



HS- *Horizontes Sociológicos*- AAS- Año 3.- Número 6.
Julio-Diciembre 2015.- Argentina.- ISSN: 2346-8645.- Pp. 54-72

APORTES DESDE LA ANTROPOLOGÍA DE LA NIÑEZ PARA PENSAR EL FLAGELO DE LA DESNUTRICIÓN.

PÍA LEAVY

Profesora en Ciencias Antropológicas
Doctoranda en Antropología Social (UBA)- Beca Tipo I CONICET
Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Correo electrónico: pialeavy@gmail.com

RESUMEN

Desde la perspectiva de la antropología de la niñez, este artículo explora las acciones de atención primaria de la salud para el tratamiento y la prevención de déficits nutricionales focalizados sobre la población indígena infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta. Los objetivos son describir las prácticas de atención sanitaria que se despliegan hacia la población infantil, indagar en la perspectiva de los agentes sanitarios sobre su labor y en la perspectiva de la población paciente infantil sobre la atención sanitaria. Se utilizaron técnicas cualitativas: observación participante en actividades laborales, domésticas y espacios de atención a la salud y entrevistas en profundidad y técnicas de documentación. Se encuentran sentidos antagónicos entre la perspectiva de los agentes de la salud y la población paciente en torno al problema de la desnutrición. Las acciones de atención primaria abordan la desnutrición como una enfermedad individual y opacan los aspectos culturales implicados en la alimentación. La perspectiva antropológica sugiere que aquellos enfoques de la desnutrición donde se enfatiza la etiología de la pobreza y las pautas inadecuadas de crianza, niegan los procesos sociales e históricos que conforman las condiciones de vulnerabilidad en que viven quienes poseen déficits nutricionales..

PALABRAS CLAVE:

Infancia | Pueblos Indígenas | Desnutrición | Antropología | Atención Primaria de la Salud

ABSTRACT

This paper describes an anthropological investigation which analyzes sanitary actions destined to native child population in the frame of childhood studies. Objectives: Describe primary health care (PHC) actions destined to child patients; inquire into sanitary agents perspective about their work and their patients; inquire into children view on PHC attention. Methodology: qualitative, participant observation (domestic and working activities, and healthcare centers), deep interviews and documentation techniques in rural regions in Oran department, Salta, Argentina. Results: There are antagonistic meanings between sanitary agents and patient`s views on nutritional deficits. PHC practices approach malnutrition as an individual disease and skip cultural aspects involved in alimentation and breeding. Anthropological perspective analyses how poverty and cultural otherness are used to explain undernourishment, overshadowing social and political process involved in the present vulnerable conditions of those who suffer nutritional deficits.

KEYWORDS:

Childhood | Indigenous people | Undernourishment | Anthropology | Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

El Desde fines de siglo XX, la salud indígena ha constituido una preocupación para distintas agencias estatales. El conocimiento de los críticos indicadores epidemiológicos de la población indígena, movilizó la implementación de una serie de programas de “salud intercultural”, financiados por organismos internacionales, que situaron el problema en el desentendimiento entre la cosmovisión indígena y los sistemas de salud oficial (Ramírez Hita, 2014). En Argentina, se incorporó el concepto de interculturalidad como estrategia para mejorar la atención primaria de la salud de las poblaciones indígenas. A diez años de la aplicación del enfoque intercultural, los pueblos indígenas continúan exponiendo críticos indicadores sanitarios, que exhiben la profunda desigualdad al interior de la sociedad nacional y abren una serie de disputas en torno a los modos de construir los datos epidemiológicos.

Los casos de desnutrición infantil permiten observar cómo lo indígena aún constituye una suerte de presencia no-visible latente en el imaginario nacional (Gordillo y Hirsch, 2010). La Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, ha ubicado a la Argentina entre los pocos países de Latinoamérica que ha “logrado erradicar el hambre” (FAO, 2014), señalando un 1,2 % de niños¹ con desnutrición grave y un 3,8% con desnutrición crónica². Sin embargo, en los departamentos de Rivadavia, Banda Norte y Santa Victoria Este de la provincia de Salta, se registró 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); mientras que en el Municipio Ruiz de Montoya (Misiones) se registraron 61,29% de niños entre 1 y 6 años con desnutrición crónica y 47,83% en menores de 1 año (Mampae y Van Velde, 2013). Este contraste estadístico tiene su corolario en la arena pública, cuando los casos de niños indígenas fallecidos por desnutrición aguda emergen como episodios extraordinarios que se explican por la diferencia étnica de los afectados (Clarín, 7/02/2015; *La Política online*, 4/02/11).

En este contexto, las infancias indígenas que habitan zonas como las señaladas, comienzan a ser destinatarias de acciones de emergencia de distintos programas de gobierno, que son implementadas usualmente por los agentes del Programa de Atención Primaria de la Salud. Entre tales acciones se encuentra el diseño de iniciativas específicas hacia el colectivo indígena, el envío de personal sanitario a las zonas de riesgo, junto con módulos alimentarios y donaciones suplementarias movilizadas por la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales. Dichas acciones, estatales y/o privadas, son relatadas como una “lucha contra el hambre”, mientras los niños indígenas emergen como víctimas inocentes del “flagelo de la desnutrición” (Muñoz, 2015) y la corrupción política (Iriaga, 2015). En este escenario, la infancia indígena asume el carácter de urgente de ser intervenida/ atendida y queda recortada de las condiciones históricas y sociales que posibilitan la emergencia de su crítica situación social.

En este artículo nos proponemos analizar los modos en que desde el Programa de Atención Primaria de la Salud, se demarca, clasifica y atiende a la *infancia urgente* en distintas zonas de emergencia³ de la provincia de Salta. El sentido de urgencia de dicha experiencia de infancia, remite al carácter disputado de los procesos de crianza en contextos de diversidad cultural. Enmarcados en la antropología de la niñez, nos proponemos analizar los sentidos que despierta la categoría de infancia, las técnicas y prácticas que se despliegan para su atención y conocer las perspectivas tanto de los agentes de salud como de los niños y niñas destinatarias de dichas acciones de gobierno.

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.- La desnutrición forma parte de los trastornos vinculados a la malnutrición. En términos generales se asocia a la desnutrición crónica un déficit en la calidad de los nutrientes de los alimentos que se ingieren y a la desnutrición grave como un déficit en la cantidad y calidad (O'Donnell, Carmuega, 1998). Los datos señalados pertenecen a la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS-2007).

3.- Se denomina zonas de emergencia a los departamentos donde se han relevado casos fatales de desnutrición, como el departamento de Santa Victoria Este, Rivadavia banda Norte y Banda Sur y Orán de la provincia de Salta (FE, 1/2015).

NO ADULTOS, NO BLANCOS, NO SANOS.

Las representaciones sobre la niñez integran procesos biológicos y culturales, constituyendo un nexo primario entre lo público y lo privado, creando espacios susceptibles de ser intervenidos por actores y saberes, como la familia, el estado y la medicina (Scheperd-Hughes y Sargent, 1998). Desde la perspectiva hegemónica⁴, la infancia remite a un período de transición, a una realización más futura que a una experiencia del presente. Esto supone un estado inicial de inmadurez, de maleabilidad y plasticidad, que hace posible la evolución hacia la etapa adulta mediante graduales cambios físicos y psíquicos condensados en los conceptos de crecimiento y desarrollo (Jenks, 1996). Dichas nociones constituyen “el núcleo definitorio de la condición infantil” (Colángelo, 2008, p. 3) que no sólo justifican un abordaje médico específico sino también la intervención de toda una serie de profesionales que dictaminan aquello que es esperable o no de una conducta infantil para la concreción de una vida socialmente aceptada. La necesidad de garantizar y guiar este tránsito ha dado lugar a teorías sobre los procesos sociales de crianza y educación, así como a la formulación de políticas públicas destinadas a la protección y la tutela de los niños en tanto “capital humano de la nación” (Colángelo, 2012).

