicidad en las experiencias formativas de los niños y niñas de un barrio toba de Buenos Aires*. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- García Palacios, M. (2015). Monjas, asesinatos y apariciones: rumor y alteridad religiosa en el contexto de las experiencias formativas de los niños y niñas de un barrio Toba/QOM de Buenos Aires. *Papeles de trabajo. Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (29), 49-64.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona: Paidós.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gordillo, G. (2010). Deseando otro lugar: reterritorializaciones guaraníes. En S. Hirsch, y G. Gordillo (Eds.), *Movilizaciones indígenas e identidades en disputas en la Argentina* (pp. 207-237). Buenos Aires: La crujía.
- Gordillo, G., (28 de octubre de 2004). Genealogía de un territorio usurpado por la Seaboard Corporation. La Loma e historias guaraníes. *Indymedia Argentina*. Recuperado de: <http://argentina.indymedia.org/news/2004/10/232522.php>.
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: an introduction. En G. Burchell, C. Gordon, P. Miller y M. Foucault (Eds.), *The Foucault effect: studies in governmentality: with two lectures by and an Interview with Michael Foucault* (pp. 1-51). London: Harvester Wheatsheaf.
- Gras, C. y Hernández, V. (Coord.) (2009). *La Argentina rural. De la agricultura familiar a los agronegocios*. Buenos Aires: Biblos.
- Grimberg, M. (1997). De conceptos y métodos. Relaciones entre epidemiología y antropología. En M. Álvarez (comp) *Antropología y práctica médica* (pp.11-21). Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y pensamiento Latinoamericano.
- Grimberg, M. et al. (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Grimson, A. (2000) "Introducción: fronteras políticas versus fronteras culturales?" en Alejandro Grimson (comp.) *Fronteras, naciones e identidades. La periferia como centro*. Buenos Aires: Ciccus/La Crujía.

- Grinberg, J. (2008). Transformaciones en el tratamiento de la niñez en riesgo. Reflexiones sobre un dispositivo de protección a la infancia en la Ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, (27), Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Guha, R. (Ed.). (1997). *A subaltern studies reader, 1986-1995*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Guiarraca, N. y Grass, C. (2000). El mercado de trabajo cañero en Tucumán. Vínculos laborales y características demográficas de la población asalariada. En *III Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo*. Congreso llevado a cabo en la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo, Buenos Aires, Argentina.
- Guiarraca, N. y Teubal, M. (2009). *La tierra es nuestra, tuya y de aquel. Las Disputas por el Territorio en América Latina*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.
- Guidens, A. (1995). *La constitución de la sociedad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guidi, M. (2006). ¿Responsabilidad social empresarial? El caso del gasoducto en el noroeste argentino. Nómadas. *Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13 (1). Recuperado de: <https://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/13/mguidi.pdf>. Consultado el 5/6/2016.
- Hammersley, M. y Atkinson, A. (1983) *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Harris, O. (1986). La unidad doméstica como una unidad natural. *Nueva Antropología*, 8 (30), 199-222.
- Harvey, D. (2000). *Spaces of Hope Volumen 7*. California: University of California Press
- Hecht, A. C., Szulc, A., Hernández, C. Finchelstein, I., Leavy, P., Varela, M., ... Hellemeier, M. (Septiembre/Octubre 2009). Niñez y etnografía. Debates contemporáneos. En *VIII Reunión de Antropología del Mercosur*. Congreso llevado a cabo en la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires.
- Hecht, A.C. (mayo, 2004). Hacia una revisión de la categoría “niño” y “cultura wichí” a través de la escuela en el departamento Ramón Lista (Formosa). En *VII Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en Villa Giardino, Córdoba.
- Herkovits, D. (2007). Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología Social*, (25), 189–207.
- Herkovits, D. (2008). *La construcción de la malnutrición infantil: una etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires* (tesis de Maestría). Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Hernando, A. (2008). Sociología-Genero y sexo-Mujeres, identidad y modernidad. *Claves de razón práctica*, (188), 64.

- Hirsch, S. (2000). Misión, región y nación entre los guaraníes de Argentina: procesos de integración y re-etnización de fronteras. En Grimson, A. (ed.) *Fronteras Naciones e identidades: la periferia como centro* (pp. 278-298). Buenos Aires: Ediciones Ciccus-La Crujía.
- Hirsch, S. (2004). Ser Guaraní en el Noroeste Argentino: variables de la Construcción identitaria. *Revista de Indias*, 230, 67-80.
- Hirsch, S. (2008) Maternidad, trabajo y poder: cambios generacionales en las mujeres guaraníes del norte. En S. Hirsch (coord.) *Mujeres indígenas en la Argentina. Cuerpo, Trabajo y Poder* (pp. 231-253). Buenos Aires: Biblos.
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (2015) Miradas Interdisciplinarias y experiencias de investigación en el campo de la salud indígena (Argentina). En S. Hirsch, D. Salomón y M. Lorenzetti. *Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina* (pp.7-19). Instituto Nacional de Medicina Tropical. Ministerio de Salud de la Nación. Guazú, Misiones.
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (2016) Biomedicina y Pueblos Indígenas en Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En S. Hirsch y M. Lorenzetti, *Salud Pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, Tensiones e interculturalidad* (pp. 19-51). Buenos Aires: UNSAM Edita.
- Huergo, J. y Casabona, E. (2016) El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar? *Salud Colectiva*, 12(1), 97-11.
- Ingold, T. (1993). The temporality of the landscape. *World Archaeology*, 25. (2), 152-174.
- Ingold, T. (2002) *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London: Routledge.
- James, A. y Prout A. (1990) *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: The Falner Press.
- James, A., Jenks; C. y Prout A. (1998). *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity press.
- Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: CEDES.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos, la transformación de las familias*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Jelín, E., Grimson, A. y Zamberlin, N. (2006) ¿Servicio?, ¿Derecho?, ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En Elizabeth Jelin, (dir), *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES).
- Jenks, C. (1996). *Childhood*. London: Routledge.
- Jerez, O. y Rabey P. (2006) Ciudades de Frontera e Industria Azucarera. *Cuaderno Urbano*, (5), Recuperado de: http://arq.unne.edu.ar/publicaciones/cuaderno_urbano/cu_5/archivos/archivos_html/jerezrabey.htm. Consultado el 2/6/2016.
- Jociles Rubio, M. (1999). Las técnicas de investigación en Antropología. Mirada Antropológica y Proceso Etnográfico. *Gaceta de Antropología*, 15(1), 1-26.

- Jockers, E. (2011), "Programa de relaciones interculturales. Taller y debate: salud, equidad y pueblos originarios", International Society for Equity in Health, proyecto N° 1878, Consejo de Investigación, Universidad Nacional de Salta.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- Kropff, L. (2010). Apuntes conceptuales para una antropología de la edad. *Avá Revista de Antropología*. (16), 2-14.
- Labadie, S. (2010). *Condicionantes Epidemiológicos y Representaciones Sociales de la Desnutrición Infantil en la Comunidad Mocoví* (tesis de Maestría). Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba. Recuperado de: http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Labadie_sirley.pdf. Consultado el 2/6/2015.
- Laclau, E. (1998). Deconstrucción, Pragmatismo y hegemonía. En C. Mouffe (Comp.), *Deconstrucción y Pragmatismo* (pp. 69-86). Buenos Aires: Paidós.
- Laclau, E. y Mouffe, C. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista, Hacia una radicalización de la democracia*. Madrid: Siglo XXI.
- Lanusse, P y Lazzari, A. (2008). Salteñidad y pueblos indígenas: continuidad y cambios en identidades y moralidades. En C. Briones (comp.), *Cartografías Argentinas. Políticas Indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires: Geaprona.
- Lara Flores, S. M. (2008). ¿Es posible hablar de un trabajo decente en la agricultura moderno-empresarial en México?. *El cotidiano*, 23(147), 25-33.
- Lazzari, A., Rodríguez, M., y Cardin, L. (Diciembre, 2013). El relevamiento territorial de comunidades indígenas (ReTeCi) en Argentina: derechos de autonomía territorial, prácticas de reconocimiento y emergencias. En *X Reunión Antropología del Mercosur*. Congreso llevado a cabo en Córdoba, Argentina.
- Le Blanc, J. (2004). *L'archéologie du savoir de Michel Foucault. Pour penser le corps sexué autrement*. París: L'Harmattan.
- Leavy, M. P., Szulc, A., Anzelin, I. (2017 en prensa). Niñez Indígena y desnutrición. Programas alimentarios en América Latina. Cuadernos de Antropología Social. *En evaluación*.
- Leavy, M. P. (2016). Entre el privilegio y la vulnerabilidad. Reflexiones antropológicas en torno a salud pública, derechos especiales y relaciones interétnicas en una comunidad ava-guaraní del departamento de Orán, Salta. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 141-163). Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.
- Leavy, M. P. (2015a). Aportes desde la antropología para pensar el flagelo de la desnutrición, *Horizontes Sociológicos*, 3(1), 3-22.
- Leavy, M. P. (2015b). Investigación etnográfica sobre infestaciones por geohelmintiasis en el Chaco-Salteño, Argentina, *Saude & Sociedade*, 24(1), 321-336. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100321&lng=pt&nrm=iso. Consultado el 22/10/2015.
- Leavy, M. P. (Octubre, 2015c). Más allá de la infantilización. Relaciones entre niñez y alteridad indígena. En *II Jornada Interdisciplinaria de Jóvenes Investigadores en*

Ciencias Sociales. Congreso llevado a cabo en la Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires.

