



Estudio etnográfico de las relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica durante las etapas pre y postnatal (Molinos, Salta, Argentina)¹

MARÍA GABRIELA MORGANTE

Universidad Nacional de La Plata-Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, LINEA, La Plata, Argentina
gamorgante@gmail.com

CAROLINA REMORINI

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET; Universidad Nacional de La Plata-Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, LINEA, La Plata, Argentina
carolina.remorini@gmail.com

Resumen. Se analizan las relaciones intergeneracionales en el cuidado de mujeres y niños durante embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta). Se trata de un estudio etnográfico y cualitativo enfocado en relatos de mujeres de diferentes generaciones que asumen principalmente responsabilidades y tareas de cuidado doméstico. Se comparan sus experiencias y vínculos domésticos y extradomésticos y se evalúa su adecuación al modelo de integración entre edades. Las diferencias generacionales en la participación de las mujeres mayores en el cuidado derivan de los cambios en la composición y localización de las unidades domésticas, relaciones conyugales, actividades de subsistencia y accesibilidad a instituciones de salud. No obstante las diferencias encontradas, las mujeres mayores proveen sostén y apoyo social en estas etapas y constituyen referentes para la toma de decisiones.

Palabras clave: relaciones intergeneracionales; relaciones humanas; salud materno-infantil; cuidado prenatal; atención médica; mujeres embarazadas; Argentina.

1 Los resultados presentados en este artículo derivan de investigaciones financiadas por la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Ethnographic study of intergenerational relationships involved in domestic health care during pregnancy and puerperium (Molinos, Salta, Argentina)

Abstract. In this paper we analyze intergenerational relationships in the care of women and children during pregnancy, childbirth, and puerperium in Molinos (Salta). Our study is ethnographic and qualitative, focusing on the stories of women from different generations who primarily assume responsibilities and tasks related to domestic care. We compare their domestic and extra-domestic relationships and experiences in order to assess whether they correspond to the age integration model. We find that generational differences in the extent to which older women participate in care arise from the changing composition and location of households, conjugal relationships, livelihood, and access to health institutions. But despite these generational differences, older women still provide care and social support during these life stages and become references for decision-making.

Keywords: Intergenerational relationships; interpersonal relationships; maternal and child health; prenatal care; medical care; pregnant women; Argentina.

Siglas usadas

Anses	Agencia Nacional de Seguridad Social
APS	Atención Primaria de Salud
AUH	Asignación Universal por Hijo
CONICET	Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
LINEA	Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada
UD	Unidad doméstica
UNLP	Universidad Nacional de La Plata

Introducción

En los últimos años, advertimos un creciente interés en las ciencias sociales por el rol que juegan las relaciones intergeneracionales y la integración entre edades en los procesos de desarrollo humano (Riley & Riley, 2000). Las modalidades y efectos de estas interacciones, especialmente en lo que concierne a las posibilidades de cooperación en actividades de subsistencia y cuidado de la salud, tienen diversas expresiones conforme al contexto sociocultural. La organización doméstica para el cuidado, sobre todo en la niñez y la vejez, forma parte de las actividades de reproducción social en tanto promueve el mantenimiento de la vida y la salud. A lo largo del desarrollo histórico de las sociedades, gran parte de estas actividades se han normalizado en ese ámbito y se han vinculado casi exclusivamente al rol de las mujeres. No obstante, en las últimas décadas dos procesos convergen en la revisión de esa configuración: el problema del envejecimiento poblacional y la emergencia de las perspectivas feministas.

El aumento de la longevidad como fenómeno emergente a nivel global conduce a la coexistencia y, frecuentemente, a la cohabitación de parejas con sus hijos, padres y abuelos (Chackiel, 2000). En muchas sociedades de América Latina y el Caribe –con alta incidencia de pobreza, desigualdad y, consecuentemente, baja cobertura y calidad de los sistemas de protección social–, el envejecimiento poblacional crea mayores responsabilidades entre las diferentes generaciones, lo que no resulta necesariamente en la emergencia de más y mejores relaciones solidarias entre ellas. Estas responsabilidades recaen especialmente en las mujeres, que deberán cuidar de los hijos, pero también de las personas de edad avanzada. En este sentido, Faur (2012) refiere a un «ideal de mujer-madre responsable principal del cuidado» que involucra al conjunto de mujeres adultas, que trabajan dentro o fuera del hogar, más allá de su pertenencia a distintas clases sociales. No obstante, esta autora señala que las diferencias de origen étnico-cultural y de estatus dentro de la familia suelen delinear perfiles diferenciales. Como sostiene C. Krekula (2007), desde una perspectiva de género se ha criticado la visión homogénea de una identidad femenina colectiva, enfatizando que las mujeres comparten experiencias por su condición, pero también por sus adscripciones de edad, etnia, clase u otros diacríticos.