Cabe destacar que en paralelo a la construcción hegemónica de infancia, se erige un determinado modelo de familia, que define roles y expectativas sociales para todos sus miembros (Jelín, 1998). Los hombres son los responsables de los insumos económicos que se consiguen afuera del hogar mientras las mujeres se encargan de las actividades domésticas “puertas adentro”. La edad constituye entonces un factor organizador, pues define a los ancianos como dependientes y a los niños como seres inherentemente frágiles y carentes de autonomía (Szulc, 2006). De este modo, las actividades humanas ligadas al cuidado infantil han estado históricamente relegadas al ámbito privado doméstico, en oposición al espacio público (Moore, 1988). Se entiende que el ámbito privado es el de los afectos y los sentimientos, que las madres protegen con el “poder del amor”, factor clave para el desarrollo del niño (Jelín, 1998). La moralidad que promueve este modelo de familia, denominado “nuclear” y/o patriarcal, postula que la maternidad es un “don natural” y que aquellas madres que no muestran dedicación a sus hijos son incapaces o indignas y sus comportamientos pueden ser calificados como patológicos y/o negligentes (Marcus, 2003). Asimismo, los niños y niñas que no cumplen con ciertos parámetros de dependencia del mundo adulto y reclusión al espacio doméstico, son categorizados como menores o “niños en peligro” y son más susceptibles de ser intervenidos por acciones de gobierno (García Méndez, 1993).

Diversos estudios etnográficos realizados con niños y niñas indígenas (Enriz, 2011; Hecht, 2004; Hecht y García Palacios, 2010; Szulc, 2006), plantean que dicha concepción sobre la niñez corresponde sólo a una versión entre las muchas que han construido las distintas sociedades, pues el ciclo vital ha sido organizado e interpretado de modos históricos y culturalmente variables. A pesar de estas reflexiones, la retórica universalizante de la infancia está fuertemente naturalizada y despierta significados variados. Gavarini (2001) sostiene que la infancia posee una potencia moral implacable, pues los niños constituyen una metáfora de la vida y de la valoración de la misma. Por su parte, la filósofa Berlant (1999) argumenta que en las sociedades occidentales, el único niño posible de ser pensado es el niño “que juega y está libre de sufrimientos y traumas [...]” pues los niños constituyen el fetiche⁵ de la ciudadanía” (Berlant, 1999, p. 52). Considerando los complejos procesos políticos entre pueblos indígenas y ciudadanía⁶, nos preguntamos entonces, ¿qué pasa con los niños indígenas en el

4.- Tomamos la noción de hegemonía elaborada por Laclau y Mouffe (1987), que la comprenden como el logro de un liderazgo intelectual, moral y político, a través de la expansión de un discurso que fija un significado parcial, constituyéndose como la universalización imperfecta de un particular. Involucra la expansión de un particular discurso de normas, valores, puntos de vista y percepciones, a través de descripciones persuasivas del mundo, que siempre están abiertas a la contestación y a la disputa de los signos ideológicos.

5.- La idea de fetichismo se utiliza desde el materialismo histórico para dar cuenta de las percepciones de los sujetos sobre el sistema capitalista. Siguiendo a Marx, Margulis (2009) señala que en el sistema capitalista lo que se produce es un ocultamiento de las relaciones sociales de producción, o en otras palabras, de las reales condiciones de producción de los objetos. Este proceso genera una pérdida de la mirada relacional, ya que se hace caso omiso de los procesos sociales que intervienen en la producción de los objetos.

6.- Varios autores analizan que la ideología aparentemente igualitaria de la ciudadanía, está basada en múltiples prácticas de exclusión, ya que al incorporarse algunos grupos con plenos derechos, la ciudadanía ha excluido a “otros grupos como las mujeres, los niños, las minorías étnicas o la clase obrera (Wallerstein 2003, Rosaldo, 1997)” (Gordillo, 2007, p. 172). En el caso argentino, al igual que en Europa y Norteamérica a mediados de siglo XIX, “el ciudadano ideal de fines de siglo XIX era blanco, hombre, alfabetizado y propietario” (Gordillo, 2007, p. 173). Los pueblos indígenas se

contexto argentino?, ¿son portadores del *fetiché de la ciudadanía*?, ¿son percibidos como el “capital humano de la nación”?, ¿cómo es significada su alteridad?, ¿cómo es priorizada su atención en la implementación de políticas públicas?

Las vidas de los niños indígenas de Argentina transcurren “en un complejo escenario en el cual se despliegan tensiones entre estados, empresas privadas, comunidades, organizaciones indígenas y otros actores sociales con intereses contrapuestos” (Szulc, 2014, p. 1). La provincia de Salta no es una excepción a esta tendencia, pues los pueblos indígenas que allí viven se ubican en una posición endeble frente al avance de la frontera cultivable, la explotación hidrocarburífera y la industria maderera (Lorenzetti, 2015). Salta se ha convertido en los últimos años en la provincia récord de desmontes ilegales, sin embargo, este panorama ambiental sólo es analizado por algunas organizaciones no gubernamentales y no es considerado en las notas periodísticas sobre los casos de desnutrición infantil⁷.

En este escenario, donde la mayoría de casos de déficits nutricionales corresponden a niños de la etnia guaraní y wichí, entran en tensión las necesidades psicológicas y morales de quienes son los actantes naturales encargados de su cuidado y su tutela: la familia y la “buena madre” (Llobet, 2006). La diversidad y la cultura “adquieren significados arbitrarios que operan en base a supuestos implícitos acerca de atributos que se consideran innatamente generales”, generando procesos de significación hegemónicos que biologizan aspectos culturales (Briones, 1998, p. 7). Así pues, la diversidad cultural es entendida como un conjunto de atributos que obstaculizan el acceso de los niños indígenas a pautas adecuadas de crianza (Colángelo, 2008). En estas matrices de significación hegemónica, emergen los “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2007), que atribuyen a la diversidad cultural el origen de las condiciones de vulnerabilidad: “las muertes de niños en el norte de nuestra provincia son un problema cultural, no sanitario ni social, porque los aborígenes no concurren al hospital” (*La política online*, 9/2/2011) o “son nómades y no pueden ser atendidos”; (*Clarín*, 7/02/2015). Observamos además que en estos marcos interpretativos, la cultura es comprendida como origen y causa a través de la cual se reproduce el padecimiento, por tanto se responsabiliza a la población paciente de aquello que sufre. Estos argumentos han sido criticados tanto por la comunidad académica como por organizaciones indígenas, sin embargo sus sentidos continúan vigentes en explicaciones que brindan distintos efectores de salud sobre la población paciente: “*es que no vienen nunca*”, “*son conflictivos*”, “*no hacen caso*”⁸.

Los niños indígenas parecen ocupar una posición paradójica en el contexto argentino. Si bien son 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. 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 cuando exigen los títulos de propiedad de tierras (Buliubasich y Rodríguez, 2011). Asimismo, en el plano sanitario, las problemáticas infantiles son visibilizadas en prensa nacional e internacional (Iriaga, 2015; Muñoz, 2015), mientras los recientes decretos de emergencia ambiental en el departamento de Orán por casos nativos de chikungunya y dengue, sólo han tenido visibilidad en los medios de comunicación provinciales (*El Tribuno*, 12/1/2015)⁹. Resulta también significativo, que la valoración de la infancia sirve también en instancias judiciales, donde en ocasiones apelar a la Convención de Derechos del Niño, resulta más eficaz que apelar a la Convención de Derechos Humanos (Szulc, 2014). Con estas breves observaciones, señalamos que en los

encontraron por fuera de la relación general de ciudadanía hasta mediados de siglo XX con la llegada de los gobiernos peronistas, que sólo encontraron su lugar dentro de la sociedad sobre la base de su condición general de trabajadores (Lenton, 2010; Iñigo Carreras, 2011).

7.- Entre 2008 y 2013 se desmontaron en Salta 358 723 hectáreas, de las cuales 112 000 estaban en zonas que debían protegerse según el ordenamiento territorial de la Ley de Bosques (Ley Nacional 26 331) (Revista Norte, 1/10/2014; ENDEPA, 2011).

8.- Frases encodilladas en cursiva pertenecen a notas de campo.

9.- Decreto de necesidad y urgencia de emergencia ambiental Resolución N° 10841/2015, por la creciente presencia del mosquito *Aedes Aegypti* transmisor de la enfermedad del dengue y la fiebre Chikungunya. Ver: <http://www.eltribuno.info/emergencia-ambiental-oran-el-dengue-n123901>. Acceso 12/2/2015

entramados de interpretación hegemónica, los niños pueden ser integrantes de la categoría de infancia en el contexto occidental, y por tanto constituirse como los más legítimos destinatarios de las políticas públicas (Llobet, 2006), o pueden ser “alterizados”, como sujetos “más diferentes que otros” debido a su diversidad cultural, que es interpretada como el atributo de su vulnerabilidad (Briones, 1998, p. 8).

