

Perspectivas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención primaria de la salud en La Plata, Argentina.

María Adelaida Colangelo.

Cita:

María Adelaida Colangelo (2019). *Perspectivas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención primaria de la salud en La Plata, Argentina. XXXII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Lima.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-030/2136>

Perspectivas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención primaria de la salud en La Plata, Argentina.

María Adelaida Colangelo

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo analizar los sentidos sobre el cuidado infantil construidos en las prácticas e interacciones cotidianas entre los integrantes de los equipos de salud y las familias usuarias de dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en el municipio de La Plata, Argentina.

Esta propuesta surge a partir de observar que los ámbitos de atención de la salud constituyen espacios privilegiados para indagar en las nociones de infancia y cuidado de los integrantes del personal de salud y de la población usuaria, así como en el modo en que sus encuentros y desencuentros pueden impactar en el acceso de los niños a la atención sanitaria.

Se utilizó una metodología cualitativa, de carácter etnográfico, con el recurso a las técnicas de la observación participante y de la entrevista.

El estudio muestra que en los CAPS se producen constantes apreciaciones, evaluaciones y clasificaciones con respecto al modo en que los niños son criados, en las cuales el cuerpo infantil cobra un lugar central, al ser considerado como evidencia de los cuidados recibidos. En estas elaboraciones no sólo participan los agentes de salud, sino también los propios usuarios de los establecimientos. En efecto: el abordaje de la salud infantil pone también en juego una serie de sentidos y valoraciones sobre la infancia y la responsabilidad parental que también son producidos y resignificados por las familias, además de no ser homogéneos ni estáticos, pues se actualizan de modos diferentes en distintas relaciones y situaciones.

Palabras clave: cuidado infantil, responsabilidad parental, salud

Introducción

En este trabajo se propone analizar los sentidos sobre el cuidado infantil construidos en las prácticas e interacciones cotidianas entre los integrantes de los equipos de salud y las familias usuarias de establecimientos de atención primaria de la salud, en el municipio de La Plata, Argentina. El mismo se enmarca en una investigación en curso, realizada, desde comienzos de 2017, en dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del mencionado municipio.



Ambos CAPS fueron elegidos por su accesibilidad geográfica para la investigadora y por las características socioculturales de su población usuaria, en la que se entrecruzan aspectos ligados a la diversidad cultural (presencia de población migrante de origen boliviano y paraguayo) y a la desigualdad social. Uno de ellos se encuentra situado en una localidad próxima al casco urbano de La Plata y el otro, en una localidad periurbana, donde la urbanización se combina con algunas áreas rurales, vinculadas con la producción hortícola

Analizar el abordaje del cuidado infantil que se realiza en los CAPS requiere tener en cuenta un conjunto de condicionamientos más amplios, vinculados tanto con las características de las poblaciones y territorios en los que desarrollan su tarea de atención primaria de la salud, como con sus condiciones institucionales y el lugar que ocupan en las políticas públicas de salud.

Al respecto, ha podido observarse que, más allá de otras diferencias contextuales, ambos CAPS realizan sus intervenciones en áreas que atraviesan fuertes procesos de transformación territorial y poblacional, que impactan en la conformación y necesidades de las comunidades a las que atienden. Estos procesos se vinculan, en un caso, con la relocalización de pobladores hacia otro barrio, a partir de la realización de obras hidráulicas en el arroyo que atraviesa la zona. En el otro, ha estado ligado a la venta de tierras de antiguas quintas destinadas al cultivo y a la conformación de grandes barrios cerrados, que ha implicado el desplazamiento de parte de la población que trabajaba en horticultura y el desalojo de parte de un asentamiento.

En cuanto a los aspectos institucionales, resulta indispensable tener en cuenta las condiciones y ámbitos de trabajo de los equipos de salud que, con frecuencia, lejos de corresponder a los ideales de la atención de la salud, implican condiciones de precariedad institucional (alta rotación de los jefes y falta de personal, equipos incompletos), laboral (en cuanto al salario y vínculo formal de empleo), de recursos, edilicia. Se encontró una marcada heterogeneidad al interior de los equipos en cuanto a las inserciones laborales de sus integrantes (empleados de planta de la Municipalidad, del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, cooperativistas, becarios del programa Médicos Comunitarios), así como en sus formaciones y motivaciones. Éstos refieren sentirse “descuidados” y perciben una desvalorización de su trabajo por parte de otros organismos.