A pesar de la multiplicidad de formas de organización doméstica documentadas etnográficamente, suelen ser las mujeres quienes en general asumen la toma de decisiones sobre la organización del cuidado cotidiano, más allá del rol variable del Estado, el mercado y las familias. La atribución de este rol, como pauta general y normativa, es revisada desde las investigaciones con perspectiva de género en tanto reduce, entre otras posibilidades, el

acceso igualitario al mercado del trabajo (Esquivel, 2012; Batthyány, 2011; Faur, 2012, Gherardi, Pautassi, & Zibecchi, 2012). La distribución de las actividades que brindan bienestar y protección demanda, según esta orientación, una adecuada redistribución de tales responsabilidades entre los distintos integrantes de la sociedad. Al respecto, C. Krekula (2007) llama la atención sobre el hecho de que la ausencia de intersecciones entre género y edad da como resultado la asunción de que las mujeres adultas jóvenes, en edad reproductiva, madres de niños pequeños y real o potencialmente incluidas en el mercado laboral, concentran las responsabilidades y tareas domésticas de cuidado. Asimismo, estas asunciones se basan en un modelo de unidad doméstica que la asimila a la familia nuclear. Tales asociaciones no tienen en cuenta los roles de cuidado desempeñados por otras mujeres que integran el grupo doméstico, como las mujeres sin hijos, las que no trabajan y aquellas que transitan la vejez y son madres de hijos adultos y abuelas. En este sentido, C. Krekula (2007) sostiene que especialmente las mujeres ancianas han sido invisibilizadas desde los enfoques de género como agentes clave del cuidado de otros (niños y/o adultos).

A partir del estudio etnográfico de unidades domésticas pertenecientes a comunidades rurales de los Valles Calchaquíes salteños, nos proponemos responder a una serie de interrogantes que surgen de la observación y descripción de contextos de interacción intergeneracional a propósito del cuidado de la salud. En este sentido, nos preguntamos: ¿De qué modo las rutinas cotidianas de cuidado se vinculan con diferente composición y organización de las unidades domésticas? ¿Cómo intervienen los vínculos parentales y no parentales en la organización doméstica del cuidado? ¿Quiénes son los cuidadores en estas unidades domésticas? ¿Qué incidencia tiene la integración de individuos pertenecientes a diferentes generaciones en las tareas de cuidado sobre la salud y bienestar de los integrantes de la unidad doméstica?

Con relación a ello, y en virtud de que son las mujeres en estas comunidades las que asumen mayormente las responsabilidades asociadas al cuidado del grupo doméstico, nos interesa, por un lado, caracterizar las instancias en las que las representantes de diferentes generaciones comparten, negocian y actualizan saberes y prácticas de cuidado y atención de la salud durante el embarazo, el parto y las etapas tempranas de desarrollo de los niños. Por otro lado, buscamos abordar las circunstancias en que estas interacciones trascienden la unidad doméstica, para recaer en relaciones de amistad y vecindad, así como en otras que suponen la interacción con agentes estatales. Finalmente, evaluamos si estas relaciones e interacciones responden a un modelo de integración entre edades y si ello tiene consecuencias positivas en el desarrollo y bienestar de niños, adultos y mayores.

Estos interrogantes emergen de investigaciones en curso en el departamento de Molinos orientadas al estudio etnográfico de las actividades de subsistencia a escala doméstica, específicamente prácticas de crianza y cuidado de la salud, atendiendo a la participación de individuos de diferente género y generación en ellas (Remorini, Morgante, & Palermo, 2010; Remorini & Palermo, 2012, 2015, 2016; Remorini, 2013). Si bien esta línea de investigación se ha consolidado en la última década, la misma se integra a proyectos de investigación de mayor alcance que desarrollan en la región investigadores del equipo al que pertenecemos desde hace más de cuatro décadas.

Breve caracterización de la población del departamento de Molinos

El departamento de Molinos (Salta, Argentina) se localiza en la porción meridional de los Valles Calchaquíes. Su población total es de 5.652 habitantes: 2.785 hombres y 2.867 mujeres, de las cuales 1.293 están en edad fértil. Se estima que unos 3.500 habitantes residen en las zonas rurales y que el índice de masculinidad es menor al 95%. Las altas tasas de natalidad explican un marcado índice de dependencia en la estructura por edades de la población (Instituto Nacional de Estadística y Censos, Indec, 2010; Dirección General de Estadísticas, 2014). La localidad cabecera del departamento es referida como «el pueblo», y las áreas rurales –Churkal, Aguadita, Tacuil, Amaicha, Colomé y Gualfín– son llamadas «fincas»². Con la designación «orillas», en cambio, se nombra a los espacios inmediatamente periféricos al trazado del pueblo. La fundación del pueblo data de mediados del siglo XVII y actualmente cuenta con 1.166 habitantes (planilla de Atención Primaria de Salud, APS, Hospital Fernández de Molinos, 2015).

Parte de la población se radica en el pueblo, donde hay presencia limitada de campos cultivables y para la cría de animales y donde se combina un modo de subsistencia tradicional con otro basado en ingresos provenientes de empleos formales e informales y de programas sociales. Otra parte de la población reside en las fincas practicando tareas agrícola-ganaderas. Los datos censales indican que la población de las fincas se ha reducido en los últimos años, principalmente por la emigración de los individuos más jóvenes³. No

2 Se denomina fincas a las propiedades privadas dedicadas a la producción agrícola-ganadera y artesanal que combinan sistemas tradicionales de utilización de mano de obra (arriendo, mediería y pastaje) con producción para la autosubsistencia. Recientemente, numerosas fincas con bodegas artesanales han sido adquiridas por industriales extranjeros y argentinos, registrándose un auge de la actividad vitivinícola y del turismo asociado a ella.