- Leavy, M. P. (2015d). Aportes del enfoque antropológico para el estudio de las infestaciones parasitarias. En S. Hirsch, D. Salomón y M. Lorenzetti, *Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina* (pp.118-161). Instituto Nacional de Medicina Tropical. Ministerio de Salud de la Nación. Iguazú, Misiones.
- Lerer, L., (1998). Who is the rogue? Hunger, death and Circumstance in John Mampe Square. En N. Scheperd-Hughes y C. Sargent (eds.), *Small Wars. The Cultural Politics of Childhood*. London: University of California Press. 228-251.
- Lévi-Strauss, C. (1977). *El hechicero y su magia. Antropología estructural*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Literas, L. (2005) Sin tierra y sin trabajo: labradores y obreros a marginales. Los guaraníes de la Loma. *Ankulegi. Revista de Antropología Social. Dossier Desafíos de la sociedad contemporánea*. 19-28.
- Llobet, V. (2011). Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina. Algunas reflexiones sobre su abordaje teórico. *Fractal: Revista de Psicología*, 23(3), 447-460.
- Llobet, V. (2012). Políticas sociales y ciudadanía. Diálogos entre la teoría feminista y el campo de estudios de la infancia. *Frontera*, 24(48), 7-36.
- Llobet, V. (2013). La producción de la categoría “niño-sujeto-de-derechos” y el discurso psi en las políticas sociales en Argentina. Una reflexión sobre el proceso de transición institucional. En V. Llobet (Comp.), *Pensar la infancia desde América Latina. Un estado de la cuestión*. Buenos Aires: CLACSO.
- Longhi, E. (2015) Magnitudes y tendencias de la desnutrición en la niñez argentina durante la primera década del siglo XXI. *Población y Salud en Mesoamérica*, 13(1), 1-34. Recuperado de: https://www.academia.edu/15403371/Magnitudes_y_tendencias_de_la_desnutrici%C3%B3n_en_la_ni%C3%B1ez_argentina_durante_la_primera_d%C3%A9cada_de_l_siglo_XXI. Consultado el 2/6/2016.
- Longhi, F. (2012). Sistemas de información geográfica y desnutrición infantil en el Norte Grande Argentino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(1), 77-101.
- López-Giraldo, L. A., y Franco-Giraldo, Á. (2015). Revisión de enfoques de políticas alimentarias: entre la seguridad y la soberanía alimentaria (2000-2013). Review of food policy approaches: from food security to food sovereignty (2000-2013). *Cad. Saúde Pública*, 31(7), 1355-1369.
- Lorandi, A. M. (2003). Los valles calchaquíes revisitados. *GOTARC. Serie C, Arkeologiska skrifter 54 Etnologiska studier 46*.
- Lorenzetti, M (Septiembre, 2011). Salud intercultural: definiciones y experiencia de trabajo en el norte de Salta. En *Congreso del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría*. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires. Recuperado de: http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2011/centenario_sh/lorenzetti_salud.pdf
- Lorenzetti, M. (2008). La "biopolítica" como marco de inteligibilidad de los programas de salud para indígenas. En *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales,

Universidad Nacional de Misiones, Posadas. Recuperado de: <http://cdsa.aacademica.org/000-080/9.pdf>. Consultado el 4/8/2017

- Lorenzetti, M. (2010). *Salud Intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas* (tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención a la salud en el Chaco. *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*, 1(2).
- Lorenzetti, M. (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 2(1), 41-54.
- Lorenzetti, M. (2015). Luchas de acento: Salud-Enfermedad-Atención en las comunidades wichís de Tartagal (Salta, Argentina). En S. Hirsch, D. Salomón y M. Lorenzetti. *Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina* (pp.71-109). Instituto Nacional de Medicina Tropical. Ministerio de Salud de la Nación. Iguazú, Misiones.
- 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). Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.
- Lorenzetti, M. (Agosto, 2009). La construcción de la salud intercultural como campo de intervención. En *VII Jornadas de Salud y Población*. Congreso llevado a cabo en el Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Lorenzetti, M. (Septiembre, 2007). Del ‘Capital Social’ a la ‘culturización de la pobreza’: La construcción de la alteridad en los programas de salud para la población indígena. En *4tas. Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Congreso llevado a cabo en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%201%20Identidades%20Alteridades/Ponencias/LORENZETTI,%20Mariana.pdf.
- Lorenzetti, M. I. (2013). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Dpto. de San Martín (Salta). *Antropología y Ciencias Sociales*, 12.
- Lugones, M. G. (2009). *Obrando en autos, obrando en vidas: formas e fórmulas de Proteção Judicial dos tribunais Preventivos de Menores de Córdoba, Argentina, nos começos do século XXI* (tesis de doctorado). Programa de Pós Doutorado em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Lupton, D. (1999). Riesgo como peligro moral: las funciones política y social del discurso del riesgo en salud pública. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425-435.
- Lyytinen, E. (2015). Refugees’ Conceptualizations of “Protection Space”: Geographical Scales of Urban Protection and Host–Refugee Relations. *Refugee Survey Quarterly*, 34, 45–77 .

- Maceira, D. (2010). Cómo fortalecer las redes de servicio de salud. El caso Salta. *Documento de Políticas Públicas*. Centro de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Recuperado de: <http://www.cippec.org/-/como-fortalecer-las-redes-de-servicios-de-salud-el-caso-de-salta>. Consultado el 3/2/2016.
- Maceira, D.(comp), (2008). *Atención primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Macri et. al. (2012). *Trabajos infantiles e infancias. Investigaciones en territorio (Argentina, 2005-2010)*. Buenos Aires: La Crujía.
- Macri, M., & Guemureman, S. (2013). La configuración del campo de estudios sobre juventud, adolescencia e infancia en Argentina a partir de la recuperación de la democracia. *Sudamérica: Revista de Ciencias Sociales*, 2(2), 131-162
- Magistris, G. (2014). Del niño en riesgo al niño sujeto de derecho. *Niños Menores e Infancia*, 9. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/44814/Documento_completo.pdf?sequence=1. Consultado el 2/6/2016.
- Malinowsky, B. (1986). *Los argonautas del Pacífico occidental*. Buenos Aires: Planeta-Agostini.
- Mampaey, M. y Van Velde, E. (2015). Retardo de crecimiento o “stunted growth”. Prevalencia y repercusión en la salud de niños Mbya Guaraní de las comunidades de Ruiz de Montoya, Misiones. En S. Hirsch, D. Salomón y M. Lorenzetti, *Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina* (pp. 245-261). Instituto Nacional de Medicina Tropical, Iguazú, Misiones, Argentina.
- Mancinelli, G. (2010). Educación como recurso de las disputas territoriales en las poblaciones wichí y guaraní. *Revista Argentina de Economía y Ciencias Sociales*, 19(14), 31-44.
- Marcos, D. y Tcach, C. (2003). *La invención del peronismo en el interior del país*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral.
- Marcus, G. y D. Cushman (1992). Las etnografías como textos. En C. Reynoso (ed). *El surgimiento de la Antropología Posmoderna*. Barcelona: Gedisa. 171-213.
- Marcús, J. (2006). Ser madre en los sectores populares: una aproximación al sentido que las mujeres le otorgan a la maternidad. *Revista argentina de sociología*, 4(7), 99-118.
- Margiotta, E., y Benencia, R. (1995). Introducción al estudio de la estructura agraria. *La perspectiva sociológica*, 20.
- Margulies, S., Barber, N. y Recorder, L., (2006). VIH-Sida y adherencia al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología*, 3, 281-300.
- Marks, J. La raza (1997). Teoría popular de la herencia. Un déficit de cultura histórica sigue sesgando el trabajo de muchos genetistas. *Mundo Científico*, 185, 1045-1051.
- Martin Palomo, T. M. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias/Care, Women and Families. *Política y sociedad*, 45(2), 29-48.
- Mascietti, H. Sigue la Batalla Judicial de la comunidad Iguoipeigendá contra la empresa tabacal”. Resistencia: ENDEPA. Recuperado de: <http://endepa.org.ar/sigue-la>

[batalla-judicial-de-la-comunidad-iguapeigenda-contr-la-empresa-el-tabacal/ver](#). Consultado el 4/6/2016.