Nuestra propuesta es entonces analizar la niñez indígena atendiendo a su carácter relacional, es decir, a los actores, saberes e instituciones que se involucran en la construcción de la misma. Así pues, enmarcados en estudios de la antropología de la niñez (Cohn, 2005; Szulc, 2006; Hecht, 2004; Colángelo, 2008) entendemos a los niños como actores sociales que participan activamente en su propia inserción en la vida social y en la producción de la cultura, construyendo sentidos y relaciones sociales a partir de su vivencia e interacción. El objetivo consiste entonces en explorar las acciones de emergencia que se despliegan hacia el colectivo infantil indígena e indagar en las perspectivas de dicha población paciente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS.

El abordaje antropológico se enmarca en una investigación doctoral¹⁰ desarrollada en el noroeste de la provincia de Salta, más específicamente en el departamento de Orán, ubicado en la cuenca del Alto Bermejo, al límite con Bolivia. Cabe destacar que la extensión de la frontera cultivable, el crecimiento de la industria hidrocarbúrica con los emprendimientos de exploración/explotación y el avance del sector maderero han implicado una reordenación en la movilidad y el control territorial de la zona (Lorenzetti, 2012 y 2015). El avance de la frontera cultivable, generó el cambio de la producción de hortalizas de primicia (que proveía de puestos de trabajo rural a los habitantes locales) por el paquete siembra soja transgénica en algunas fincas, generando movilizaciones de la población a los márgenes de la ruta o los cordones periurbanos de ciudades como Orán y Pichanal, junto con una pauperización de sus condiciones de vida.

Los datos analizados en este trabajo corresponden a la labor etnográfica realizada en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) N° 22 y 44¹¹. El 22 se ubica en los márgenes de una ruta provincial, que a su alrededor posee un asentamiento de 22 viviendas donde habitan familias ava-guaraníes, kollas y criollas. La principal ocupación laboral de los adultos contactados era el trabajo agrícola manual en las fincas de producción hortícola local. El CAPS N° 44 se ubica en un barrio periurbano de 400 viviendas donde habita una comunidad ava-guaraní. Dicha comunidad estaba asentada en un barrio periférico por donde pasaba el gasoducto norandino. Por la peligrosidad de la zona, diversas organizaciones indígenas se movilizaron por el derecho de una vivienda digna y lograron obtener un plan de viviendas. Dentro de la comunidad viven familias ava-guaraníes, kollas, wichís y criollas¹².

El acceso al campo se logró a través de los agentes sanitarios del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS), quienes al momento de las estadías de campo, reportaban niveles de 8-10% de su población infantil con desnutrición moderada en estos dos sectores de salud¹³.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la observación participante, las entrevistas abiertas y en profundidad y las técnicas de documentación (Valles, 2000). Se participó de distintas instancias que constituyen el proceso de control nutricional, tanto con médicos como con agentes sanitarios, además de otras situaciones

10.- Proyecto de investigación doctoral: Niñez, salud y desnutrición en el departamento de Orán, Salta. Un estudio desde la antropología de la niñez sobre las políticas públicas del Programa de Atención Primaria de la Salud. El trabajo de campo de este proyecto se inició en noviembre de 2010 y continúa vigente.

11.- Nombres ficticios.

12.- Es necesario considerar que el término *comunidad* no implica una homogeneidad étnica, sino más bien un mosaico de identidades de grupos humanos que comparten un espacio por cuestiones sociales e históricas (Cravino, 2008).

13.- El sector de salud es el área de responsabilidad de un agente sanitario, en el cual viven aproximadamente entre 100 y 120 familias. En un sector, donde vivían 101 familias (que formaba parte del CAPS 22), su agente sanitario reportaba que existían ocho niños, en siete familias distintas, que reportaban niveles de desnutrición crónica. Mientras que en otro sector de 120 familias (dentro del CAPS 44), su agente sanitaria explicaba que poseía trece niños con desnutrición crónica (Septiembre 2012/Marzo 2013).

—juegos de niños y niñas mientras sus madres hacen fila para recibir atención médica, visitas de madres a la feria de alimentos— que emergieron en la cotidianeidad de la permanencia en el campo. Los interlocutores adultos entrevistados fueron dos funcionarios estatales de la municipalidad (FE), dos agentes sanitarios (AG) de origen ava-guaraní, seis madres (M-tres de origen criollo, una kolla y dos ava-guaraníes) y dos médicos pediatras (MP) criollos. Considerando que la niñez es una construcción social y cultural, no se definió a priori las edades con los sujetos que participaron del campo de investigación. La permanencia en el campo y la utilización de diversos recursos comunicativos, como la construcción de mapas y dibujos sobre su barrio, fueron utilizados como actividades que llevan a explorar nuevos modos de comunicación con los niños, que constituyen activos constructores de sentido del mundo social (Clarck, 2011; Weller, 2012). La noción de “simetría ética” (Christensen y Prout, 2002) fue orientadora del proceder de la investigación con interlocutores infantiles, a quienes se garantiza el respeto del consentimiento de su participación y la preservación de su anonimato durante todo el proceso de investigación (Szulc, 2006).

LA FOCALIZACIÓN EN CIERTA(S) INFANCIA(S).

Los postulados de la Atención Primaria de la Salud (APS) son, principalmente, trabajar con las causas y no con las consecuencias de las enfermedades incluyendo como fundamentos contribuir al desarrollo local, la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, a través de la figura central del agente sanitario como promotor/a de actividades de promoción y prevención de la salud (Torres Aliaga y Torres Secchi, 2011). Organizados territorialmente, los agentes sanitarios gestionan las acciones de una multiplicidad de planes nacionales¹⁴ dirigidos desde el Ministerio de Salud de la Nación, como el Plan Nacer y el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil o el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (Ley 25 724) sujeto a la coordinación del Ministerio de Desarrollo y Acción Social. A su vez, cada provincia elabora distintas iniciativas según la variabilidad de contextos epidemiológicos, por lo cual, en la tarea de los agentes sanitarios del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) se articulan acciones de gobierno nacional, provincial y municipal.

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, 2007). A pesar de dichos objetivos, APS está destinada a la atención de los grupos sociales “menos favorecidos” entonces se piensa “como una forma de disminuir el gasto social en salud y al constituir el único servicio disponible para la población destinataria, resulta una atención más precaria que primaria” (Testa, 1983, p. 77). Así pues, sus acciones se comprenden bajo la lógica de los gobiernos neoliberales cuyas políticas se diseñan bajo el criterio de la selectividad de los beneficios y/o derechos sociales (Lorenzetti, 2010 y 2011). Aunque su definición ideológica promueve la “salud para todos”, las personas deben cumplir ciertas características para entrar al sistema de salud por la puerta de APS.

Los agentes sanitarios deben identificar y clasificar los problemas de salud sobre la base del análisis epidemiológico de la morbi-mortalidad y dar respuesta inmediata para su solución en el nivel de entrada o para su referencia a niveles de mayor complejidad. Así pues, una de las actividades claves de su trabajo es “salir a censar”, es decir, a contar y describir los sujetos que conforman su territorio a trabajar. La actividad del censo se realiza con los formularios del PROAPS, que sistematizan descripciones tanto del hogar como de las características de los integrantes de la familia. Las descripciones se fundamentan en paradigmas epidemiológicos, que apuntan a medir las condiciones de vida de los pacientes en términos de “exposición a riesgos a la salud”¹⁵.

14.- Sólo desde el Ministerio de Salud existen más de 15 planes y programas nacionales. El PROAPS gestiona planes nacionales que dependen de otros organismos del poder ejecutivo. Los detallados son los observados en el trabajo de campo, que gestionan recursos para la prevención y tratamiento de la desnutrición.

15.- Los factores de riesgo son: “Grupo integrado por menores de 6 años”; “Desempleo y/o ingreso económico inestable (trabajo irregular, jornalero)”; “Ausencia de Padre o Madre (Padre o Madre soltero/a- Viudo/a)”; “Carencia de Obra Social”; “Enfermedades crónicas en la familia”; “Enfermedades Sociales”; “Niños menores de 6 años con déficit nutricional”; “Embarazada”; “Tratamiento Inadecuado de Agua, Residuos”; “Analfabetismo de la persona a cargo de los menores”; “Mortalidad Infantil/ Materna”; “Recién nacido/Puérpura” (Formulario N°1).

Una vez que se marcan los riesgos¹⁶, éstos son sumados siguiendo puntajes y marcados en cada formulario. Las familias con puntajes más altos –las que acumulan más tipos de riesgos- serán aquellas donde los agentes focalizarán su atención. Observando la sistematización de riesgos, señalamos el rol preponderante de la variable etaria en la definición de los mismos, ya que la atención se focaliza en la población materno infantil y los menores de seis años. En distintas zonas operativas del departamento de Orán, las personas que habitan hogares donde no viven personas menores de seis años, suelen quejarse por la cuasi nula atención que reciben, aún perteneciendo a grupos étnicos que son objeto de políticas de salud intercultural: *“como tengo hijos grandes los agentes ya no nos visitan, sólo van a donde hay chiquitos”* (M, 19/3/2013).