3 El avance de esta modalidad productiva conlleva una notable disminución de la población en las fincas y un cambio en las prácticas de subsistencia de las unidades domésticas, junto con la relocalización de la población en el pueblo u otros lugares de la región del noroeste argentino (Crivos, Martínez, Remorini, Teves, & Morgante, 2017).

obstante ello, estos dos modos de asentamiento no son excluyentes, ya que parte de los habitantes de Molinos poseen propiedades en el pueblo y en las fincas, lo cual les permite desarrollar un esquema de permanencia alternada entre estos enclaves, así como alojar transitoriamente a parientes y amigos que puedan seguir este patrón de desplazamientos. Por consiguiente, individuos o grupos domésticos completos se movilizan periódicamente entre distintos emplazamientos, dinámica que lleva a muchos de ellos, además, a permanecer temporalmente en la capital provincial.

Tradicionalmente, Molinos se caracterizó por la abundancia significativa de unidades domésticas matrifocales con generaciones alternas⁴ (Remorini *et al.*, 2010; Remorini & Morgante, 2016). Considerando la ausencia temporal o definitiva de jóvenes y adultos, esta resulta una forma de organización recurrente en la cual los más viejos se encargan parcial o completamente de la crianza de la generación de los nietos (Morgante & Martínez, 2013). La abundancia de esta clase de unidades domésticas se revela como un modo de organización sostenido a través del tiempo, aunque sujeto a procesos de cambio sucedidos recientemente. Todo ello resulta en una identificación variable entre individuos y unidades domésticas y en una composición inestable de tales unidades, que afecta directamente el modo en que las personas establecen redes de cooperación entre generaciones (ver la tabla 1).

Tabla 1
Características de las unidades domésticas según localización

Localización	Familias	Número promedio de hijos	Composición	Propiedad de la vivienda	Residencia
Pueblo	Nucleares o extendidas en sentido vertical	Cuatro	Composición variable temporal	Abuelos y/o hijos	Matrilocal o patrilocal
Fincas y orillas	Familias extensas en sentido vertical y horizontal	Siete a ocho	Convivencia de cuatro generaciones	Abuelos y bisabuelos	Matrilocal

Fuente: elaboración propia en base a encuestas y genealogías.

4 La conformación matrifocal monoparental puede responder a múltiples factores: migración asociada a la búsqueda de trabajo y educación, abandono del cónyuge, desconocimiento de la descendencia, o elección de no conformar una pareja estable. Más allá de la presencia del hombre como parte de la pareja, predominan las uniones libres por sobre aquellas formalizadas civil y/o religiosamente (Remorini & Morgante, 2016).

Estrategias teórico-metodológicas

Nuestro abordaje de las rutinas, tipos de vínculos y prácticas de cuidado, y su impacto en las relaciones generacionales, se desarrolla en el marco de unidades domésticas, considerando a estas como «unidad compleja que incluye un componente social –grupo de personas que comparten la residencia– y un componente espacial –el espacio físico que habitan–, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito» (Crivos & Martínez, 1996).

Esta noción delimita un espacio social y simbólico en el que se despliegan las interacciones entre las personas que lo integran. En tal sentido, debemos diferenciarla de la noción de «hogar», que refiere a la residencia, y de «familia», que atiende a las relaciones sanguíneas y de alianza. Además de considerar a las unidades domésticas en forma individual, reconocemos que la proximidad espacial entre ellas genera lazos que la trascienden y potencian ciertas condiciones para la cooperación. Esto ocurre especialmente en las fincas ante la ausencia de otras instituciones o servicios que en el pueblo se hallan más próximos (escuela, hospital y comercios, entre otros).

La información presentada resulta de una investigación cualitativa que utiliza complementariamente técnicas de observación –participante, sistemática y heurística– y entrevistas –abiertas, semiestructuradas y estructuradas–. Las formas de registro de la información incluyen audio, planillas de observación, genealogías, diario de campo, video y fotografías.

En este trabajo nos centramos en la información resultante de 28 entrevistas semiestructuradas realizadas a mujeres con edades entre 21 y 70 años cuidadoras de niños menores de 6 años (ver la tabla 2)⁵, correspondientes a 8 unidades domésticas del pueblo, 4 de las orillas (Santa Rosa y Entre Ríos) y 16 de las fincas. Esta selección se basó en los siguientes criterios⁶: a) presencia en la unidad doméstica de niños menores de 3 años; b) diversidad en la composición de la unidad doméstica en términos de género y edad; c) diversidad en la localización espacial dentro del departamento; y

5 Como se muestra en la tabla 2, a excepción de nueve entrevistadas (seis en Molinos y tres en las fincas), el resto de las mujeres con hijos pequeños no trabajan fuera del hogar y son beneficiarias de programas sociales. En 2009 se implementó en la Argentina la Asignación Universal por Hijo (AUH), a través de la Agencia Nacional de Seguridad Social (Anses). En 2016, este programa se extiende a mujeres embarazadas a partir del tercer mes y se denomina Asignación por Embarazo para la Protección Social. El plan exige controles sanitarios y plan vacunatorio obligatorio para niños de hasta 4 años. Entre los 5 y los 18 años, se debe acreditar la concurrencia de los menores a establecimientos públicos educativos. Las mujeres embarazadas deben realizar los controles prenatales establecidos en el Plan Nacer/Sumar.