- Mastrángelo, A. (2012). De enemigo vencido a tesoro cercado: un estudio etnohistórico sobre el ambiente en la producción forestal del Alto Paraná de Misiones (Arg.). *Avá*, (20), 1851-1694.
- Mastrángelo, A. y Salomón, D. (2010). Contribución de la antropología a la comprensión ecoepidemiológica de un brote de leishmaniasis tegumentaria americana en las '2.000 hectáreas', Puerto Iguazú, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(4), 6-13.
- Mastrángelo, A. (2009). Análisis del concepto de recursos naturales en dos estudios de caso en Argentina. *Ambiente y Sociedad*. 8(2): 341-355.
- Mead, M. (1961) [1930]. *Growing up in New Guinea*. New York: Mentor Books.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza editorial y Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Menéndez, E. (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. México: Bellaterra.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32.
- Menéndez, E. (2008). Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, 20(2), 5-50.
- Menéndez, E. (2010). Modelos experiencias y otras desventuras. En J. Haro (org) *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcance*. Buenos Aires: Editorial Lugar. 5-50.
- Menéndez, E. (Abril, 1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires.
- Merlinsky, M. G. (2013). *Política, derechos y justicia ambiental: el conflicto del Riachuelo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Mètraux, A. (1948). Tribes of the Eastern Slopes of the Bolivian Andes. En H. Steward (ed.), *Handbook of South American Indians* (pp. 465-485). Washington: Smithsonian Institution.
- Meza-Lopehandía Glaesser, M. (2009) Territorio y Autonomía de los Pueblos originarios de Chile. Santiago de Chile, Creative Commons. Recuperado en http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110977/Meza_Glaesser.pdf?sequence=4 el 8/11/2017. (29-42)
- Míguez, D. (2015). Las lógicas de la expansión del Pentecostalismo en Argentina. En *DIVERSA Red de Estudios de Diversidad Religiosa en Argentina*. Recuperado de: <http://www.diversidadreligiosa.com.ar/blog/las-logicas-de-la-expansion-del-pentecostalismo-en-argentina/>. Consultado el 8/6/2013.

- Milana, P., Ossola, M. y Collado, M. (2015). Social anthropology and indigenous alterities. Salta (1984-2014). *Papeles de trabajo*, 9(16), 192-226.
- Mol, A. (2008). *The logic of Care. Health and problem of patient choice*. London: Routledge.
- Nari, M. M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Narotzky, S. (1988). *Trabajar en familia: mujeres, hogares y talleres*. Edicions Alfons el Magnànim, Institució Valenciana d'Estudis i Investigació. 3 (6) 9-28.
- Nazr, R. (2004). La nutrición infantil: una deuda del país con el norte argentino. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(2), 81-82.
- Neiman, G. (2010). Los estudios sobre el trabajo agrario en la última década: una revisión para el caso argentino. *Mundo agrario*, 10(20), 1-20.
- Neiman, G., & Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. *Estrategias de investigación cualitativa*, 1, 213-237.
- Novaro, G. (2003). "Indios", "aborígenes" y "pueblos originarios". Sobre el cambio de conceptos y la continuidad de las concepciones escolares. *Revista Educación, lenguaje y sociedad*, I(1), 199-219.
- O'Donnell, A. y Britos, S. (2002). Reflexiones y propuestas en la emergencia alimentaria. *Archivos argentinos de pediatría*, 5(100), 412-422.
- O'Donnell, A. y Carmuega, E. (1998). *La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños*. Boletín del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Recuperado de: <http://biblioteca.cesni.org.ar/references/2dacd804a73d499417120000>. Consultado el 5/2/2015
- Orobitg Canal, G. (2014). La Fotografía en el Trabajo de Campo: palabra e imagen en la investigación etnográfica. *Quaderns*, 19(1), 3-20. Recuperado de: http://www.antropologia.cat/files/2_Orobitg%20Canal,%20Gemma_dossier1.pdf
- Ortale, M. S. (2002). *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata (tesis de doctorado)*. Universidad de la Plata, Buenos Aires. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4585/Documento_completo.pdf?sequence=1. Consultado el 8/6/2017
- Ortale, S. (marzo 2000). *Saber médico y desnutrición en el Gran La Plata*. Latin American Studies Association. Miami, USA. Recuperado de <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Ortale.PDF>. Consultado 6/6/2017.
- Ortale, S. (2015) *Acerca de la crianza. Reflexiones sobre el bienestar infantil*. En Reichenbach, Fontana y Gómez (comp.) *Pediatría en Red. Portal de Educación Permanente en Pediatría* (pp. 116-120). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/Pediatria.pdf>. Consultado el 3/6/2017.
- Ortale, S. y Santos, J. (coord.) con la colaboración de C. Aimetta y A. Sanjurjo (2014). *Crianza. Un estudio de los patrones de crianza en el partido de La Plata*. Buenos Aires: El Aleph. Recuperado de: <http://digital.cic.gba.gob.ar/handle/11746/1799>. Consultado el 7/6/2016.

- Ortega, F. (2004). Historia y Éticas: Apuntes para una hermenéutica de la alteridad. *Revista Historia Crítica*, (27), 187-220.
- Padawer, A. (2010). Tiempo de estudiar, tiempo de trabajar: la conceptualización de la infancia y la participación de los niños en la vida productiva como experiencia formativa. *Horizontes Antropológicos*, 16(34), 349-375.
- Palermo, M. L y Remorini, C. (septiembre 2014). 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). Bienal Latinoamerica de Infancias y Juventudes. Manizales, Colombia. Recuperado de:
<http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/documentos/sipcyt/bfa004378.pdf>. Consultado el 2/6/2016
- Patel, R. (2012). Soberanía alimentaria: poder, género y el derecho a la alimentación. *Public Library of Science Medicine*, 9(6), 1-4.
- Patel, R. (2014). El papel del poder, el género y el derecho a la alimentación en la soberanía alimentaria. *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo (RICD)*, 1.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Londres: Sage.
- Pautassi, L. (2010). *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Paz, J. (2016) Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescencia en Argentina. Instituto de Estudios Laborales de Desarrollo Económico y UNICEF Argentina. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/monitoreo_Pobreza_Completo.pdf. Consultado el 4/7/2017.
- Peirano, M. (1995). *A favor da Etnografia*. Rio de Janeiro: Dumará..
- Platt, T. (2002). El feto agresivo: Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. *Estudios atacameños*, (22), 127-155. doi: 10.4067/S0718-10432002002200008_
- Poderti, A. E. (1995). *San Ramón de la Nueva Orán: una ciudad, muchas historias*. Salta: Fundación Banco del Noroeste.
- Puiggrós, A. (2006). *Historia de la educación argentina: sujetos, disciplina y curriculum en los orígenes del sistema educativo argentino (1885-1916)*, Tomo 1. Buenos Aires: Galerna.
- Quijano, A. (2000). Coloniality of power and eurocentrism in Latin America. *International Sociology*, 15(2), 215-232.
- Rabello de Castro, L. (2001). *Infancia y adolescencia en la cultura del consumo*, Buenos Aires-México: Lumen.
- Rabello de Castro, L. (2002). A infancia e seus destinos no contemporaneo. *Psicologia en Revista*, 8(11), 47-58.
- Ramírez Hita, S. (2009). La contribución del dato etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud Colectiva*, 5(1), 63-85.