El problema de investigación: construcciones del cuidado infantil en ámbitos de atención primaria de la salud.

Los niños —sobre todo los niños menores de dos años y, en segundo lugar, aquellos en edad escolar— constituyen los principales destinatarios de gran parte de las políticas públicas de salud ligadas a la atención primaria, junto con las mujeres en su condición de madres. Desde una perspectiva “maternalista”, como lo muestran Nari (2004) y Pozzio (2007) para diferentes momentos históricos, “niños” y “madres” son considerados la población más vulnerable en los procesos de salud y enfermedad—la “población materno-infantil”— y, por lo tanto, la que debe ser atendida y cuidada en forma prioritaria.

Enmarcado en esas propuestas más generales, el cuidado infantil ocupa un lugar central en las preocupaciones e intervenciones cotidianas de los equipos de atención de la salud, especialmente de aquellos que se desempeñan en efectores públicos destinados a la atención primaria. En efecto, los modos de criar y atender cotidianamente a los niños, sobre todo durante sus primeros dos años de vida, son temas en torno de los cuales se desarrolla gran parte de las consultas y de los procesos de atención de la salud. Este interés por el cuidado infantil no se limita a los profesionales médicos, sino que involucra a otros integrantes los equipos de salud: enfermeros, promotores de salud, psicólogos, trabajadores sociales, así como a las propias familias de los niños.

Sin embargo, el interés de saber médico y de los agentes de salud en general por el cuidado infantil puede considerarse relativamente reciente. En efecto, se torna materia de intervención en las instituciones sanitarias a partir de un intenso proceso de medicalización de la crianza que, en Argentina, se inició hacia fines del siglo XIX (Colangelo, 2012). El mismo implicó tensiones, disputas y negociaciones —que aún hoy continúan— entre el saber médico y los saberes populares, tradicionales y religiosos sobre la crianza, en un proceso a través del cual se construyó la creencia en legitimidad de la medicina como saber experto en el cuidado infantil, aunque no devino en una transformación total de las prácticas.

Entendido en términos generales como el conjunto de prácticas materiales y simbólicas, socialmente producidas y organizadas, orientadas a mantener la vida de los niños y su bienestar (Llobet, 2011, Pautassi y Zibechi, 2013), el concepto de “cuidado infantil” aparece estrechamente relacionado con el de “crianza”, si bien este último hace especial énfasis en los procesos de atención y formación de los niños que se producen en los entornos más próximos, como las familias, durante los primeros tramos de la vida. En este sentido, el análisis del cuidado trasciende el ámbito doméstico e implica considerar un conjunto más amplio de actores e instituciones particulares, comunitarios o estatales (Llobet, op. cit.;

Faur, 2014), entre los cuales se encuentran los establecimientos estatales de atención de la salud. De allí que autoras como Faur (op. cit.) o Esquivel, Faur y Jelin (2012), desde un interés centrado en las políticas públicas, las relaciones de género y el papel del Estado, planteen la necesidad de estudiar la organización social y política del cuidado infantil, “[...] entendido este como la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros accede, o no, a ellos” (Faur, op. cit., p.19).

Por lo anteriormente mencionado, los ámbitos de atención primaria de la salud constituyen espacios privilegiados para indagar en las nociones de cuidado de los integrantes del personal de salud y de la población usuaria, así como en sus encuentros y desencuentros en los procesos de atención sanitaria de los niños. A su vez, a través de los sentidos y prácticas vinculados al cuidado infantil, en dichos espacios también se habla de la infancia, la maternidad, la familia, la salud y la enfermedad. A partir de ello han surgido como interrogantes: ¿Qué aspectos del cuidado son abordados en los CAPS, en tanto ámbitos estatales de atención de la salud? ¿De qué se habla cuando se habla de cuidado? ¿Qué relaciones se establecen entre cuidado y salud? ¿Cómo se materializa el cuidado infantil en características visibles, observables, evaluables para los agentes del sistema de salud? ¿Cómo hacer para saber cómo es cuidado un niño? ¿Qué modos de tratar a un niño son considerados como cuidado y cuáles no?