6 Estos criterios han sido establecidos en investigaciones sobre crianza y cuidado de la salud en la primera infancia, de las cuales surgen los resultados aquí presentados.

d) diversidad en la dedicación de los miembros de la unidad doméstica a actividades de subsistencia. Si bien no se trata de una muestra representativa en términos estadísticos, reúne un conjunto de casos que dan cuenta de la variabilidad de modos de organización doméstica que introducen diferencias en las trayectorias de las cuidadoras y en sus prácticas de crianza y cuidado de la salud. Algunas informantes han sido entrevistadas en distintas oportunidades entre 2009 y 2016, lo que permite dar cuenta de variaciones en la residencia y actividades de los integrantes de las unidades domésticas. La ausencia de hombres adultos en las unidades domésticas durante parte del día y, consecuentemente, su escaso involucramiento en las tareas cotidianas de cuidado nos condujo a seleccionar deliberadamente a las mujeres como informantes.

Tabla 2
Características de las entrevistadas

Informante	Edad	Nivel de escolaridad alcanzado	Estado civil	Ocupación	Número de hijos	Año del primer parto
«Generación» A, 20 a 39 años						
TV	21 años	Primaria completa	Soltera	Ama de casa	3	2012
IL	25 años	Terciario incompleto	Soltera	Ama de casa	3	2012
YC	26 años	Secundario completo	Soltera	Empleada de comercio	1	2011
ELo	28 años	Secundario completo	Soltera	Ama de casa	2	2012
PC	30 años	Primaria completa	Soltera	Ama de casa	4	2002
CC	31 años	Secundario incompleto	En concubinato	Ama de casa	2	2007
IC	32 años	Secundario incompleto	En concubinato	Agente sanitario	2	2007
MaC	32 años	Secundario completo	En concubinato	Ama de casa, tareas agrícola-ganaderas	3	2005
NR	33 años	Primaria completa	Soltera	Ama de casa	4	2004
NG	34 años	Primaria completa	En concubinato	Auxiliar en escuela	3	2004
NM	35 años	Universitario incompleto	Soltera	Comerciante	1	2009
MV	36 años	Primaria completa	Soltera	Ama de casa, tareas agrícola-ganaderas	6	1996
GR	38 años	Secundario completo	Casada	Ama de casa	5	2000
NY	39 años	Secundario completo	En concubinato	Preceptora	6	1998

Relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica

«Generación» B, 40 a 59 años						
AM	40 años	Primaria completa	Casada	Ama de casa	5	2001
RCh	41 años	Primaria completa	En concubinato	Ama de casa	8	1994
EG	41 años	Secundario incompleto	en concubinato	Ama de casa, tareas agrícola-ganaderas	9	1991
PR	42 años	Sin datos	Casada	Ama de casa	7	1997
SG	42 años	Primaria completa	En concubinato	Comerciante	8	1992
SR	44 años	Primaria completa	Casada	Empleada de comercio	4	1994
CG	44 años	Primaria completa	Soltera	Ama de casa	7	1994
EL	45 años	Secundario incompleto	Casada	Ama de casa	7	1989
MT	46 años	Secundario completo	Casada	Ama de casa	2	1987
MC	52 años	Primaria completa	Casada	Ama de casa	11	1993
DF	53 años	Primaria completa	Casada	Empleada de comercio	11	1983
ACh	56 años	Primaria completa	Casada	Empleada en la finca	17	1983
«Generación» C, 60 y más años						
SC	63 años	Sin datos	Casada	Ama de casa	10	1971
FD	70 años	Ninguno	Casada	Ama de casa, tareas agrícola-ganaderas	11	1962

Fuente: elaboración propia en base a los relatos de 28 mujeres.

Las entrevistadas brindaron su consentimiento libre e informado, según lo establecido en la Ley 25.326 y los datos personales han sido protegidos mediante la utilización de los nombres abreviados con siglas.

Para los fines de este trabajo, clasificamos a las entrevistadas en tres segmentos etarios—que llamamos «generaciones»—, tomando en consideración su edad al presente (generación A, entre 20 y 39 años; generación B, entre 40 y 59; y generación C, 60 años y más). Las mujeres de los dos últimos segmentos suelen ser, a su vez, madres y abuelas. Con el propósito de llevar adelante el ejercicio comparativo, las consideraremos como representantes de tres generaciones sucesivas, aunque no necesariamente se comprueben relaciones parentales entre ellas. Dado que se trata de una población a pequeña escala, este artificio nos permite reconstruir aspectos comunes del escenario en el que las mujeres se iniciaron como madres en diferentes épocas, no obstante las singularidades de cada trayectoria vital (Remorini *et al.*, 2010; Jacob, Palermo, & Remorini, 2011; Remorini & Palermo, 2012).