- Ramírez Hita, S. (2014). Salud, Globalización e Interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4061-4069.
- Rapp, R., Ross, E. y Bridenthal, R. (1979). Examining family history. *Feminist Studies*, 5(1), 174-200.
- Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options* (No. 3). United Nations Research Institute for Social Development.
- Reboratti, C. (2009). *El Alto Bermejo. Realidades y Conflictos*. Buenos Aires: La Colmena.
- Red Yaguareté. (2012) Denuncias sobre explotación gasoducto NorAndino. 21 de marzo de 2012. Recuperado de: <http://www.redyaguarete.org.ar/denuncias/salta/explocion-norandino2/gacetilla-enargas1.html>. Consultado el 6/7/2013.
- Remorini, C. (2004). Emãende Kypy-I Re! (Cuidá por tu hermanita!). Un análisis del papel de las interacciones infantiles en el proceso de endoculturación Mbya. En *Congreso Argentino de Antropología Social*. Congreso llevado a cabo en Villa Giardino, Córdoba.
- Remorini, C. (2013). Estudios etnográficos sobre el desarrollo infantil en comunidades indígenas de América Latina: contribuciones, omisiones y desafíos. *Perspectiva*, Florianópolis, 31(3), 811-840.
- Remorini, C. (septiembre 2006). Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina). En *VIII Congreso Argentino de Antropología Social*. Salta, Argentina.
- Restrepo, B. et al. (2006). Estado Nutricional de niños y niña indígenas de hasta seis años de edad del resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Revista Biomédica*, 26 (4), 517-527.
- Rodríguez Enríquez, C. (2007). *Economía del cuidado, equidad de género y nuevo orden económico internacional. Del Sur hacia el Norte: Economía política del orden económico internacional emergente*. Buenos Aires: CLACSO.
- Rodríguez Enríquez, C. (Septiembre, 2005). Economía del cuidado y política económica. Una aproximación a sus interrelaciones. Documento presentado en la *octava reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*.
- Rodríguez Enríquez, C. y Marzonetto, G. (2016). Organización Social del Cuidado y Desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(8), 103-134.
- Rodríguez García, M. (2012), Barreras Naturales. La conjunción de lo urbano y periurbano en San Ramón de la Nueva Orán: ciudad encajonada y dispersa. En A. Nemirovsky, *Globalización y agricultura periurbana en Argentina* (pp. 55-68). Recuperado de: http://www.flacso.org.ar/uploaded_files/Noticias/agriculturaperiurbana.pdf.

- Rodríguez García, M. (2011) La aculturización guaraní y la explotación laboral rural del norte de la provincia de Salta. Tierra, conflictos y expectativas (tesis de maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Rodríguez García, M. (2009). San Ramón de la Nueva Orán, ciudad encajonada y dispersa. Agencia Extensión Rural sede Orán, Instituto de Tecnología Agropecuaria (INTA).
- Rosaldo, R. (1989). *Cultura y Verdad*. Grijalbo: México.
- Rose, N. (2003). Identidad, genealogía, historia. En S. Hall, y P. Du Gay (comps.), *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu editores. 214-251.
- Rose, N., O'Malley, P., Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annu. Law Soc. Sci.* 2, 83-104. Recuperado de: <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900>. Recuperado 6/6/2016.
- Rostagnol, S. (2011). Trabajo de campo en entornos diversos. Reflexiones sobre las estrategias de conocimiento. *Gazeta de Antropología*, 27(1).
- Saignes, T. y Combés, I. (1995). *Alter ego: naissance de l'identité chiriguano*. Paris: Editions de L'EHESS.
- Saltalamacchia, H. (1992). *Historia de vida*. Puerto Rico: Ediciones CUUP.
- Samaja, J. (2003). Desafíos a la epidemiología (pasos para una epidemiología "Miltoniana"). *Brasileña de Epidemiología*, 6(2), 105-130.
- Samaja, J. (2007). *Epistemología y metodología: elementos para una teoría de la investigación científica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Santillán, L. (2009). Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires. *Etnográfica*, 13 (2): 265-289.
- Santos, M. (1996). *A Natureza Do Espaço*. São Paulo: Hucitec.
- Scaglia, M. C. (2012). *Curarse en salud. Saber en atención primaria de la salud : la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina* (tesis de doctorado). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://dspace.filo.uba.ar:8080/xmlui/handle/123456789/76>
- Scheper-Hughes N. (1997 [1992]). *La muerte sin llanto*. Barcelona: Ariel Editorial.
- Scheper-Hughes, N. (1997). Demography without numbers. En D. I. Kertzer y T. Fricke (comps.) *Anthropological Demography* (pp. 201-222). Chicago: University of Chicago Press.
- Scheper-Hughes, N. y C. Sargent (eds.) (1998). *Small Wars. The Cultural Politics of Childhood*. London: University of California Press.
- Schmidt, M. (2014). (Des)ordenamientos territoriales salteños. Una aproximación al contexto previo al Ordenamiento Territorial de Bosques Nativos en la provincia de Salta. *Mundo Agrario*, 28(15). Recuperado de: <http://www.mundoagrario.unlp.edu.ar/article/view/MAv15n28a12>. Consultado el 2/5/2016.

- Schmidt, M. A. (2015). Recursos naturales y económicos en disputa. Bosques nativos y fondo compensatorio en la provincia de Salta, Argentina. *Revibec: revista iberoamericana de economía ecológica*, 24, 139-151.
- Segato, R. (2014). Que cada pueblo teja los hilos de su historia: la colonialidad legislativa de los salvadores de la infancia indígena. En R. L. Segato, *La crítica a la colonialidad en ocho ensayos* (pp. 75-113). Buenos Aires: Prometeo.
- Serre, D. (1998). Le 'bébé superbe'. La construction de la déviance corporelle par les professionnel(le)s de la petite enfance". *Sociétés contemporaines*, (31).
- Serrudo, A. (2006). Interculturalidad y práctica escolar. El maestro auxiliar bilingüe en la experiencia de la escuela N° 4266 'Río Bermejo'. Carboncito. Provincia de Salta" (tesis de licenciatura). Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Salta, Salta.
- Smith, L. C., y Haddad, L. (2015). Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the post-MDG era. *World Development*, 68, 180-204.
- Soriano, S. V., Manacorda, A. M., Pierangeli, N. B., Navarro, M. C., Giayetto, A. L., Barbieri, L. M., y Basualdo, J. A. (2005). Parasitosis intestinales y su relación con factores socioeconómicos y condiciones de hábitat en niños de Neuquén, Patagonia, Argentina. *Parasitología latinoamericana*, 60(3-4), 154-161.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.
- Spivak, G. C. (2009). ¿Pueden hablar los subalternos? *Society for Psychological Anthropology*, 34(1), 10-41.
- Stival, M. (2015). Aportes al debate sobre procesos de atención de las poblaciones tobas (qom) en contextos urbanos. En S. Hirsch, D. Salomón y M. Lorenzetti *Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina* (pp. 19-45). Instituto Nacional de Medicina Tropical. Ministerio de Salud de la Nación. Iguazú, Misiones.
- Suarez, M. E. (2016) Tramas y tensiones en el tratamiento de la diarrea infantil en el norte de la provincia de Salta. Prácticas sanitarias y estrategias de atención. En S. Hirsch y M. Lorenzetti (Coords) *Salud pública y pueblos indígenas. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 183-206). Buenos Aires: Unsam Edita.
- Suarez, R., Beltrán, E. M. y Sánchez, T. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda*, (3), 123-154.
- Susnik, B. (1968). *Chiriguano I. Dimensiones Etnosociales*. Paraguay: Museo Etnográfico Andrés Barbero.
- Svampa, M. (2004). *Los Derechos Humanos en el Gobierno de Kirchner (2003-2004)*. Buenos Aires: Alerta Argentina.
- Sweeney, E. S., y Benavides, A. A. D. (1998). *Robustiano Patrón Costas: una leyenda argentina*. Buenos Aires: Emece Editores.
- Sy, A. y Remorini, C. (2009). Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya: contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la