La focalización sobre los menores está acompañada de sentidos particulares, que significan a los más pequeños como los más merecedores de dicha atención: *“Nuestra tarea son los niños, ellos son lo más importante que tenemos, son el futuro, si ellos están mal, el futuro está mal”* explica Mario (27-AG), mientras Sara (32-AG), concuerda y afirma *“yo me dedico a esto porque quiero construir un futuro mejor”* (EG-3/9/2012). Esta última agente, cuenta además que eligió su trabajo porque tuvo una hija que murió a los seis meses de vida y que según ella nunca estuvo bien atendida: *“a mí lo que más me gusta de este trabajo es atender niños, ahí es donde me gusta darle charlas a las mamis (madres), porque a veces no saben y además acá los chicos se crían solos, están todo el día solos y eso está mal, por eso nuestro trabajo es muy difícil, a veces la gente no está convencida, no escucha”*. Sara explica que en su sector de salud hay muchos hijos de bagalleros¹⁷ que dejan a sus hijos solos todo el día, entonces no es mucho lo que se puede hacer, *“con tanto abandono esos chicos están en peligro, por eso nuestra tarea es bien importante”*. Los agentes fundamentan la importancia de su trabajo en el futuro de la sociedad y advierten la dimensión prescriptiva y conflictiva de su labor. La misma no implica solamente realizar controles nutricionales o entregar medicamentos, sino predicar modos adecuados de crianza, que entran en tensión con las condiciones laborales de las madres a cargo del cuidado de los niños.

Otro de los factores de riesgo que define la focalización de la atención, es la existencia de “niños menores de seis años con déficit nutricional”. Dicho déficit se conoce a través del control nutricional que implica la medición de talla y peso de todos los menores de seis años de su sector de salud. Las guías utilizadas para el control se denominan NHS (National Health Service) y permiten medir los valores antropométricos en referencia con una población muestral que presenta una distribución normal¹⁸. Según esta técnica, los déficits en relación a la talla/edad son atribuidos a alteraciones acumulativas a largo plazo en la salud y la nutrición y su manifestación es denominada “desnutrición crónica”. La relación peso/talla es indicadora de emaciación o “desnutrición grave” en el caso de resultado inferior a un determinado umbral (Herkovits, 2007). Las tablas utilizadas en Argentina han sido validadas por un relevamiento de la Organización Mundial de la Salud en el año 2006, que determinó nuevos estándares: todos los niños en todo el mundo bajo condiciones óptimas de crecimiento en su primera infancia tienen el mismo potencial de crecimiento. Las diferencias observadas se deberán atribuir a la nutrición, el medio ambiente y el cuidado de la salud, más que a la genética o la etnia (Garza, 2006).

En los últimos años, la construcción de los datos de los controles nutricionales, junto con la tarea de los agentes sanitarios, se han ubicado en el foco de las disputas en torno a los casos fatales por déficits nutricionales. En Salta, las desviaciones del punto de corte de las tablas NHS se calificaban en grados de desnutrición leves, moderados y graves. Estos grados además definían los recursos alimentarios (leche fortificada y alimentos) a

16.- El riesgo constituye un dispositivo metodológico que permite elaborar mapas descriptivos de una situación sanitaria, enfocándose en las prácticas de la población paciente que contribuyan a la probabilidad positiva de contraer una enfermedad (Almeida Filho; Castiel; Ayres, 2009). Si bien dicho dispositivo es muy utilizado, no permite comprender el rol que dichos aspectos tienen en el mapa de significado de un grupo social (Suárez; Beltrán; Sánchez, 2006).

17.- Se denomina localmente bagalleo, al trabajo que consiste en transportar grandes cargamentos de mercaderías de Bolivia a Argentina, por caminos que evitan los controles aduaneros.

18.- 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 mediana. En términos poblacionales los indicadores conocidos para medir este riesgo se construyen a partir de la vinculación entre un valor de referencia con el que se compara 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).

recibir como destinatarios del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria¹⁹. En el año 2014, observamos en el campo que lo que antes se definía como desnutrición leve, pasó a definirse en los formularios de APS como “riesgo de bajo peso”. La desnutrición moderada y grave comenzó a considerarse, respectivamente, bajo peso (BP) y muy bajo peso (MBP). Por otro lado, observamos que a las acciones del PROAPS se sumó la implementación del Plan Alimentario Focalizado para Aborígenes, que desde el gobierno provincial instrumentó la entrega de módulos alimentarios a todas aquellas familias pertenecientes a etnias indígenas que tengan hijos menores de seis años²⁰.

Sin profundizar en el debate necesario que merecen estas modificaciones y las implicancias a nivel sanitario y político, nos interesa problematizar, que las acciones llamadas de prevención y promoción de la salud, se focalizan sobre los cuerpos que padecen algún tipo de déficit nutricional. En este punto, las acciones de asistencia alimentaria configuran una “política de reconocimiento del ser sufriente y del cuerpo enfermo” (Fassin, 2004, p. 310) que encuentra mercedores de la atención a los cuerpos infantiles una vez que se ha diagnosticado su déficit nutricional. Consideramos esta dinámica de la política pública como problemática, ya que sólo considera al cuerpo mercedor de la intervención cuando la realidad somática y clínica expone el sufrimiento de dicha persona (Fassin, 2004; Lorenzetti, 2013).

Por otro lado, cabe señalar los efectos de sentido en el pasaje de focalización sobre los grados de desnutrición 1, 2 y 3 al Plan Focalizado Aborigen, que entrega módulos alimentarios exclusivamente a quienes pertenecen a comunidades indígenas. En primer lugar, la desnutrición, como problema de salud, queda reducida a sus dimensiones biológicas y nutricionales, ya que la solución remite al plano somático: se entregan alimentos que equivalen a los nutrientes que necesita el paciente desnutrido para revertir su déficit (Aguirre, 2014). En segundo lugar, se torna necesario analizar la focalización en poblaciones indígenas, dentro de procesos más amplios de construcción de hegemonía cultural, que “generalizan supuestos acerca de qué debe considerarse semejante y qué diferente, así como qué ‘semejanzas’ y ‘diferencias’ son ‘naturales’ y ‘culturales’ y se comportan sociológicamente” (Briones, 1998, p. 6). En este movimiento de “alterizar” la población paciente y definir su atención alimentaria por la variable étnica, se reifica el binomio *indígena/desnutrido* y lo cultural emerge como un marco interpretativo hegemónico que permite explicar las condiciones de vulnerabilidad. Es importante entonces considerar las significaciones imperantes en estas matrices de sentido hegemónicas, donde las diferencias sociológicas, pasan a comprenderse como diferencias culturales. Así pues, las desigualdades de clase, la distribución de la tierra, la situación habitacional o el trato discriminatorio hacia la población indígena, no son cuestiones consideradas por la política pública, aunque estén implicadas en la existencia de la desnutrición (Patel, 2012).

CIRCUITO DE EVALUACIONES.

Las prácticas antropométricas determinan la variabilidad de problemas nutricionales que puede afrontar el crecimiento y desarrollo de los niños. Podemos decir que las mismas operan sobre su cuerpo transformando algunas de sus medidas (peso/talla) en un marco referencial sustentado en los criterios epistemológicos sobre los que se fundamenta el saber biomédico (Good, 1994). A través de la utilización de dichas técnicas, los cuerpos infantiles se representan en un sistema clasificatorio cuya principal finalidad es crear una distinción extensible e intersubjetiva de lo normal y lo patológico. Si bien la bibliografía sanitaria sostiene que los resultados de la evaluación antropométrica requiere en todos los casos de un diagnóstico clínico que se complemente con otros indicadores, la misma, siempre constituye la puerta de entrada del cuerpo infantil al sistema sanitario y su universo de significaciones, “el instrumento primario sobre el que se efectúa la evaluación de sus intervenciones (Carmuega y Durand, 2000)” (Herkovits, 2007, p. 195). Así pues, además del documento nacional de identidad, los niños pacientes de APS reciben al nacer un carnet de salud donde se describen las mediciones de los contro-

19.- Todos los pacientes del PROAPS reciben hasta el año de vida 2 kgs de leche fortificada por mes. En marzo de 2013, los que poseían niveles moderados o graves de desnutrición recibían 3 kgs de leche por mes hasta los dos años, mientras los que tenían desnutrición grave, 4 kgs por mes hasta los dos años.