El análisis cualitativo del material se realizó mediante el *software* NVivo 10 (QRS International ©), adecuado para organizar, codificar y vincular semánticamente información discursiva. Nuestro foco se centró en las perspectivas, experiencias y expectativas de mujeres cuidadoras, teniendo en cuenta las diferencias que introduce su condición etaria. La consideración de estas diferencias nos permitió, por un lado, delimitar escenarios y oportunidades para la interacción intergeneracional y los factores contextuales que los favorecen; por otro lado, nos llevó a identificar cambios y continuidades en las prácticas de cuidado de la salud, atendiendo a las transformaciones ocurridas en las últimas décadas.

Nos proponemos mostrar que las variables de género y generación deben ser consideradas conjuntamente para comprender los modos particulares de vinculación intergeneracional a escala de la unidad doméstica a propósito del cuidado de la salud y las prácticas de crianza. Esto no significa desconocer que tales prácticas se hallan influenciadas por otros referentes que trascienden las unidades domésticas y que incorporan, en forma cada vez más acentuada, las referencias de otros significativos, como diferentes instituciones formales e informales (Moncó, 2011; Flores Cisneros & Rodríguez Salauz, 2012). Estas referencias, junto con las familias y redes de parentesco y otros modos de relación diversa, articulan y dan forma a discursos y prácticas sobre cómo vivir las edades (Cerri & Sánchez Criado, 2014).

Cuidado, relaciones y solidaridades intergeneracionales en las comunidades de Molinos

En este artículo entendemos que el cuidado, en tanto actividad multidimensional y compleja, involucra aspectos instrumentales, como así también variables personales y emocionales entre quienes participan en él. La noción de cuidado refiere a todas aquellas acciones y relaciones orientadas a satisfacer requerimientos físicos, emocionales y sociales de los seres humanos. Incluye, asimismo, el marco normativo, económico y social dentro del cual tales actividades son desarrolladas por diversos actores. Suele asumirse que toda persona necesita y debe ser sujeto de cuidado, aunque algunas requieren de una atención mayor o especial por su condición de «dependientes» (Daly & Lewis, 2000; Gherardi *et al.*, 2012). En tal sentido, el cuidado implica el desarrollo de competencias sociales y afectivas intrínsecas a la condición humana y necesarias para la vida colectiva, que se verán favorecidas en aquellos contextos socioculturales donde se despliegue la solidaridad intra e intergeneracional. Investigaciones desarrolladas desde diferentes disciplinas

sostienen que los mecanismos de integración entre edades⁷ a nivel de los grupos domésticos tienen un impacto positivo en las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de niños, jóvenes y adultos mayores (Bowers & Myers, 1999; Howes & Spieker, 2008; Seara & Mace, 2008; Meehan & Hawks, 2014). De este modo, influyen en el desarrollo y prolongación de habilidades funcionales, autonomía e independencia, impactando en la calidad de vida de los diferentes grupos etarios (Santos de Santos, 2009).

Las dinámicas de composición y estabilidad en las unidades domésticas en Molinos originan que las acciones de cuidado se concentren en la figura de las mujeres adultas y viejas, pudiendo ser asistidas por otras más jóvenes. Estas interacciones suelen trascender el ámbito familiar, alcanzando a las relaciones de parentalidad putativa, amistad y/o vecindad. Si nos enfocamos en las prácticas de cuidado de la salud durante las etapas de embarazo, parto y puerperio, reconocemos que la interacción entre generaciones se manifiesta bajo el modo de solidaridades intergeneracionales que reemplazan los vacíos derivados de la poca o nula presencia de instituciones gubernamentales y no gubernamentales como dispositivos de protección y cohesión para el cuidado.

La atención de la salud en etapas de la vida donde se juega el bienestar de sujetos considerados «vulnerables» –mujeres gestantes y puérperas y niños pequeños– implica un conjunto de interacciones que favorecen el aprendizaje, intercambio y negociación en torno a saberes y prácticas preventivas y terapéuticas. Tal aprendizaje no ocurre de manera unidireccional: los mayores suelen ser poseedores de conocimientos que derivan de su condición etaria y, consecuentemente, de sus experiencias a lo largo del trayecto vital, mientras que los más jóvenes pueden ofrecer visiones alternativas a tales conocimientos que implican negociaciones para la toma de decisiones. Así, estos vínculos inciden en las resoluciones de los más jóvenes a partir de experiencias y saberes proyectados por sus mayores.