- gestión pública. En N. B. Noceti (Org.). *Oportunidades: caminos hacia la protección integral de los Derechos del niño*. Bahía Blanca: Libros en Colectivo.
- Szulc, A. (2006). Antropología y niñez: de la omisión a las 'culturas infantiles'. En G. Wilde y P. Schamber (Ed.). *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos*. Buenos Aires: SB. 25-51.
- Szulc, A. (2013). Eso me enseñé con los chicos. Aprendizaje entre pares y contextualizado, entre niños mapuche del Neuquén. *Boletín de Antropología y Educación*, (6), 37-43. Recuperado de: http://ica.institutos.filo.uba.ar/seanso/pae/boletin/numeros/n06/bae_n06a05.pdf
- Szulc, A. (2014). Crianças e direitos indígenas na Argentina. En *II Seminário Infância Criança Indígena*. Simposio llevado a cabo en la Universidade Federal de São Carlos, Brasil.
- Szulc, A. (2015). *La Niñez Mapuche en el Neuquén. Sentidos de Pertenencia en Tensión*. Editorial Biblos: Buenos Aires.
- Szulc, A., Cohn, C. (2012). Anthropology and Childhood in South America: Perspectives from Brazil and Argentina. *AnthropoChildren*, (1). Recuperado de: <http://popups.ulg.ac.be/2034-8517/index.php?id=440> Consultado el 6/7/2016.
- Szulc, A., Colangelo, M. A., Shabel, P., Leavy, M. P., Enriz, N., y Hernández, M. C. (2016). Al rescate de la niñez indígena. Reflexiones antropológicas a partir de una campaña de UNICEF Argentina. *Política y Sociedad*, 53(1), 123.
- Szulc, A., Hecht, A. C., Hernández, M. C. Leavy, P., Varela, M., Veron, L., y I. Finchelstein (2012). Naturalism, Agency and Ethics in Ethnographic Research With Children. Suggestions for Debate. *AnthropoChildren Ethnographic issues in children & childhood*, (2). Recuperado de: <http://popups.ulg.ac.be/2034-8517/index.php?id=1504&file=1&pid=1270>. Consultado el 2/4/2013.
- Tassinari, A. (2007). Concepções indígenas de infância no Brasil. *Tellus*, 13(7),11-25.
- Testa M. (1988). Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud (pp. 75-90). Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas.
- Teubal, M. (2003). Soja transgénica y crisis del modelo agroalimentario argentino. *Realidad Económica*, 196, 52-74.
- Teubal, M. (2006). Transformaciones en el Sistema Agroalimentario y acceso a la Alimentación. *Realidad Económica* (196) 204-221.
- Tolosa, P. (2017). La fe dentro del dispositivo religioso de los pabellones evangélicos pentecostales en las cárceles argentinas. *Journal of the Sociology and Theory of Religion*, 5.
- Tonkonoff, S. (2010). La Culpa del Hijo. La cuestión criminal en psicoanálisis. *Delito y Sociedad*, 2(28), 65-84.
- Torrado, S. (2006 [1998]). *Familia y Diferenciación Social. Cuestiones del método*. Buenos Aires, Eudeba.
- Torres Aliaga, T. y Torres Secchi, A. (2010). ¿Por qué callan si nacen llorando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008. Formosa, Argentina: Endepa.

- Trincherro, H. H. (2000). *Los dominios del demonio: civilización y barbarie en las fronteras de la nación: El Chaco central*. Buenos Aires: Eudeba.
- Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2005). Care as the work of citizens: A modest proposal. En F. Marilyn (ed.) *Women and Citizenship*. Oup Usa. (pp. 130-145). Oxford: Oxford Scholarship. Recuperado de: <https://philpapers.org/rec/TROCAT>. Consultado el 7/8/2017.
- Tuñón, I. (2012). *La infancia argentina sujeto de derecho : progreso, desigualdades y desafíos pendientes en el efectivo cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes*. Buenos Aires: Educa. Recuperado de: <http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2012-barometro-infancia-completo.pdf>. Consultado el 20/7/2016.
- Tuñón, I. (2013). *Hacia el pleno ejercicio de derechos en la niñez y adolescencia: propensiones, retos y desigualdades en la Argentina urbana : 2010-2012*. Buenos Aires : Educa. Recuperado de: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2013_Observatorio_Infancia.pdf. Consultado el 20/7/2016.
- Tuñón, I. (2014). *Evolución del desarrollo humano y social de la Infancia desde un enfoque de derechos: avances y metas pendientes en los primeros cuatro años del Bicentenario 2010-2011-2012-2013*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa. Recuperado de: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/BDSI_2014.pdf. Consultado el 20/8/2015.
- Tuñón, I. (2015). *Situación de la Infancia en el quinto período del Bicentenario. Mayor protección social, privaciones y brechas de desigualdad (2010, 2011, 2012, 2013, 2014)*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa.
- Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Van Dam, C. (2000). Cambio tecnológico, concentración de la propiedad y desarrollo sostenible. Efectos de la introducción del paquete soja/siembra directa en el Umbral al Chaco. *Debate Agrario*, 35, 133-181.
- Vargas Monroy, L. y Pujal i Llombart, M. (2013). Gubernamentalidad, dispositivos de género, raza y trabajo: la conducción de la conducta de las mujeres trabajadoras, 12(4), 1255-1267. Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/6501/5927>. Consultado el 22/12/2016.
- Vargas-Monroy, L. y Pujal, M. (2013). Gubernamentalidad, dispositivos de género, raza y trabajo: la conducción de la conducta de las mujeres trabajadoras. *Universitas Psychologica*, 12(4), 1255-1267. doi: 10.11144/Javeriana. UPSY12-4. gdgt
- Vargas, A. N. (2015). El rutichico y el bautismo en el Noroeste Argentino. *Mitológicas*, 77-96.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, A. (2006). *La Lógica de la investigación etnográfica*. Editorial Trotta: Madrid.
- Velasco, H. y Díaz de Rada, A. (2006). *La lógica de la Investigación Etnográfica*. Editorial Trotta: Madrid.

- Vianna, A. (2002). *Limites da Menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*, Tese de Doutorado (tesis de doctorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) do Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Villalta, C. (2010). Introducción. En C. Villalta (comp.). *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. 9-21.
- Vitola, V. A. (2016). El uso del concepto de Sectores Populares en las ciencias sociales. *Conflicto Social*, 9(15), 158-187.
- Viveiros de Castro, E. (2002) “Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena.” En E. Viveiros de Castro (ed.) *A inconstância da alma selvagem (e outros ensaios de antropologia)* (pp. 345–400). São Paulo: Cosac & Naify.
- Vulcano, A. (2014). Infancia. *Tercer Sector*, 14(66). Recuperado de: <http://uca.edu.ar/uca/common/grupo32/files/10-07-08-20Tercer-20Sector.pdf> Consultado el 8/8/2016.
- Weinberg, M., Mercoli, P. (2014). San Martín de Tabacal: historias de una apropiación. En H. Trincherro (ed) *La investigación antropológica reciente en el Instituto Interdisciplinario Tilcara* (pp. 271-293). Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
- Wilde, G. (2016). *Religión y poder en las misiones de guaraníes*. Buenos Aires: Sb editorial.
- Williams, R. (1997). Lenguaje. *Base y Superestructura*”, “Determinación” y “Hegemonía”. En *Marxismo y Literatura*. Buenos Aires: Manantial.1-4, 93-120.
- Wolf, E. y Mintz, S. (1975) Haciendas y plantaciones en Mesoamérica y las Antillas. En E. Florescano (Coord) *Haciendas, latifundios y plantaciones en América Latina* (pp. 493-533). México: Siglo Veintiuno Editores.
- Wright, P. (1983). Presencia protestante entre aborígenes del Chaco argentino. *Scripta Ethnologica Supplementa*, 7, 73-84.
- Zelizer, V. (2009). *La negociación de la intimidad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Zibecchi, C. (2013) Organizaciones comunitarias y cuidadoras: reconfiguración de responsabilidades en torno al cuidado infantil. En L. Pautassi y C. Zibecchi (coords.) *Las Fronteras del Cuidado* (pp. 317-353). Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Zizek, S. (1998 [1993]). Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En F. Jameson y S. Zizek (comps.) *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós. 83-120.

Artículos periodísticos de publicación periódica.

- Abel Albino: “Salta está dando un ejemplo de civilidad” (18 de septiembre de 2015). *El Intransigente*. Recuperado de: <http://www.elintra.com.ar/salta/2015/9/18/abel-albino-salta-esta-dando-ejemplo-civilidad-nunca-antes-90121.html>. Consultado el 7/10/2017.