20.- En Salta esta iniciativa se implementó desde el Ministerio de Derechos Humanos de la Provincia. Ver <http://derechoshumanos.salta.gov.ar/asistencia-critica/aipas.php>. Acceso, 12/2/2015.

les nutricionales todos los meses.

Debido a la emergencia de los casos fatales por desnutrición, la correcta medición de talla y peso, ha sido una de las mayores preocupaciones del cuerpo médico de los hospitales regionales. Si bien esta emergencia puede ser explicada por una multiplicidad de factores ambientales, desde los medios de comunicación, el eje del problema también se ha situado en las mediciones (Czubaj, 2015). Así pues, un jefe de pediatría explicaba su desconfianza hacia los resultados de las mediciones de los agentes: *“Yo veo que en invierno suben los pesos y en verano bajan, eso quiere decir que a veces los agentes están vaguitos (haraganes), no quieren sacarle la ropa a los bebés y entonces las mediciones dan mal y no planificamos acciones correctas”* (M-EP, 5/11/2012). De este modo, existe una sospecha hacia la veracidad de las mediciones que realizan los agentes sanitarios y por lo tanto hacia el diseño de las acciones que se realiza a través de ellas.

Por otro lado, los agentes sanitarios sospechan de la eficacia de las acciones que instrumentan. Entre las interpretaciones sobre el problema de la desnutrición que algunos de ellos realizan, se encuentra el uso incorrecto de los alimentos de los módulos por parte de la población paciente: *“Yo veo que se los llevan a la casa y que los reparten entre todos, no es que sólo come el desnutrido, entonces bueno, vamos a seguir dando comida a todos sin salvar a los que lo necesitan”* (AG, 6/3/2013). Se construye así un imaginario por parte de los agentes, donde la entrega de alimentos no resulta eficaz para el tratamiento de la desnutrición, por el comportamiento inadecuado de los adultos a cargo de la crianza de los niños afectados. Asimismo, hay una representación sobre estos niños, que “deben ser salvados” del modo en que son criados.

Luego de la visita domiciliar a la casa donde vivían dos moderaditos²¹ de origen wichí, una agente sanitaria ava-guaraní expresaba:

“Yo no sé si sirve lo que hacemos. No sé si sirven los bolsones, no sé si sirve dar comida. Yo sólo entro a las casas y veo ahí a los changuitos²² en el piso, comiendo cerca de los perros, como abandonados... ¿qué se puede hacer con eso? Dando así de comer hay desnutridos para rato, no sé si se puede hacer algo desde aquí, hay algo mal no sé de dónde, desde siempre, es muy difícil para nosotros tratar de cambiarlo” (AG-3/9/2012)

Este fragmento condensa sentidos recurrentes en las situaciones de campo. El problema de la desnutrición ha configurado un campo de sospecha entre los distintos sujetos que forman parte de las intervenciones: los médicos desconfían de la labor de los agentes sanitarios y estos últimos desconfían de la eficacia de la política que implementan por las características de quienes son los destinatarios. El énfasis en el *abandono* y la analogía con el comportamiento animal de la experiencia infantil indígena, señalan ciertas características de las pautas de crianza como responsables de la emergencia de déficits nutricionales. Pero también existen otras cuestiones, que remiten no sólo a la diversidad étnica, sino a las desigualdades de género y de clase, que no se adecuan a los modelos de maternidad, familia e infancia hegemónicas. Las largas jornadas laborales de las madres, fuera del hogar son significadas como prácticas inadecuadas de crianza, que afectan el correcto crecimiento y desarrollo de los más pequeños. Si bien hemos observado en el campo que las madres se organizan con otros adultos, como vecinos o familiares con los que conviven para organizar el cuidado de los más pequeños en su ausencia, estas prácticas son significadas como una negligencia en las tareas de cuidado y reproducción. Observamos entonces, cómo operan los mandatos hegemónicos en estos discursos, pues la responsabilidad del correcto crecimiento y desarrollo del niño, recae en la madre, desatendiendo el contexto social y laboral en que los pacientes se encuentran insertos. Por otro lado, no se hacen referencias a la responsabilidad paterna en la crianza de los hijos (Leavy, 2014b).

Pensando en el circuito de las evaluaciones y mediciones de peso, podemos argumentar que las culpa-

21.- Es el modo local de los agentes sanitarios de llamar a los niños con déficit nutricional moderado.

22.- Niños.

bilidades se enuncian en dirección descendente, es decir, quienes ocupan cargos de mayor poder, culpabilizan a los que están debajo de ellos por su mal desempeño. Los agentes sanitarios, que son el rango más bajo dentro del sistema de salud, responsabilizan al mal desempeño de sus pacientes por aquello que padecen, es decir, culpabilizan a quienes están a cargo de la crianza de los más pequeños. Ahora bien, ¿cómo perciben su atención aquellos que son priorizados en la atención?

PERSPECTIVAS INFANTILES SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Las visitas domiciliarias constituyen uno de los espacios de atención médica para quienes habitan sectores de salud a cargo del PROAPS. Los niños, que suelen estar fuera de las viviendas en estos contextos, cuando observan un agente sanitario, suelen ir corriendo al interior de sus hogares. No para recibir la atención médica, sino para “ocultarse” de los agentes, quienes de modo irónico, expresan enfáticamente *“traigo la vacuna”*. Los chistes y juegos en torno a las inmunizaciones son permanentes incluso cuando no hay agentes sanitarios. La *“vacuna”* representa una amenaza para niños y niñas que puede ser utilizado por adultos, tanto familiares como agentes estatales, en los vínculos inter-generacionales. Los adultos que viven con los niños, relatan que cuando estos se portan mal, suelen *“amenazarlos”* con que *“el agente vendrá a ponerles la vacuna”*.

Otra “amenaza” para niños y niñas es la visita al hospital. No sólo porque la visita al hospital recuerda algún malestar generado por una enfermedad, sino por otras cuestiones relatadas en entrevistas grupales:

“A mi sí que no me gusta ir al hospital, allí a mi mamá la retan siempre, está lleno de policías, no me gusta” (C - 8 años)

“Una vez tuvimos que ir porque mi hermanita estaba muy mal y le pusieron esa máscara²³ y ella lloraba y no se la sacaban” (J - 7 años)

“Es muy lejos, una vez nos tuvimos que quedar a dormir ahí no sabíamos cómo volver, está lleno de policía y te pueden tratar mal” (M - 9 años)

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 podemos observar otros elementos que constituyen el contexto en que se insertan las vidas de estos niños y niñas. Estas entrevistas pertenecen a interlocutores kollas, hijo.s e hijas de trabajadores bolivianos que migran al territorio argentino entre los meses de marzo y noviembre. Por más que legalmente (Ley de Migración 25 871) estas personas tienen derecho a recibir atención a la salud en el hospital público, varios adultos en el campo narraban historias sobre situaciones donde mujeres en situaciones de emergencia no fueron atendidas o reciben atención inadecuada por parte del sistema de salud (Leavy, 2014b). Por otro lado, todos los niños viven en sectores rurales, en zonas con deficiente acceso a vías de comunicación o transportes públicos. La movilización hasta el hospital, la falta de turnos y la desorientación experimentada en la zona urbana, son elementos que marcan negativamente la *“ida al hospital”*.

En este contexto, las instancias de control médico asociadas al tratamiento de los déficits nutricionales, no implican intervenciones “amenazantes” hacia el cuerpo de los niños, como puede ser una inmunización y son interpretados de diversos modos. En el siguiente fragmento de mis registros de campo, observaremos las intersecciones identitarias en que se dan las relaciones con agentes estatales.

Entrega de bolsones (módulos alimentarios). Camionetas del ministerio provincial. Hombres con remeras del Ministerio de Desarrollo y Acción Social de la Provincia, con listados y conversando con agentes sanitarios. Las madres van llegando de a poco con sus hijos y hacen una fila que tiene dos puntos de control: uno en la puerta de la sala de salud donde un hombre completa una lista luego de observar el carnet de salud correspondiente y otro control que

23.- La “máscara” es la que se utiliza para hacer nebulizaciones. El hospital regional posee una sala de libre acceso para las mismas.

consiste en que un hombre vuelve a mirar el control y entrega el bolsón que se encuentra en el acoplado de una camioneta.