Atendiendo a lo antes expuesto, el cuidado de la salud se revela como un dominio de interés para el análisis etnográfico del papel de las relaciones intergeneracionales, especialmente de las formas en que las mamis (ancianas o «viejas») interactúan con otras mujeres y niños durante el embarazo, parto y puerperio. En base a nuestras investigaciones, asumimos que las mamis constituyen un recurso social para mujeres de generaciones más jóvenes

7 El concepto de «integración entre edades» refiere a la ausencia de barreras de edad estructurales y a las interacciones entre personas de diferentes edades (Riley & Riley, 2000; Uhlenberg, 2000). Una estructura «integrada por edad» es aquella que no usa la edad cronológica como criterio de ingreso, egreso o participación. Sin embargo, a la ausencia de barreras estructurales debe sumarse la consideración de la interacción entre personas de diferentes edades.

(madres), desempeñando tareas específicas que, en ocasiones, resultan indelegables en otras personas. La experiencia de estas mujeres constituye una fuente de hipótesis para la toma de decisiones sobre alternativas de tratamiento de la salud en un escenario actual de mayor disponibilidad de recursos, saberes y actores con diferentes niveles de legitimación.

El análisis de la narrativa requiere introducir algunas distinciones semánticas. El término «mami» o «mamita» designa a la mujer de la segunda generación ascendente, aunque puede también referir a la «mamita de antes» (de pocas generaciones hacia atrás), referenciando un estilo de vida diferente al de la propia prole. Esas mamitas pueden ser las personas que asumen el rol de cuidadoras en ausencia de la madre biológica (Morgante & Martínez, 2011). Asimismo, en el contexto de las conversaciones cotidianas, puede aludir genéricamente a las abuelas, hayan sido o no responsables exclusivas de la crianza de quien habla. La designación «abuelita», por su parte, constituye una categoría amplia que contempla a las personas que van más allá de la segunda generación ascendente. De acuerdo al contexto discursivo, se torna en una categoría genérica, es decir, alude a las personas que no tienen vínculo parental; también podrá referirse como «abuelo» a alguna persona que guarde dos generaciones de diferencia con ego y que se incorpore o haya permanecido incorporada a la unidad doméstica (Morgante & Martínez, 2011).

En la actualidad, las prácticas de la «medicina tradicional» ejercida fundamentalmente por las «mediquitas» o «médicas campesinas» y mami coexisten con una mayor oferta de servicios y programas estatales de salud y seguridad social⁸, especialmente en el pueblo, dada la presencia del hospital, que extiende su influencia hasta el «alto», a través de los puestos sanitarios y las visitas semanales de sus profesionales. Lejos de constituirse en estrategias contrapuestas para la búsqueda de la salud, en muchas ocasiones estas prácticas, servicios y programas se complementan y conjugan en una misma lógica de resolución de problemas.

8 Molinos pertenece al Área Operativa XXVI, que está conformada por el Hospital Abraham Fernández localizado en el pueblo y seis puestos sanitarios en las fincas. El hospital cuenta con tres profesionales médicos, dos odontólogos, un bioquímico y personal paramédico. Además de atender patologías de primer nivel de complejidad y partos, recibe pacientes provenientes de las fincas y deriva los cuadros más severos a centros de mayor complejidad. Por su parte, los puestos sanitarios cuentan con un enfermero y/o un agente sanitario.

Madres y mamis: sus roles en el cuidado durante embarazo, parto y puerperio

En esta sección, presentamos y analizamos un conjunto de referencias que surgen de los relatos de las entrevistadas y dan cuenta de sus experiencias según su agrupación en tres segmentos generacionales. Nuestro análisis de las referencias discursivas de las mujeres de estas tres «generaciones» se focaliza en el rol de las mamis en el cuidado y atención de la madre y el bebé en la etapa pre y postnatal a través del tiempo asociado a cambios en las expectativas y experiencias en torno a la atención de la salud y la disponibilidad y acceso efectivo a servicios biomédicos.

En su mayoría, las entrevistadas han transitado por experiencias de maternidad y «abuelidad» a temprana edad, ya que en esta región —y a pesar de los esfuerzos de las instituciones de salud y educación local por revertir la tendencia—, las mujeres acostumbran tener su primer hijo a la edad de 16 a 20 años en promedio. Esto, sumado a la alta fecundidad y a la composición de las unidades domésticas, da como resultado una alta presencia de niños de diferentes edades que favorece que las niñas asuman tareas de cuidado de otros niños (hermanos, sobrinos u otros). Estas tareas pueden combinarse con la atención de sujetos mayores, en caso de que la composición de las unidades domésticas los incluya. Según la edad, residencia, roles y actividades domésticas y extradomésticas, la participación de las mujeres puede variar en cuanto a su mayor o menor involucramiento en el cuidado. Es decir, algunas solo asisten a otras en circunstancias puntuales, mientras que hay mujeres que asumen de manera sostenida la responsabilidad por el cuidado.