Metodología

La metodología puesta en juego en la investigación es de carácter cualitativo. Más específicamente, se ha recurrido a la etnografía, en tanto permite conocer e interpretar las perspectivas y las prácticas cotidianas, situadas, heterogéneas, a través de las cuales el cuidado infantil es abordado en espacios estatales de atención de la salud. (Guber, 2011; Ferreira y Fleischer, 2014).

En cuanto a las técnicas empleadas, el trabajo de campo etnográfico implicó la observación participante prolongada en diferentes espacios y momentos de las rutinas cotidianas de los CAPS, permitiendo conocer distintas prácticas de atención, relaciones establecidas al interior de los equipos y con los usuarios del sistema de salud, modos de resolver diferentes situaciones problemáticas y de aplicar, en cada contexto, programas de salud municipales, provinciales o nacionales.

Asimismo, se han realizado entrevistas semi-estructuradas con los integrantes de los equipos de salud (médicos pediatras y generalistas, enfermeras, promotoras de salud, psicólogos, trabajadoras sociales) y entrevistas abiertas en las salas de espera y en

espacios barriales con integrantes de familias cuyos niños son atendidos en los CAPS. La técnica de entrevista, tanto en su modalidad abierta como semi-estructurada, permitió acceder a las diferentes perspectivas (categorías, valoraciones, posicionamientos) de los actores sociales involucrados en el cuidado infantil y su abordaje.

Resultados: el cuidado infantil entre evaluaciones, clasificaciones y categorías morales.

Las observaciones realizadas en los CAPS mostraron que en los ámbitos de atención primaria de la salud se producen constantes evaluaciones y “estimaciones” (Barna, 2014) con respecto al modo en que los niños son criados, en las cuales el cuerpo infantil cobra un lugar central –aunque no exclusivo- como evidencia de los cuidados recibidos.

Es sobre todo en el momento del control periódico de salud –“el control”, como lo nombran habitualmente usuarios y personal de salud- donde se condensan esas valoraciones, de conjunto con la puesta en juego de un conjunto de representaciones acerca de la niñez, el cuidado, la familia y la maternidad. Considerado como un elemento central de la atención primaria de la salud y sus estrategias eminentemente preventivas, el control de salud del niño sano implica una serie de acciones: medir, pesar, observar, registrar, comparar, evaluar, interrogar, indicar; acciones que configuran una rutina que, con variaciones, se pone en práctica en los consultorios pediátricos de las diferentes instituciones de salud estudiadas. En ese proceso, es el examen del cuerpo infantil, complementado en mayor o menor medida con las preguntas realizadas a los adultos que acompañan al niño, el que proporciona los elementos necesarios para una primera evaluación del modo en que está siendo criado.

El cuerpo del niño aparece, así como el territorio donde son leídos, a modo de evidencia, los cuidados que se le han brindado. Se trata de un cuerpo que es concebido por la medicina como un cuerpo en transformación, cuya normalidad está dada por la capacidad de cambiar, de aumentar de tamaño y complejizarse progresivamente, dentro de un recorrido esperable. Las nociones de crecimiento y desarrollo sintetizan esas características y constituyen el núcleo de la concepción de la niñez que ha ido construyendo y sobre la que se funda la pediatría –aunque no sólo ella (Colangelo, 2008). Una serie de parámetros, entre los que se destacan las medidas antropométricas de peso y talla o estatura, en su relación con la edad, han sido construidos por la pediatría como los indicadores del crecimiento, como medidas que expresan, traducen ese proceso a través de las variaciones corporales y su posibilidad de cuantificación. El desarrollo infantil es evaluado más específicamente mediante la observación de la presencia de



determinados eventos o “hitos madurativos” en los momentos esperados del curso de la niñez - cierre de las fontanelas, dentición, capacidad de permanecer sentado, aparición del habla, comienzo de la marcha, entre otros- también establecidos mediante la edad promedio en que suceden en la mayoría de los sujetos.