Yo estoy acompañando a una madre que entrevisté. Tengo un cuaderno. Me siento en el piso, en una sombra recortada donde hay unos perros y un grupos de chicos -J(6años), C(8 años), V(6 años). Me piden un papel. Al rato empezamos a hacer dibujos en unas hojas. Llega una nena (S-5 años) se me acerca y me entrega su carnet rosa de salud. [me quedo extrañada, no comprendo por que me lo da]

P:- ¡Gracias! ¿Qué tengo que hacer?

S:- Para el control.

P:- ¿Qué control?

S:- ¿No sos la doctora?

P:- No, no, estoy acompañando 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.

F: 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 F gritando empiezan a correr y gritar con otros chicos. S se sienta al lado mío]

P:-Y ¿por qué gritan tanto ellos? [le digo a S]

S:- Porque están contentos, es lindo venir a buscar comida para la familia” (NdC, 19/3/2013).

En primer lugar, cabe destacar que sólo las madres pueden ir a retirar los módulos alimentarios, presentando el carnet sanitario de sus hija/os. Esto remite a la concepción de la infancia en que se sustentan las políticas públicas, en que la “buena madre” constituye la responsable principal de la crianza y la encargada “natural” del crecimiento del niño (Llobet, 2006). Los agentes masculinos, representantes del Ministerio de Desarrollo y Acción Social de la Provincia, son quienes entregan los bolsones, luego de controlar las curvas de crecimiento y así observar quiénes son legítimos destinatarios de los mismos. Las largas filas de mujeres a la espera de la mirada y el control de los “hombres de los bolsones”, construyen un escenario donde las desigualdades de género implican asimetrías de poder y las madres emergen como las responsables principales de una crianza inadecuada.

En segundo lugar, los modos de ser niño/a en este contexto, no se corresponden con el modelo hegemónico. En los sectores de salud 22 y 44, los niños y niñas permanecen la mayor parte del día fuera del espacio doméstico. Ellos se encuentran de a grupos o solos en las calles del barrio o en los márgenes de la ruta, en las puertas de los comercios o en los pequeños espacios de vegetación que existen cerca de sus viviendas. Por lo tanto, no están todo el día bajo la mirada de un adulto, ni su espacio se limita al ámbito privado. En este sentido, observamos a S de cinco años, que lleva a su hermana de tres con el carnet, asumiendo una autonomía que en otros contextos puede ser interpretada como un abandono. Así pues, quienes conversaban con la investigadora, 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 (Alvares, 2012). La práctica de compartir alimentos entre hermanos y familiares, es experimentada con agrado por los niños pacientes y guarda relación con la comensalidad ancestral de los pueblos indígenas (Carrasco Henríquez, 2004; Perusset y Rosso, 2009). Sin embargo algunos agentes sanitarios lo interpretan como una actitud negligente por parte de los responsables del cuidado y la crianza de los niños.

Encontramos entonces una serie de sentidos antagónicos (Herkovits, 2007), entre las interpretaciones sobre el problema de la desnutrición de quienes ejecutan las políticas y los destinatarios. Los módulos alimentarios pueden analizarse como uno de los múltiples “dispositivos de gobernancia, en el que debe incluirse tanto el padecimiento, como la resistencia o las variadas estrategias de ‘aprovechamiento’ de conjuntos y agrupamientos sociales y políticos” (Grimberg, 2009, p. 92). Esto significa, que el módulo alimentario no posee el mismo sig-

nificado para aquellos que diseñan la política pública, ni para aquellos que la ejecutan, ni para los destinatarios. Los agentes sanitarios significan el módulo como un medicamento para la desnutrición, porque la política pública concibe a la misma como una enfermedad. Ahora bien, observamos que el diagnóstico del déficit nutricional y su posterior tratamiento no implica un malestar ni una disrupción en la vida cotidiana, como sí implicaría una enfermedad (Good, 1994). En los déficits moderados, las madres y los niños advierten el diagnóstico no por sufrir un malestar, sino porque un médico o un agente sanitario se los comunica. Consideremos además, que los modos de medir los déficits se han modificado, por tanto, los diagnósticos han variado según la tendencia de la política pública. De este modo, los sujetos elaboran sus propios significados frente a las estrategias políticas gubernamentales. Todas estas cuestiones advierten que los tratamientos abordan únicamente el plano somático y clínico del sujeto, negando las demás dimensiones implicadas en el acto alimentario.

A partir de una investigación con población aymara, Suremain (2003) argumenta que la desnutrición no está vinculada sistemáticamente a la pobreza ni a la diferencia étnica de la situación de la madre, como usualmente se explica desde el campo sanitario, sino al “entorno alimentario” que implica la red de relaciones sociales que existe entre aquellos que se encargan de la crianza de los más pequeños. Estos análisis consideran la dimensión alimentaria de la desnutrición y por tanto las relaciones sociales implicadas en la misma (Aguirre, 2014; Patel, 2012). Sugerimos entonces, que en aquellas definiciones de la desnutrición donde se enfatiza la etiología de la pobreza y las pautas inadecuadas de crianza, lo cultural emerge como un marco interpretativo hegemónico desde donde se explican las condiciones de vulnerabilidad, quedando opacados los procesos sociales e históricos conformadores de dichas condiciones de vida.

REFLEXIONES FINALES.

En este trabajo hemos explorado ciertas acciones de asistencia sanitaria y alimentaria que se implementan para la prevención y tratamiento de déficits nutricionales de poblaciones infantiles indígenas. Nos interesa destacar que estas acciones se enmarcan en el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA). Dicho plan se fundamenta en la perspectiva de la seguridad alimentaria, que promueve el derecho de toda persona a poseer una alimentación nutricional y culturalmente adecuada. En este universo semántico, el problema de la desnutrición no sólo implica un déficit de calorías, sino como “una violación de un espectro más amplio de condiciones físicas, sociales y económicas” (Patel, 2012, p. 3). Sin embargo, cuando observamos las acciones directas que ciertos agentes estatales realizan dentro del PNSA, la desnutrición es entendida más como un problema individual, que se explica por los comportamientos de quienes la padecen. Las acciones analizadas no se basan en el reconocimiento de derechos sociales de las familias sino en la identificación y el reconocimiento de padecimientos sobre los que la política pública interviene puntualmente (Ierullo, 2010).

Por otro lado, Shore y Wright (1997) argumentan que las políticas públicas se utilizan para presentar de una manera particular la definición de un *problema* y su *solución*, como si ésta fuese la única posible, opacando y silenciando así otras formas de pensamiento y expresión. El *problema* de la desnutrición, se sustenta en la perspectiva biomédica, que le otorga un sentido de enfermedad y encuentra a la intervención médica su única solución posible. No negamos que la intervención sanitaria sea necesaria en el tratamiento de los déficits nutricionales, pero advertimos ciertas vinculaciones entre la mirada biomédica y la enunciación de “argumentos culturalistas” (Lorenzetti, 2007). Construcciones discursivas como “el flagelo de la desnutrición”, operan como metáforas de la enfermedad, que permiten “naturalizar lo social, volviendo obvio y dado aquello que es problemático” (Sontag, 2005). Remitir la desnutrición al plano biológico constituye una estrategia lingüística que esencializa dicha problemática circunscribiéndola a una población vulnerable, en este caso a las poblaciones indígenas. De modo que ante la emergencia de los déficits nutricionales, entran a disputarse los modos de crianza de los más afectados. Consideramos que la visibilidad mediática de los casos de muertes y déficits nutricionales se asocian al oportunismo político, las prioridades mediáticas y las sensibilidades de clase (Fonseca y Cardarello, 1999). Resulta problemático que los portavoces del “drama de la desnutrición” reemplacen las voces de quienes experimentan

los padecimientos y de las organizaciones indígenas. Profesionales del campo de la salud expresan que la intervención de equipos sanitarios son fundamentales, pero sólo constituyen una parte del problema (Carmuega y Durán, 2000). Así pues, los déficit nutricionales infantiles están en estrecha relación con la situación territorial que enfrentan los pueblos indígenas, signada por la deforestación, la tala indiscriminada, el avance de la frontera agropecuaria, la prospección petrolera, la expulsión de familias y comunidades hacia las ciudades, la contaminación de agua, la degradación de suelos (Mampaey y Van Velde, 2013; Buliubasich, 2012; Castillo, 2011; Lorenzetti 2015). En este sentido, consideramos que así como la desnutrición no puede abordarse escindida de los aspectos culturales involucrados en la alimentación, no podemos hablar de niños y niñas sin considerar el entramado de relaciones sociales del cual forman parte. Hablar del “sufrimiento de los niños” sin considerar las condiciones de vida de los adultos con quienes viven, elabora “mecanismos perversos que estigmatizan a los que padecen y ocultan el eje de las responsabilidades” (Buliubasich y Rodríguez, 2011).