En sus relatos, las mujeres mayores analizadas (generaciones B y C, ver más adelante) minimizan o niegan la participación masculina en el cuidado durante estas etapas. En muchos casos, han transitado algunos de sus embarazos sin la compañía de sus parejas, lo que se atribuye a la «juventud» o «inexperiencia» de los hombres, al desconocimiento de la paternidad del niño o a otras circunstancias. Las mujeres hacen hincapié en el sostén y asistencia provisto por sus pares. En este sentido, se enfatiza la carga de responsabilidad femenina en el cuidado de los integrantes de la unidad doméstica (Remorini *et al.*, 2010). La aludida incompetencia masculina para enfrentar la responsabilidad de cuidado de los niños se plantea también a propósito de circunstancias en las cuales la madre, o cualquier mujer que pueda asumir ese rol, esté ausente. Ello puede suceder por el fallecimiento de la mujer durante el parto o puerperio, lo que conlleva consecuencias directas en la posibilidad de cuidado y sobrevivencia del recién nacido. La mujer que fallece en el parto deja al bebé en condiciones de vulnerabilidad, ya que se considera que los hombres no tienen las habilidades necesarias para su cuidado.

[Mi hermana] cuando ha tenido el bebé se ha recaído, se ha recaído, se ha enfermado después de tener el bebé... El bebé también ha fallecido, era chiquito [prematuro] (FD, 70 años, Gualfin).

En Molinos, al igual que en el resto del país, las mujeres gestantes y puérperas se han convertido, de manera creciente, en un foco de interés de instituciones y profesionales de salud pública, que buscan, mediante diferentes estrategias, monitorear y normalizar sus trayectorias de salud. Como hemos señalado en otro lugar (Remorini & Palermo, 2015), el alcance de los programas de atención primaria de la salud ha generado cambios en las expectativas y experiencias cotidianas de cuidado, que se articulan con los discursos profesionales e institucionales, pero también los confrontan.

Si bien actualmente las mujeres tienen acceso a la atención médica durante el embarazo y puerperio de manera sistemática, esta situación era poco frecuente en el caso de mujeres que actualmente tienen más de 40 años. Ellas no solo carecieron de este control, sino que, además, tuvieron sus partos en sus casas con la ayuda de mujeres más experimentadas, fueran estas familiares, vecinas o mediquitas (Remorini *et al.*, 2010). En este sentido, la expresión «Es que antes no sabía haber doctor» da cuenta de la no disponibilidad de recursos biomédicos de manera estable durante la etapa perinatal (Remorini & Palermo, 2012).

Entre los testimonios recogidos, algunas mujeres señalan:

Así dice la mamá, cuenta, en esa época que era difícil [llegar al hospital], a veces moría también la que daba a luz [...]. Hay chicas de mi edad que habían quedado así, sin mamá, porque dice que se desangraban y ya morían [...] mismo en el parto o a veces lo sacaban de la finca, pero en un tractor, los tractores lerdos, ¿ha visto? (SR, 44 años, Molinos).

Comparando los testimonios, los relatos de las mayores de 60 años aluden a un tiempo donde la atención biomédica no era común y los médicos y médicas campesinos junto con las mamis eran responsables de la atención durante embarazo, parto y puerperio, así como de la protección de las mujeres y las «guaguas» (bebés), percibidos ambos como vulnerables. La consideración de los «peligros» que rodean al parto y al puerperio, especialmente para las madres, ocupa un lugar central en los relatos de las entrevistadas mayores de 40 años y se considera que estos peligros deben contrarrestarse con acciones llevadas a cabo por mujeres ancianas consideradas «baqueanas» y «corajudas». Al respecto, la mayoría de esas mujeres crecieron en un contexto donde las enfermedades y la muerte de adultos y niños eran hechos frecuentes de la vida cotidiana (Remorini *et al.*, 2010).

En contraste con «el tiempo de las mamis», las estrategias de atención primaria constituyen actualmente el eje de las intervenciones, cuyo objetivo principal es la ampliación de la cobertura mediante visitas semanales a las unidades domésticas y a los puestos sanitarios. Estas visitas incluyen acciones de prevención y promoción de la salud, control del estado nutricional de embarazadas y niños, detección oportuna de patologías y captación temprana de embarazadas. Según datos del hospital de Molinos, todas las mujeres embarazadas en 2015 recibieron al menos cuatro controles prenatales. En lo que concierne a la atención del parto, la mayoría de las guaguas nacen actualmente en hospitales, siendo los nacimientos domiciliarios más frecuentes en las fincas alejadas del pueblo. Una experiencia repetida es la internación en el hospital local de las mujeres que viven en las fincas desde la semana 36 de gestación para evitar la ocurrencia de partos domiciliarios y/o traslados de emergencia; esto se suma al requisito de dar a luz en una maternidad segura como objetivo de política pública provincial. Asimismo, las mujeres destacan la confianza que ofrecen los partos en hospitales de zonas urbanas, a pesar de las dificultades que tienen algunas para afrontar los gastos derivados de las estadías en la ciudad si no cuentan con ayuda de otros familiares a través de cuidado, dinero y/o alojamiento (Remorini, 2013). No obstante las mejoras en los servicios biomédicos, aún continúa siendo problemática la resolución de complicaciones durante el parto, así como la atención de cesáreas, dada la ausencia de personal especializado en el hospital local, lo que requiere de derivaciones a centros de salud de mayor complejidad.