[trabajadores-en-condiciones-ilegales-en-fincas-de-salta-y-rio-negro/](#). Consultado el 4/6/2017.

- La Iglesia advirtió que el Gobierno manipula los datos sobre desnutrición. (10 de febrero de 2015). *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1767349-la-iglesia-advirtio-que-el-gobierno-manipula-los-datos-de-desnutricion>.
- Logramos una baja histórica de la desnutrición (2 de febrero 2015). *La Gaceta Salta*. Recuperado de: <http://www.lagacetasalta.com.ar/nota/13534/politica/urtubey-logramos-baja-historica-desnutricion.html>. Consultado el 7/10/2017.
- López Calvo, P. (5 de abril 2011.) Salta la Linda, Salta la Desnutrida. El hambre es un crimen. *Portal de Agencia Central de Trabajadores de la Argentina*. Recuperado de: <http://agenciacta.org/spip.php?article683>. Consultado el 6/7/2017.
- Manes, F. (11 de mayo de 2015). Desnutrición Infantil, la herida abierta. *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1791672-desnutricion-infantil-la-herida-argentina>. Consultado el 10/10/2017.
- Más muertes por desnutrición en Salta (11 de febrero de 2011). *La Nación*. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1348971-mas-muertes-por-desnutricion-en-salta>. Consultado el 8/8/2017.
- Muñoz, A. (31 de noviembre de 2015). La desnutrición infantil, el flagelo que no abandona la Argentina. *INFOBAE*. Recuperado de: <http://www.infobae.com/2015/01/31/1623720-la-desnutricion-infantil-el-flagelo-que-no-abandona-la-argentina> Consultado el 13/2/2015.
- Operativo para la Vida de UNICEF (10 de abril de 2012). *Intramed. Noticias Médicas*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75398>. Consultado el 6/6/2017.
- La desnutrición infantil, en baja (4 de diciembre de 2013). Página 12 . Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-234923-2013-12-04.html>. Consultado el 10/10/2017.
- Para el Ministro de Primera Infancia, la desnutrición es un problema cultural (16 de junio de 2016). *La Izquierda diario*. Recuperado de <https://www.laizquierdadiario.com/Para-el-ministro-de-Primera-Infancia-salteno-la-desnutricion-es-un-problema-cultural> . Consultado 6/9/2017.
- Por una muerte en el Ingenio, investigan el trabajo infantil (10 de diciembre de 2007). *Clarín*. Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/muerte-ingenio-investigacion-trabajo-infantil_0_H1H7h0CTtl.html Consultado el 3/7/2017.
- Preocupa en Salta las muertes por desnutrición. (9 de febrero de 2011). *La Voz*. <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/preocupa-salta-muerte-cinco-ninos-desnutricion>. Consultado el 10/10/2017.
- Rodríguez J. (1 de febrero de 2011). Salta: Polémica por la muerte de dos niños aborígenes. *Clarín* Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/Salta-polemica-muerte-nenes-aborigenes_0_SkNUqIPpDXx.html. Consultado el 8/8/2017.
- Rosemberg, J. (26 de noviembre de 2017). Villa Mascardi: el gobierno asegura que los mapuches utilizaron armas de fuego y hablan de una “declaración de guerra” de la RAM. *La Nación*. Recuperado en <http://www.lanacion.com.ar/2085946-villa>

mascardi-el-gobierno-asegura-que-los-mapuches-usaron-armas-de-fuego-y-habla-de-una-declaracion-de-guerra-de-la-ram el 1/12/2017.

Salta es el líder de las provincias de país. (1 de octubre de 2014). *Revista Norte*. Deforestación. Recuperado de: <http://www.treslineas.com.ar/deforestacion-salta-lider-entre-provincias-pais-n-1170681.html>. Consultado el 23/1/2015.

Según Urtubey, los aborígenes desnutridos no van al hospital “por una cuestión cultural” (3 de febrero de 2011). *La política Online*. Recuperado de: <http://www.lapoliticaonline.com/nota/50049/>. Consultado el 20/7/2016.

Smink V. (18 de febrero de 2011). La desnutrición está matando niños argentinos. *BBC Internacional*. Recuperado de: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/02/110218_argentina_hambre_lr. Consultado el 2/02/2016.

Tensión en Orán en un enfrentamiento entre bagalleros y gendarmes dejó un muerto (18 de mayo de 2013). *El Tribuno Salta*. Recuperado de: <http://www.eltribuno.info/salta/nota/2013-5-18-21-28-0-tension-en-oran-un-enfrentamiento-entre-bagayeros-y-gendarmes-dejo-un-muerto> Consultado el 26/5/2017.

Una nueva ayuda social para las familias Aborígenes con hijos (11 de noviembre de 2012). *El Tribuno Salta*. Recuperado de: <http://www.eltribuno.com/salta/nota/2012-11-10-22-50-0-una-nueva-ayuda-social-para-familias-aborigenes-con-hijos>. Consultado el 8/6/2017.

Una provincia en la que decidieron erradicar la palabra ‘desnutrición’ (27 de enero de 2015). *Clarín*. Recuperado de: http://www.clarin.com/sociedad/muerte_de_un_nene_wichi-desnutricion-Salta_0_1292870832.html. Consultado el 2/6/2016.

Urtubey en TN: ‘La desnutrición es un drama latente hoy en Salta (3 de febrero de 2011). *El Intransigente* Recuperado de: <http://www.elintra.com.ar/salta/2011/2/3/urtubey-la-desnutricion-drama-latente-salta-42510.html>. Consultado el 10/10/2017.

Urtubey: la desnutrición infantil en Salta existe y todavía nos sigue golpeando (7 de febrero de 2015). *Clarín*. Recuperado en http://www.clarin.com/sociedad/desnutricion_Urtubey_Salta_0_1299470102.html. Consultado el 13/02/2015

Fuentes Secundarias / Sitios Web.

Normativa

Decreto N° 1.018/03, Reglamentación del Decreto N° 108/2202 Emergencia Nacional Alimentaria. Boletín oficial, 20 de abril de 2003. Recuperado de: http://redproteccionsocial.org/sites/default/files/88_dt_ps_pnsa_diaz_langou_y_aulicino_2012.pdf

Decreto N° 2.360/90, Reglamentación de la Ley de pensiones a madres de 7 o más hijos. Boletín Oficial, 13 de noviembre de 1990. Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/Decreto-2360-1990-Reglamentacion-de-la-Ley-de-pensiones-a-madres-de-7-o-m--s-hijos.pdf>

Ley N° 24.714. Decreto 1602/09, Asignación Universal por Hijo. Boletín Oficial, 18 de noviembre de 2009. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/161339/norma.htmX>.

- Ley N° 25.871, de Migraciones. Boletín Oficial, 20 de enero de 2004. Recuperado de: http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/campana_grafica/pdf/Libro_Ley_25.871.pdf
- Ley N° 24.071, Aprobación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Boletín Oficial, 20 de abril de 1992. Disponible en: <http://www.infojus.gob.ar/24071-nacional-aprobacion-convenio-169-organizacion-internacional-trabajo-sobre-pueblos-indigenas-tribales-paises-independientes-lnt0003771-1992-03-04/123456789-0abc-defg-g17-73000tcanyel>.
- Ley N° 25.724, Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. Boletín Oficial, 27 de diciembre de 2002. Recuperado de: http://www.sigen.gov.ar/red_federal/pdfs_red/PNSA_Ley25574.pdf
- Ley N° 26.160, Declaración de Emergencia en materia de Posesión y Propiedad de las tierras de Comunidades Indígenas Originarias del País. Boletín Oficial, 23 de noviembre de 2006. Recuperado de: <http://www.infojus.gob.ar/26160-nacional-declaracion-emergencia-materia-posesion-propiedad-tierras-comunidades-indigenas-originarias-pais-lns0005146-2006-11-01/123456789-0abc-defg-g64-15000scanyel>.
- Ley N° 26.727, Régimen de Trabajo Agrario. Boletín Oficial, 27 de diciembre de 2011. Recuperado de: <https://www.bcr.com.ar/Granos%20%20Normativas/.../Ley%2026727.docx>