El abordaje descontextualizado de la infancia se materializa en la focalización de las políticas públicas y en las imágenes de diversas ONGs que abordan la problemática indígena infantil (Szulc, *et.al*, 2014). Considerando que la infancia constituye “el lugar paradigmático de la movilización de sentimientos en los gobiernos neoliberales” (Berlant, 1999, p.50), sugerimos retomar los análisis de Fassin (2010) quien advierte que la introducción de sentimientos morales en la política tiene como contrapunto el retroceso de las preocupaciones a favor de la justicia social. El antropólogo sostiene que en las sociedades contemporáneas, se tiene compasión por el sufrimiento, se quiere ayudar a los pobres, pero a condición de no cuestionar el orden del mundo y las relaciones de poder. Las imágenes de niños y niñas desnutridos generan indignación social, se quiere que los mismos dejen de ser desnutridos, se les envía comida pero no se realizan acciones que reviertan su situación territorial ni que eviten los avances de los frentes productivos que ocupan sus tierras.

Estas cuestiones sobre el rol de la infancia en el contexto neoliberal, tienen relación con su status contradictorio al interior de las políticas públicas. En este sentido Llobet (2006), advierte el rol paradójico de los niños, son prioritarios y legítimos destinatarios de las políticas públicas, pero sus voces permanecen ausentes en el proceso de elaboración, ejecución y evaluación de las mismas. En este trabajo hemos incorporado las perspectivas de niños y niñas en el campo, porque desde los estudios de antropología de la infancia, coincidimos con Clarice Cohn (2005) en que “hacer antropología con niños es hacer antropología”. Los interlocutores infantiles en el campo de investigación abrieron vías de indagación sobre los conflictos de atención a la salud de la población migrante indígena kolla boliviana y el entramado de relaciones sociales en que se inscriben las vidas de sus familias. Asimismo, los diversos significados entre las interpretaciones de los agentes sanitarios y los niños pacientes sobre los tratamientos, abren un espacio para reflexionar sobre el concepto de salud y alimentación, así como también sobre el rol del Estado y las tensiones entre sus diversos agentes.

Por último consideramos necesario elaborar abordajes interdisciplinarios sobre la problemática, que se fundamenten en la reflexividad de las metodologías científicas. Si bien consideramos que los umbrales de normalidad/anormalidad antropométrica son arbitrarios, no negamos la crítica situación alimentaria de niños y niñas indígenas, ni la necesidad de acciones “urgentes”. Nuestra modesta intención es develar lo arbitrario de las decisiones que se toman en nombre de la lucha por la desnutrición y la necesidad de considerar que dichas acciones no pueden desatender a las relaciones sociales implicadas en la alimentación, la situación territorial de los pueblos indígenas, las desigualdades de género y de clase que operan en los contactos entre agentes estatales y destinatarios de las políticas públicas y a los conflictos inherentes a la atención a la salud de poblaciones indígenas y/o migrantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, P. (2014). La complejidad del evento alimentario. En: Piaggio, L. R. Y Solans, A. M (comps.) *Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud* (pp. 4-14.). Buenos Aires: Akadia.
- Almeida Filho, N.; Castiel, L. D.; Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico en Epidemiología. *Salud Colectiva*, 5 (3), 323-344.
- Alvares, M. (2012, julio). *Criança y comensalidade. A práticas alimentares y a construção da pessoa*. Congreso Internacional Americanista. Ponencia presentada en el Simposio 558, Children's food heritage, Anthropological 54, Viena, Austria.
- Briones, C. (1998). "(Meta)cultura del estado-nación y estado de la (meta)cultura: Repensando las identidades indígenas y antropológicas en tiempos de post-estatalidad". *Série Antropologia* 244. Departamento de Antropología, Universidade de Brasília.
- Buliubasich, C. (2013). La política indígena en Salta. Límites, contexto etnopolítico y luchas recientes. *RUNA*, XXXIV (1), 59-71.
- Buliubasich, C. y Rodríguez, H. (2011, 14 de mayo). Hambre, despojo territorial y desnutrición: Estigmatización de las Víctimas. *Nuevo Diario de Salta.*, pp. 22-29.
- Carmuega, E. y Durán, P. (2000). *Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Centro de Estudio sobre Nutrición Infantil.
- Carrasco Henríquez, N. (2004). *Antropología de los problemas alimentarios. Etnografía de la intervención alimentaria en la región de la Araucanía, Chile*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperada el 3/6/2015 en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372012000100003&script=sci_arttext
- Castillo, M. (2011). Brechas ODM en los Pueblos Originarios Salteños. Unidad de Coordinación de Políticas para la Inclusión Social, Gobierno de la Provincia de Salta, Salta (inédito).
- Centro de Acción Popular Olga Márquez de Aredez en defensa de los Derechos Humanos (CAPOMA). Expansión de los agronegocios en el Noroeste argentino Deforestación legalizada y resistencia de las comunidades. Buenos Aires, Julio 2009. Recuperado el 13/2/2015 de <http://www.chayar.com.ar/bajar/Informe%20Argonegocios%20en%20el%20NOA.pdf>.
- Christensen, P. y Prout, A. (2002). Working with Ethical Symmetry in Social Research with Children. *Childhood*, 9(4), 477-497.
- 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*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 20/6/2014 de <http://www.cippec.org/-/la-implementacion-del-plan-nacional-de-seguridad-alimentaria-en-ambitos-subnacionales>.
- Clarín Diario, "Admiten cuatro muertes por desnutrición en cinco meses", *Sociedad*, 4/02/2015. Recuperado el 13/2/2015 de http://www.clarin.com/sociedad/desnutricion-salta_0_1297670234.html.
- Clarín Diario*, "Urtubey: la desnutrición infantil en Salta existe y todavía nos sigue golpeando", *Sociedad*, 7/02/2015.

Recuperado 13/2/2015 de http://www.clarin.com/sociedad/desnutricion_Urtubey_Salta_0_1299470102.html.

Clark, A. (2011). Multimodal map making with young children: exploring ethnographic and participatory methods. *Qualitative Research*, (1)11, 299-311. Recuperado el 22/3/2013 de <http://qrj.sagepub.com/content/11/3/311>.

Cohn, C. (2005). *Antropología da criança*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Colángelo, A. (2012). *La crianza en disputa: Medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1980 y 1830*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Colangelo, A. (2008). "La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX". IX Congreso Argentino de Antropología Social, Posadas. [Actas en CD].

Cravino, M.C. (2008). *Los mil barrios (in)formales. Aportes para la construcción del hábitat popular del Área Metropolitana de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Czubaj, F. (2015). "No se publican en el país estadísticas oficiales de desnutrición". Sociedad, *La Nación*, 8/1/2015. Recuperado el 13/2/2015 de <http://www.lanacion.com.ar/1758342-no-se-publican-en-el-pais-estadisticas-oficiales-de-desnutricion>.

El Tribuno, "Emergencia Sanitaria y Ambiental en Orán por dengue". Sociedad, 12/1/2015. Recuperado 2/2/2015 de <http://www.eltribuno.info/emergencia-ambiental-oran-el-dengue-n123901>.

Equipo Nacional de Pastoral Aborigen (ENDEPA) (2011). *Advertencia sobre la Inejecución de las leyes nacionales N° 26160 y 26554*. Recuperado el 27/11/2014 de <http://redaf.org.ar/noticias/wp-content/uploads/2011/05/INFORME-LEY-26160.pdf>

Enriz, N. (2011). Un abordaje de la cotidianidad de los niños y niñas mbyá. En: Gabriela Novaro (ed.), *Educación y escolaridad en contextos interculturales: temas de investigación, políticas educativas y demandas sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y migrantes en Europa. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, 49-78.

Fassin, D. (2010). El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, 19, 191-204.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Fonseca, C. y Cardarello, A. (1999). Direitos dos mais e menos humanos. *Horizontes Antropológicos*, 5(10),104-112.

García Méndez, E. (1993). *Infancia y ciudadanía en América Latina*. Córdoba: Marcos Lerner.

Garza, C. (2006). New growth standards for the 21st century: a prescriptive approach. *Nutricional Review*, 64(2), 55-59.

Gavarini, L. (2011). L'enfant, symptôme de la difficulté d'être parent aujourd'hui?. En: D. Coum (ed.) *Que veut dire être parent aujourd'hui?* (pp. 95-108). Paris: Érès.