La práctica de cuidado que concentra la mirada del personal de salud, en tanto estrechamente vinculada con los procesos de crecimiento y desarrollo, es la alimentación. Aunque gran parte de las campañas de promoción de la salud siguen poniendo el foco en el incentivo a la lactancia materna, no es esta la práctica que preocupa a los profesionales entrevistados, quienes reconocieron que está muy arraigada en las poblaciones con las que trabajan. La atención se concentra más bien en la alimentación –composición y modo de administración- posterior al destete, siendo actualmente el sobrepeso el tema considerado más preocupante por los médicos y tomado como la evidencia de un cierto desorden en las costumbres alimentarias de la familia. Por exceso o por defecto, la alimentación produce cambios que alejan a los cuerpos de los niños de los estándares de normalidad, tal como también lo advierte Serre (1997) en otro contexto. Otros aspectos del cuidado cotidiano considerados por los médicos tienen que ver con la higiene corporal, la prevención de enfermedades estacionales y de accidentes domésticos, así como el modo en que deben dormir los bebés y la vestimenta que deben llevar. A su vez, las inmunizaciones son un aspecto del cuidado de la salud infantil en cuya valoración coinciden profesionales y familias.

A pesar de su centralidad, las características corporales del niño no son consideradas como la única evidencia de los cuidados recibidos, pues los integrantes del equipo de salud también realizan, no siempre explícitamente, una serie de estimaciones Barna (op. cit.) acerca de los comportamientos, relaciones y situaciones de los adultos a cargo de los niños a través de las cuales evalúan la capacidad de cuidado de la familia, especialmente de la madre. A través de esos diferentes elementos va siendo construida una clasificación más o menos implícita entre “buenos” y “malos” cuidadores”, poniendo en juego una serie de sentidos sobre la responsabilidad parental, de cuya elaboración participan desde diferentes lugares el personal de salud y también los propios usuarios.

Es con respecto a las mujeres madres que esa clasificación se refuerza, mediante distinciones entre madres “responsables” y madres “irresponsables” o “descuidadas”; entre aquellas que, aun en situación de pobreza, son receptivas y cumplen con las indicaciones del equipo de salud, además de realizar otras prácticas de cuidado, como escolarizar a sus hijos, y aquellas otras que son desorganizadas, no llevan a sus hijos a los controles, pierden



turnos o no cumplen con las prescripciones médicas. Esto muestra que si el papel de la familia en la crianza del niño es un punto clave en la perspectiva de los equipos de salud, más aún lo es el de la madre, reforzado por una mirada social más amplia sobre el cuidado que lo vincula con el género femenino, el altruismo y el espacio doméstico.

En el modo en que se realizan las estimaciones sobre las capacidades de cuidado, así como en las intervenciones que de ellas devienen, inciden de manera particular las relaciones –de confianza, empatía o, por el contrario, de extrañeza y rechazo- establecidas entre los integrantes del CAPS y las familias que allí llevan a atender a sus niños. Estas relaciones varían según la antigüedad, la continuidad y el conocimiento de la comunidad por parte de los equipos de salud, modulando las actitudes de comprensión o, por el contrario, de sospecha y de censura, ante prácticas de cuidado diferentes a las esperadas. Así, por ejemplo, en unos de los CAPS, donde la continuidad de gran parte del equipo y la pertenencia a la comunidad de las promotoras de salud y empleadas administrativas han permitido un vínculo y un conocimiento estrechos con la población atendida, ciertas situaciones difíciles han dado lugar a estrategias de acompañamiento de la crianza y de sostén de los adultos responsables, vitando, por ejemplo, la institucionalización de los niños. Tampoco esas perspectivas son homogéneas el interior de cada equipo, variando de acuerdo a las posiciones ideológicas de sus integrantes, el género, la posición social más o menos cercana a la de las familias usuarias, el establecimiento de relaciones de afecto, entre otros elementos.