Documentos oficiales

- Auditoría General de la Provincia de Salta (2012). Ente Auditado: Hospital de San Vicente de Paul. EXPTE. N°: 242-4.032/13. Período: 2012. Recuperado de: <http://www.agpsalta.gov.ar/informes/zips/242-4032-13.pdf>. Consultado el 13/11/2017.
- Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) (2007). *Documento de Resultados*. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Plan Federal de Salud. Recuperado de: <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>. Consultado el 8/8/2017.
- Gobierno de la Provincia de Salta (1 de Abril de 2015). *Asamblea Legislativa N°117 Informe General sobre el Estado de la Provincia*. Disponible en: <http://www.salta.gov.ar/descargas/archivos/informe-estado-general-de-la-provincia-salta-abril-2015.pdf>. Consultado el 6/6/2017.
- Gobierno de la Provincia de Salta (10 de marzo de 2014). *La obra de construcción del centro CONIN en Coronel Juan Solá estará lista en mayo*. *Noticias de Gobernación*. Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/la-obra-de-construccion-del-centro-conin-en-coronel-juan-sola-estara-lista-en-mayo/29243>. Consultado el 21/5/2015.
- Gobierno de la Provincia de Salta (2010). *Festearon los 30 años del Hospital San Vicente de Paul*. Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/festearon-los-30-anios-del-hospital-san-vicente-de-paul-de-oran-/5428>. Consultado el 4/6/2017.
- Gobierno de la Provincia de Salta y UNICEF Argentina (2012) *Evaluación de Crecimiento de Niños y Niñas. Material de Apoyo para equipos de Atención*

Primaria de la Salud. Recuperado de: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf. Consultado el 9/8/2017.

Gobierno de la Provincia de Salta y UNICEF Argentina (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Material de Apoyo para equipos de Atención Primaria de la Salud.* Recuperado de: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf. Consultado el 19/8/2017.

Gobierno de la Provincia de Salta. (10 de abril de 2014). *Inscripciones abiertas para los Cuerpos Infantiles de Policías.* Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/inscripciones-abiertas-para-los-cuerpos-infantiles-de-la-policia/29946>. Consultado el 5/6/2017.

Gobierno de la Provincia de Salta. (2 de septiembre de 2013). *Noticias de Gobernación.* En Salta la Lucha contra la desnutrición es política de Estado. Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/en-salta-la-lucha-contra-la-desnutricion-es-politica-de-estado/25788>. Consultado el 7/6/2017.

Gobierno de la Provincia de Salta. (27 de octubre de 2014). *La policía infantil forma hoy los valores de nuestros jóvenes del mañana.* En <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/la-policia-infantil-forma-hoy-los-valores-de-nuestros-jovenes-de-maniana/34757>. Consultado el 9/8/2016.

Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio de la Primera Infancia (2015). Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/organismos/ministerio-de-la-primera-infancia/30>. Consultado el 3/3/2015.

Gobierno de la Provincia de Salta. Ministerio Derechos Humanos (s/f). Secretaría de Asistencia Crítica. Recuperado de: <http://derechoshumanos.salta.gov.ar/asistencia-critica/aipas.php>. Consultado el 8/6/2017

Gobierno de la provincia de Salta. Ministerio Derechos Humanos y Justicia. (27 de octubre de 2011). *La provincia instrumentó un refuerzo alimentario para comunidades aborígenes.* Recuperado de: <http://www.salta.gov.ar/prensa/noticias/la-provincia-instrumento-un-refuerzo-alimentario-para-comunidades-aborigenes/13141>. Consultado el 9/8/2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS (s/f) *Programa de Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas.* Ministerio de Desarrollo Social: Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/4.-Relevamiento-territorial-de-comunidades-indigenas.pdf>. Consultado el 3/2/2014.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS –INDEC (2017). *Definiciones.* Recuperado de: https://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/censo2001s2/Datos/defifami.do. Consultado el 8/7/2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA y CENSOS –INDEC- (2008). *Censo Nacional Agropecuario.* Recuperado de: http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/novedades/cna08_10_09.pdf. Consultado el 2/12/2015.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS –INDEC- (2010) *Censo Nacional de Población y Hogares*. Recuperado de: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135. Consultado el 18/3/2011.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS –INDEC- (2015) *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. CEnso del Pueblos Originarios: Región Noroeste. Serie DN°1*. Recuperado en: https://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/poblacion/pueblos_originarios_NOA.pdf Consultado el 3/11/2017.
- Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria-INTA- (2017). *Convenios con la Provincia de Salta*. Recuperado de: <https://inta.gov.ar/unidades/321000/convenios-salta>. Consultado el 8/6/2015.
- INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA INDUSTRIAL –INTI- (2017). *Trabajo Informal, mejorar el control para incluir*. Recuperado de: <https://www.inti.gov.ar/sabercomo/sc81/inti8.php>. Consultado el 6/6/2017.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2012/2013). *Encuesta sobre condiciones de vida de niñez y adolescencia. Período 2012-2013*. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/MICS_CierreJulio2013_BAJAWEB.pdf. Consultado el 2/3/2015.
- Ministerio de Economía de la Nación (2013). *Salta. Dirección Nacional de relaciones Económicas con las Provincias*. Recuperado de: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/salta.pdf>. Consultado el 2/6/2015.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Documento FESP “Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública”*. Recuperado de en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf>. Consultado el 4/12/2013.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). *Interculturalidad y Salud. Capacitación y servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios. Educación permanente en Servicio para trabajadores del primer nivel de atención de la salud. Programa Médicos Comunitarios*. Recuperado de: http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/educacion-permanente-en-servicio/interculturalidad_y_salud_web.pdf. Consultado el 23/11/2014.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Guía de procedimientos para la implementación de las ASP-FESP2. Salvaguarda Indígena 2014. Funciones Esenciales y programas de salud pública (FESP 2)*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/fesp/index.php/fesp/fesp-2>. Consultado el 12/12/2014.
- Ministerio de Salud de la Nación (s/f). *Plan Nacer+Sumar Redes*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-diptico-informacion-institucional.pdf>. Consultado el 7/6/2017.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2015). *Convenios de Corresponsabilidad Gremial*. Recuperado de:

<http://www.trabajo.gov.ar/seguridadsocial/convenios.asp>. Consultado el 30/05/2017.

Municipalidad de Pichanal. Portal web. Recuperado de: <http://www.portaldesalta.gov.ar/pichanal.htm>. Consultado el 9/8/2016.

Sala de Situación de la Provincia de Salta. Recuperado de: http://saladesituacion.salta.gov.ar/docs/indicadores_basicos/indicadores_2013.pdf. Consultado el 15/3/2017.

Otras fuentes

¿Qué es la Revolución Verde? (22 de febrero de 2011). *Agroespacio*. Recuperado de <http://agroespacio.blogspot.com.ar/2011/02/que-es-la-revolucion-verde.html> el 8/7/2015.

Centro de Acción Popular Olga Márquez de Aredez en defensa de los Derechos Humanos (CAPOMA) (Julio, 2009). *Expansión de los agronegocios en el Noroeste argentino Deforestación legalizada y resistencia de las comunidades*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.chayar.com.ar/bajar/Informe%20Argonegocios%20en%20el%20NOA.pdf> Consultado el 13/2/2015.

Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC) (2009). *La implementación del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria en ámbitos subnacionales*. Recuperado de: <http://www.cippec.org/-/la-implementacion-del-plan-nacional-de-seguridad-alimentaria-en-ambitos-subnacionales>. Consultado el 20/6/2014.

CEPAL. Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina (2007). *Panorama Social de América Latina: 2007*. Santiago de Chile. Recuperado de: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf. Consultado el 23/11/2007.

Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) 2011/2012 (2013). Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Argentina. *Informe Final*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: http://www.unicef.org/argentina/spanish/MONITOREO_MICS4_Argentina_FinalReport_2011-12_Sp.pdf. Consultado el 2/6/2016.

ENDEPA. (2011). *Advertencia sobre la Inejecución de las leyes nacionales N° 26160 y 26554*. Recuperado de: <http://redaf.org.ar/noticias/wp-content/uploads/2011/05/INFORME-LEY-26160.pdf>. Consultado el 27/11/2014.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2010). *Semana del Prematuro*. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_24080.htm. Consultado el 12/6/2016.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2012). Sitio WEB. “Unicef y el Gobierno de Salta destacaron el trabajo de médicos voluntarios en comunidades indígenas de la provincia”. Recuperado de: https://www.unicef.org/argentina/spanish/media_23047.htm. Consultado el 6/7/2017.