- Good, B. (1995). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Gordillo, G. y Hirsch, S. (2010). La presencia ausente: invisibilizaciones, políticas estatales y emergencias indígenas. En: Gordillo, G. Y Hirsch, S., *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en Argentina* (pp. 15-38). Buenos Aires: Crujía.
- Gordillo, G. (2007). *En el Gran Chaco. Antropologías e historias*. Prometeo: Buenos Aires.
- Grimberg, S.M. (2009). Poder, Políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre protesta y resistencia social en el área metropolitana de Buenos Aires. *Revista Sociología y Política*, Curitiba, 17 (32), 83-94.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina (INDEC) (2010). *Censo Nacional de Poblaciones, Hogares y Viviendas*. Recuperado el 22/4/2013 de <http://www.sig.indec.gov.ar/censo2010>.
- Hecht, A. C. (2004, julio). "Hacia una revisión de la categoría 'niño' y 'cultura wichí' a través de la escuela en el departamento Ramón Lista (Formosa)". VII Congreso Argentino de Antropología Social, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.
- Hecht, A. C. y García Palacios, M. (2010). Categorías étnicas en el entramado social. Un estudio con niños y niñas de un barrio indígena. *Revista Latinoamericana en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 8(2), 981-993.
- Ierullo, M. (2011). De bolsones alimentarios, comedores comunitarios y tarjetas para la compra de comida. Dilucidando los caminos de las políticas de asistencia alimentaria en la Argentina en el período 1984-2010. *Perspectivas de Políticas Públicas*, 4(2), 47-65.
- Iñigo Carrera, V. (2011). Estado y comunidades indígenas. Configuraciones de la relación de ciudadanía entre los Tobas de Formosa: lo universal y lo particular. *Andes*, 22(2), 22-32.
- Iriaga, J.I. (2015) "Niños indígenas, los santos inocentes de Argentina". Diario *El País* de España, Internacionales, 3/2/2015. Recuperado el 13/2/2015 de <http://www.elmundo.es/internacional/2015/02/03/54d11d3e268e3e24098b4578.html>.
- Jelin, E. (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: CEDES.
- Jenks, C. (1996). *Childhood*. London and New York: Routledge.
- 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.
- 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, 191-209. Recuperado en <http://www.scielo.org.ar/pdf/cas/n25/n25a10.pdf> el 1/6/2014.
- Laclau, E. y Mouffe, C. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI: Madrid.

La política online, "Según Urtubey, los indígenas desnutridos no van al hospital por una cuestión cultural", Sección Política, 9/2/2011. Recuperado 15/02/2015 de <http://www.lapoliticaonline.com/nota/50049/>.

Leavy, P. (2013, julio). "No se confíen en la madre". *Un análisis antropológico desde la perspectiva del cuidado sobre políticas sanitarias hacia la población materno infantil en el Chaco-Salteño*. X Reunión de Antropología del Mercosur. Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad de Córdoba, Argentina.

Leavy, P. (2014a, agosto). *La alteridad indígena en la implementación de acciones de asistencia alimentaria*. II Seminario de Infancia Crianca Indígena. Universidade Federal de Sao Carlos, Sao Carlos, Brasil.

Leavy, P. (2014b). La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil. *Século XXI*, 4(2), 217-241. Universidad Federal de Santa María. Recuperado el 3/2/2015 de <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/seculoxxi/article/view/17045/10329>.

Lenton, D. (2010). Política indigenista argentina. Una construcción inconclusa. *Anuário Antropológico 2009* (I). Tempo Brasileiro: Rio de Janeiro.

Llobet, V. (2006). Las políticas sociales para la infancia vulnerable. Algunas reflexiones desde la Psicología. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 4(1), 3-27.

Lorenzetti, M. (2007). "Del 'capital social' a la 'culturalización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". Ponencia presentada en 4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Publicación en CD. ISBN 978-950-29-1006-2.

Lorenzetti, M. (2010). "Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas". Tesis Doctoral, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención a la salud en el Chaco Salteño. *Revista Corpus*, Archivos virtuales, 1(2), 2-13. Recuperado el 16/4/2015 de <http://corpusarchivos.revues.org/1150>.

Lorenzetti, M. (2012). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del Departamento de San Martín (Salta). *Publicar*, 10(11), 65-85. Recuperado ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/download/1425/3004 el 3/2/2015.

Lorenzetti, M. (2013). El cuerpo como testimonio: construcciones de salud y transmisión de las memorias en las comunidades wichí de Tartagal (Salta, Argentina). *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 12, 5, 65-78. ISSN: 1852-8759. Recuperado el 2/3/2015 en <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/236/180>.

Lorenzetti, M. (2015). "Luchas de acento": salud-enfermedad-atención en las comunidades wichí de Tartagal (Salta, Argentina). En: Hirsch, S., Lorenzetti, M. y Salomón, O. D. (editores). *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina* (pp. 77-116). Iguazú: Instituto Nacional de Medicina Tropical, ISBN: 978-950-38-0204-5.

Maceira, D. (comp.) (2007). *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.

Mampaey, M.; Van Velde, E. (2013, noviembre). *Retardo de crecimiento o "stunted growth". Prevalencia y repercusión en la salud de niños Mbya Guaraní de las comunidades de Ruiz de Montoya, Misiones*. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación de Antropólogos de América Latina, Montevideo, Uruguay.

tada en las I Jornadas interdisciplinarias de Investigación en Salud y pueblos originarios. Instituto Nacional de Medicina Tropical, Iguazú, Misiones, Argentina.

Margulis, M. 2009. *Sociología de la cultura. Conceptos y problemas*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Muñoz, A. (2015). "La desnutrición infantil, el flagelo que no abandona la Argentina". Sociedad, *INFOBAE*, 31/1/2015. Recuperado 13/2/2015 el <http://www.infobae.com/2015/01/31/1623720-la-desnutricion-infantil-el-flagelo-que-no-abandona-la-argentina>.

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 en <http://biblioteca.cesni.org.ar/referencias/2dacd804a73d499417120000> en 5/2/2015.

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 el 3/2/2015 de <http://www.fao.org/argentina/noticias/detail-events/es/c/272944/>.

Patel, R. (2012). Soberanía alimentaria: poder, género y el derecho a la alimentación, *Public Library of Science Medicine*, 9(6), 1-4.

Perusset, M. y Rosso, C. N. (2009). Guerra, canibalismo y venganza: una aproximación a los casos mocoví y guaraní colonial. *Memoria Americana* 17/1, 61-81.

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria. *Ley 25724*. Recuperado el 20/6/2013 de http://www.sigen.gov.ar/red_federal/pdfs_red/PNSA_Ley25574.pdf.

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.

Revista Norte. Deforestación. Salta es el líder de las provincias de país, Política, 1/10/2014. Recuperado el 23/1/2015 de <http://www.treslineas.com.ar/deforestacion-salta-lider-entre-provincias-pais-n-1170681.html>.

Scheperd-Hughes, N. y Sargent, C. (1998): *Small Wars. The Cultural Politics of Childhood*. London: University of California Press.

Shore, C.; Wright, S. (Ed.) (1997). *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*. London; New York: Routledge.

Sontag, S. (2005). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. [2ª ed] Madrid: Punto de Lectura.

Suarez, R.; Beltrán, E. M.; Sánchez, T. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica; Consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda*, 3(3), 123-154.

Suremain, C. E. (2003). "El buen cuidado" Representaciones y prácticas del niño en Bolivia. En: Suremain, C.E; Lefevre, P; Celis, E., *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud el crecimiento y el desarrollo en Bolivia y Perú*. Lima: Plural Editores.

Szulc, A. (2006). Antropología y niñez: de la omisión a las 'culturas infantiles'. En: Wilde, G y P. Schamber (Eds) *Cultura, comunidades y procesos contemporáneos*. Buenos Aires: Editorial SB.

Szulc, A. (2014, agosto). *Niñez y derechos indígenas en Argentina*. Conferencia Inaugural del II Seminario de Infancia Criança Indígena. Universidad de Sao Carlos. Sao Paulo, Brasil (inédito).

Szulc, A; Colangelo, A., Shabel, P., Leavy, P., Hernandez, C., Enriz, N. (2014, julio). *Al rescate de la niñez indígena. Análisis antropológico de los derechos de la niñez y la adolescencia indígena de Unicef Argentina*". XI Congreso Argentino de Antropología Social. Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Testa, M. (1983). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud*. Recuperado el 13/2/2015 de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a5.pdf>.

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: Endepa.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Weller, S. (2012). Evolving creativity in qualitative longitudinal research with children and teenagers. *International Journal of Social Research Methodology*, 15(2), 119-133.