Los sentidos que los equipos de salud construyen sobre el cuidado también pueden ser abordados a través de las explicaciones que elaboran acerca de los problemas que se evidencian en la crianza infantil. Al respecto, los discursos muestran una tensión entre adjudicar sus causas a ciertos hábitos y conductas de los adultos a cargo de los niños (atribuidos, por ejemplo, a la “falta de educación” o a historias familiares conflictivas) o a las condiciones socioeconómicas ligadas a la desigualdad estructural (la “pobreza”, que se manifiesta en los bajos ingresos, el tipo de vivienda, los terrenos en los cuales éstas se asientan, etc.). Estas condiciones socioeconómicas ocupan, en la visión de algunos agentes de salud, un lugar ambiguo e impreciso: se reconoce su importancia y se les atribuye una causalidad general, pero a la hora de interpretar padecimientos o problemas concretos, se pierden de vista, para dejar lugar a los comportamientos individuales. Un lugar semejante en las explicaciones, aunque algo más desdibujado, suele ocupar “la cultura”: las particularidades culturales de la población suelen permanecer como un contexto incorporado tangencialmente en los análisis y las intervenciones. Contradiendo



lo esperado a partir de diversidad cultural de la población usuaria de ambos CAPS, las particularidades culturales no tienen un lugar relevante en las caracterizaciones de los procesos de crianza y los problemas de salud infantil que hace el personal de salud. Las escasas referencias a los aspectos culturales los asocian a ciertos estereotipos –no necesariamente negativos- contruidos sobre las poblaciones migrantes que asisten a los establecimientos de salud: las madres bolivianas suelen describirse como sumisas, calladas y obedientes y las paraguayas como más seguras y querellantes. A modo de hipótesis a ser profundizada, puede pensarse que esta invisibilización podría deberse a que las propias familias silencian estratégicamente sus saberes tradicionales o populares en los espacios de la medicina hegemónica.

En las elaboraciones sobre el cuidado infantil producidas en los espacios de atención primaria de la salud no sólo participa el personal sanitario, sino también los propios usuarios de los establecimientos. En efecto, los adultos a cargo de los niños también construyen, reproducen o resignifican sentidos sobre el cuidado desde los cuales participan e inciden en los procesos de atención de la salud infantil, evaluando las características de cada profesional y buscando el modo de que sus niños sean atendidos por aquellos profesionales que consideran más competentes, a la vez que amables (el trato hacia el niño y su familia, el conocimiento de los pacientes y la minuciosidad en la revisión de los pequeños son características especialmente valoradas, que pueden ser vinculadas con el cuidado).

Sobre todo, las mujeres a cargo de los niños también construyen clasificaciones y valoraciones sobre las responsabilidades parentales y los modos de criar, poniendo en juego categorías morales y construyendo distinciones entre progenitores –sobre todo, madres- “responsables” e “irresponsables” o “dejadas”, de las que procuran diferenciarse. Las primeras son caracterizadas como atentas a lo que pasa con sus niños y a las señales de alarma que requieren de asistencia médica (“cuando la madre está presente, los chicos no terminan internados”), además de ser ordenadas con los gastos y en la organización de la vida doméstica. Las segundas son descritas como aquellas que no se ocupan de sus hijos (“los tienen sucios” o desabrigados), no les hacen los tratamientos indicados si están enfermos o, directamente no consultan al médico, además de ser acusadas, en algunos casos, de no trabajar o malgastar el dinero de la Asignación Universal por Hijo.

Vemos así, tal como lo señala Santillán (2011), que las familias de sectores populares participan, junto con diferentes instituciones estatales y sociales en general, de la producción de sentidos sobre la responsabilidad parental; sentidos que, como plantea esta



autora, no son homogéneos y se actualizan de modos diferentes en distintas interacciones y situaciones (con agentes de instituciones estatales o comunitarias, con familias vecinas, de las que se procura aproximarse o diferenciarse, por ejemplo). También Ortale (2002), en su estudio de las representaciones y prácticas sobre desnutrición en familias pobres urbanas, da cuenta de los procesos de diferenciación y estigmatización que se producen con respecto a las madres con hijos desnutridos.

En este sentido, el lenguaje del cuidado infantil, tal como lo señala Vianna (2002), se constituye en un medio para la traducción de significados y categorías morales, sintetizados en términos como “responsabilidad”, “altruismo”, “irresponsabilidad”, “interés”, desde los cuales se establecen o refuerzan papeles y obligaciones parentales y familiares.

Reflexiones finales.