- FORO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN ARGENTINA –FISA- (2008). *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Situación de Salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina*. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de: <http://www.saludinvestiga.org.ar/pdf/policy-brief/2008-indigenas.pdf>. Consultado el 22/7/2015.
- Fundación CONIN (2017a). *Alianzas con el Sector Público. Convenio con el Gobierno de Salta*. Recuperado de: <http://www.conin.org.ar/contenidos/programaintensivo/alianzas-con-el-sector-publico/>.
- Fundación CONIN (2017b). *¿Cómo funciona un centro CONIN?*. Recuperado de: <http://www.conin.org.ar/contenidos/conoce-conin/centros-modelo/>. Consultado el 9/11/2017.
- Generation Food. Recuperado de: <http://www.generationfoodproject.org>. Consultado el 8/8/2017.
- Ingenio San Martín de Tabacal. (6 de mayo de 2013). *Tabacal Agroindustria se suma a la red CONIN e inaugurará su primer centro contra la desnutrición*. Recuperado de: <https://blog.tabacal.com.ar/index.php/tabacal-agroindustria-se-suma-a-la-red-conin-e-inaugurara-el-primer-centro-contra-la-desnutricion-infantil-en-oran/>. Consultado el 3/10/2017.
- Larguía, M. et.al., (2012). *Maternidad Segura centrada en las familias desde un enfoque intercultural*. Buenos Aires: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF Argentina. Recuperado de: http://www.unicefninezindigena.org.ar/pdf/MSCF_2ed_web.pdf. Consultado el 12/12/2014.
- Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). *América Latina y el Caribe está muy cerca de llegar a la meta de la Cumbre Mundial de la Alimentación*. Recuperado de: <http://www.fao.org/argentina/noticias/detail-events/es/c/272944/> Consultado el 3/2/2015.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). *Los derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en la Práctica. Una guía sobre el Convenio 169 de la OIT*. Recuperado de: http://pro169.org/res/materials/es/general_resources/Derechos%20de%20los%20PI%20en%20la%20Practica%20-%20una%20Guia.pdf. Consultado el 5/3/2015.
- Sociedad Argentina de Pediatría (2015). *Calendario de Vacunación*. Recuperado de: <http://www.sap.org.ar/area-profesional/contenidos/10/calendario-de-vacunacion.html>. Consultado el 3/8/2017.
- Unión Asambleas de Dios. Recuperado de: <http://www.uad.org.ar/folders/informacion.html>. Consultado el 5/7/2017.
- United Nations Children's Fund (1983). *States of the World's Children 1982-1983. GOFFI Method*. Nueva York: Unicef.
- World Health Organization (WHO) Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Technical Report

Series #854. Geneva. Recuperado de:
[http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO TRS 854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf)

World Health Organization (WHO) Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017).
Enfermedades Tropicales. Recuperado de:
http://www.who.int/topics/tropical_diseases/es/

8. ANEXO METODOLÓGICO

8.1 Cuestionario semi-estructurado.

| | |
|--|-------------------|
| 1-¿Cuántas personas viven en la casa? ¿Quiénes trabajan de modo rentado? ¿de qué? | |
| 2-¿Los chicos van a la escuela? ¿vos fuiste a al escuela? ¿hasta que grado? ¿dónde fuiste? | |
| 3-¿Cómo construyeron la vivienda? ¿cómo tienen agua? ¿de donde la sacan? ¿les alcanza? | |
| 4-¿Cuál es su agente? ¿siempre lo fue? ¿cada cuanto viene? ¿cómo se lleva con ellos? | |
| 5-¿Van a la salita? ¿dónde atiende a los niños? ¿Por qué? | |
| 6-¿Ha ido al Hospital San Vicente de Paul? | |
| Datos a completar: | |
| Sector Vivienda: | |
| Tipo de familia: | Agente Sanitario: |
| Cantidad de personas: | |
| Mayores de 14: | Menores de 6: |

8.2 Códigos de Entrevistas.

Guía códigos:

EA (Entrevista Abierta)

EP (Entrevista en Profundidad)

Grupos de Discusión (GD)

(HdV) Historia de vida

| Seudonimo | Características | Edad | Técnica cualitativa utilizada |
|--------------|------------------------------|------|-------------------------------|
| Rogelio | agente sanitario 26 | 38 | EA / EP / GD |
| Cristina | agente sanitaria 26 | 25 | EA / EP / GD |
| Pedro | agente sanitario 26 | 32 | EA / EP / GD |
| Fermin | médico investigador | 35 | EA |
| Violeta | medico investigadora | 32 | EA |
| Marcelo | Biólogo | 63 | EA |
| Julio | Vecino kundsen | 28 | EA |
| Nora | referente ava-guarani | 57 | EP |
| Fernandez | jefe ecologia municipalidad | 52 | EP / HdV |
| Sabrina | madre Fortaleza | 23 | EA |
| Juarez | pediatra APS fortaleza | 42 | EA / EP |
| Marisa | madre Fortaleza avaguarani | 27 | EP / HdV |
| Tomas Funes | ava-guarani 26 | 61 | EA / DG |
| Lorena Funes | ava-guarani 26 | 22 | EA / DG |
| Norma Ruiz | madre-abuela 26 criolla | 56 | EA / EP |
| Rosa | madre, abuela criolla del 26 | 49 | EA/ EP/ DG /HdV |
| Maria | paciente APS | 8 | EA / EP |
| Claudio | paciente APS | 7 | EA |
| Andres | paciente APS | 8 | EA / EP |

| | | | |
|------------------|---------------------------------------|----|-----------------|
| Juan | paciente APS | 7 | EA / EP |
| Lucas | paciente APS | 12 | EA / EP |
| Estela | madre golondrina | 24 | EA / EP / GD |
| Viviana | madre golondrina | 22 | EA / EP / GD |
| Clara marilyn | madre sola | 26 | EA / EP / GD |
| Silvina Salazar | madre sola | 22 | EA / EP / GD |
| Laura | Maestra rural | 32 | EA |
| X | maestro rural | 30 | EA |
| NN | Cabo policia Orán | 35 | EA |
| Evangelina | Enfermera Orán | 32 | EA / EP |
| Natanael | paciente APS | 6 | EA / EP |
| Romina | madre 26 | 24 | EA / EP |
| Fernanda | Enfermera Orán | 34 | EA |
| Beatriz David | enfermera 26 | 48 | EA / EP |
| Damiana | referente comunidad ava-guaraní kolla | 26 | EA/ EP/ GD /HdV |
| Haydee | referente ava-guarani | 54 | EA/ EP/ GD /HdV |
| Elvira | Psicologa Endepa | 62 | EP |
| Matias Rodriguez | Tecnico INTA | 32 | EP |
| Hernan Mascietti | Abogado Comunidades indigenas | 44 | EP |
| Isidoro | habitante comunidad avaguarani | 54 | EP / HdV |
| Emiliano | referente comunidad ava-guaraní kolla | 53 | EP / HdV |
| Jorge | paciente APS | 7 | EA |
| NN | pediatra APS Oran | 34 | EP |
| NN | empleada CONIN | 23 | EA / EP |
| NN | psicopedagoga CONIN | 34 | EA |
| NN | psicologaCONIN | 32 | EA |
| Carolina | madre 26 | 28 | EA / GD |
| Mariela | madre 26 | 23 | EA / GD |
| Cynthia | madre 26 | 22 | EA / GD |
| Marina | madre golondrina | 24 | EA / GD |
| Carina | madre avaguarani Arcoiris | 21 | EA / GD |
| Belen | madre avaguarani Arcoiris | 25 | EA / GD |
| Sol | madre Fortaleza | 19 | EA / EP |
| Fátima | madre Fortaleza | 25 | EA / GD |
| Juana | madre golondrina | 24 | EA / GD |
| Angelica | madre 26 | 27 | EA / GD |
| Gabriela | referente comunidad ava-guarani | 52 | EP / HdV |
| Felisa | agente sanitaria Fortaleza | 39 | EA / EP |
| NN | gerente centro de salud fortaleza | 45 | EA |
| Lucrecia | agente sanitaria Fortaleza | 36 | EA / EP |
| NN | vecino Fortaleza | 61 | EA |
| Lucia | madre 26 | 24 | Obs |
| Ines | paciente APS | 6 | EA |
| Carla | madre | 22 | EA GD |
| Dora | madre wichi Fortaleza | 22 | EA |