En consonancia con lo planteado por Vianna (op.cit.), puede afirmarse que la infancia es vista como un periodo crucial de gestación de patologías o de condiciones saludables, en el que confluyen las potencialidades biológicas del niño con los aspectos vinculados a la alimentación, los cuidados y la educación que recibe en su grupo de pertenencia. La concepción del niño como un ser maleable, vulnerable y dependiente de los adultos, constituye la base de la preocupación por establecer las pautas de un “cuidado adecuado”, consideradas necesarias para que el crecimiento y desarrollo se produzcan de acuerdo a lo esperado. Es en este punto donde las características familiares y, sobre todo, las actitudes y cuidados maternos, se tornan objeto de observación, evaluación e intervención por parte de los servicios de salud.

A partir de una concepción naturalizada de la infancia y del cuerpo infantil, basada en los procesos de crecimiento y desarrollo, los equipos de salud inscriben el cuidado infantil en un orden moral, desde el cual se establecen obligaciones y responsabilidades parentales y familiares. Sin embargo, el trabajo etnográfico realizado ha permitido ver que las percepciones e intervenciones sobre los niños y sus familias, más allá de sus lógicas generales, están lejos de ser homogéneas y unívocas. En efecto, resulta necesario subrayar que los sentidos y las acciones que los agentes de salud elaboran acerca del cuidado infantil presentan matices según las características e historias de los equipos de salud a los que pertenecen, las perspectivas ideológicas de sus integrantes y las relaciones construidas con las poblaciones usuarias. En otros términos, elementos como el lugar del agente de salud en la estructura jerárquica de la institución, su posición social más o menos cercana a la de los usuarios, la solidaridad de género, la empatía con ciertas madres, la

propia trayectoria familiar y social, relativizan o median la imposición simbólica de reglas y pautas pre-establecidas desde las políticas públicas.

Asimismo, cabe destacar el carácter activo de las mujeres madres y familias en la construcción de valoraciones, comparaciones, evaluaciones acerca del cuidado infantil y en la búsqueda de la mejor atención posible para la salud de sus niños, frente a los supuestos de descuido o de pasividad en la resolución de los problemas de la infancia que suelen ser enunciados desde el sentido común y en los discursos de algunos agentes de salud.

Así, de uno u otro modo, la complejidad y variedad de acciones y relaciones observadas en el trabajo de investigación pone de manifiesto el lugar crucial del cuidado infantil, no sólo entre quienes intervienen desde el sistema de salud, sino también para las familias de los niños.

Bibliografía

Barna, Agustín. 2014. "Clasificaciones y estimaciones en la gestión de la infancia "con derechos vulnerados". Prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal del conurbano bonaerense". *Antropolítica*, N° 36, Niterói.

Bonet, Octavio y N. Fazzioni. 2017. "Experiências etnográficas em serviços de saúde no Rio de Janeiro". Trabajo presentado en la XII Reunión de Antropología del Mercosur, Posadas.

Colangelo, María Adelaida. 2008. La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX. *Actas del IX Congreso Argentino de Antropología Social*, Posadas.

Colangelo, María Adelaida. 2012. *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

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.

Faur, Eleonor. 2014. *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Ferreira, Jacqueline y S. Fleischer (orgs.). 2014. *Etnografias em serviços de saúde*. Ed. Garamond, Río de Janeiro, Brasil.

Guber, Rosana. 2011. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.

Llobet, Valeria. 2011. "Entrevista a Valeria Llobet sobre primera infancia". *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, V. 9, N°2, Manizales.



- Nari, Marcela. 2004. *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, Biblos.
- Ortale, María Susana. 2002. *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata*. Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.
- Pautassi, Laura y C. Zibecchi (coords.). 2013. *Las fronteras del cuidado*. Buenos Aires, Biblos.
- Pozzio, María. 2007. "Etnografía de un recorrido: el término "madre" en la política de salud". Trabajo presentado en la VII Reuniao de Antropologia do Mercosul, Porto Alegre.
- Santillán, Laura. 2011. *Quiénes educan a los chicos: infancia, trayectorias educativas y desigualdad*. Buenos Aires, Biblos.
- Serre, Delphine. 1997. "L'Etat et les familles: les pratiques d'imposition symbolique des professionnel(le)s de la petite enfance". (Mimeo) Colloque Ciências Sociais, Estado e Sociedade. Rio de Janeiro, UFRJ.
- Vianna, Adriana de Rezende Barreto. 2002. *Limites de menoridade: tutela, família e autoridade em julgamento*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Museu Nacional, UFRJ.