Las trayectorias actuales de atención perinatal ponen de relieve la lógica biomédica de la reducción de riesgos: lo que décadas atrás era un espacio monopolizado por la atención y los cuidados de una mujer mayor –fuera o no curadora tradicional– y la familia en general, hoy es una sucesión de hechos planificados en función de evitar los riesgos intrínsecos al embarazo y a un parto domiciliario sin intervención profesional (Drovetta, 2009, 2014). Esta intervención, al tiempo que ha favorecido la «medicalización» de la trayectoria reproductiva, ha contribuido a la reducción de tasas críticas de morbilidad materna e infantil en poblaciones rurales del noroeste argentino (Longhi, 2010; Drovetta, 2014; Hirsch, 2015).

En cuanto a la atención de las enfermedades de madres e hijos, la mayoría de entrevistadas recurre en primera instancia al hospital. No obstante, una parte de ellas continúan atendiéndose en el ámbito doméstico. El recurso al saber de las madres, abuelas, mediquitas o mediquitos se justifica sobre todo cuando los niños padecen dolencias que no son identificadas ni tratadas por

la biomedicina (susto, recaída, falseado, desarreglo, empacho) (Remorini, 2013; Remorini & Palermo, 2016).

En síntesis, los relatos evidencian tanto aspectos del modo de vida actual en los valles calchaquíes que representan continuidades, como otros que configuran «novedades» y que conllevan nuevas experiencias para las mujeres de cada generación, a la vez que depositan en los miembros de la unidad doméstica y en los agentes de la salud pública expectativas diferentes en torno al cuidado. Algunos de estos cambios y continuidades pueden sintetizarse del modo mostrado en la tabla 3.

Tabla 3
Comparación de las experiencias prenatales y postnatales de mujeres de diferentes edades

Experiencia	Generación		
	A (20-39 años)	B (40-59 años)	C (60 años y más)
Embarazo		Asociación embarazo-enfermedad.	Asociación embarazo-enfermedad.
	Escasa injerencia de las mamis en relación a nuevos actores del sistema de salud.	Injerencia de las mamis: restricciones en la dieta y actividades debido a la condición de vulnerabilidad de la mujer.	Continuidad de las tareas cotidianas hasta momentos previos al parto.
	Mayor acceso a tecnología biomédica para diagnóstico, pronóstico y control del desarrollo del niño.	Mayor incidencia de consejos y prácticas biomédicas.	Ausencia de tecnología biomédica para diagnóstico y pronóstico del desarrollo del niño.
	Relevancia del periodo gestacional en términos de la salud ulterior del niño.	Se evidencian tensiones entre consejos y prácticas biomédicas y de las mamis.	Escaso valor dado al periodo gestacional en términos de la salud ulterior del niño.
	Continuidad de prácticas tradicionales frente a problemas específicos o no resueltos por la biomedicina.	Vigencia de prácticas tradicionales preventivas de riesgos en el parto («manteadas» ⁽¹⁾).	Vigencia de prácticas tradicionales preventivas de riesgos en el parto («manteadas»).
	Mayor valoración de la propia experiencia.		Eficacia de consejos y prácticas fundada en las experiencias de las mujeres mayores.

Parto	Atención en ámbito institucional de manera obligatoria.	Atención en ámbito institucional de manera frecuente.	Acceso nulo o restringido a servicios de salud para la atención del parto.
	Evitación de partos domiciliarios. Mayor acceso a tecnología y transporte para facilitar acceso a instituciones	Incremento progresivo en el acceso a tecnología y transporte para facilitar acceso a instituciones.	Escaso o nulo acceso a tecnología y transporte para facilitar acceso a instituciones.
	Mamís: Ninguna injerencia directa en la atención del parto, a excepción de emergencias. Acompañamiento de la madre durante la internación y/o derivación. Cuidado de los otros niños de la unidad doméstica.	Mamís: Atención del parto de manera frecuente debido al acceso no regular a servicios de salud. Preparación de recursos medicinales para el tratamiento de dolores y complicaciones en la salud de la mujer. Cuidado de los otros niños de la unidad doméstica.	Mamís: Atención del parto de manera frecuente debido al acceso nulo o restringido a servicios de salud. Preparación de recursos medicinales para el tratamiento de dolores y complicaciones en la salud de la mujer. Cuidado de los otros niños de la unidad doméstica.
Puerperio	No requiere de cuidados específicos: recuperación rápida, incorporación a las tareas cotidianas.	Cuidados específicos a cargo de las mamís en prevención de «recaída» y «matriz». Reclusión.	Cuidados específicos a cargo de las mamís en prevención de «recaída» y «matriz». Reclusión.
	Los consejos de las mamís en este periodo no se respetan como antaño.	Colaboración activa de las mamís en las tareas cotidianas.	Colaboración activa de las mamís en las tareas cotidianas.
	Controles de salud «obligatorios» y programados: visitas domiciliarias; énfasis en monitoreo del recién nacido.	No se realizan controles de salud en instituciones biomédicas de forma programada.	No se realizan controles de salud en instituciones biomédicas de forma programada.

Nota: ⁽¹⁾ La manteda consiste en colocar a la mujer en decúbito supino sobre una manta o poncho en el suelo y en que dos personas, tomando cada una dos de sus extremos, la levanten alternativamente para producir en la mujer movimientos de semirrodillo, hacia uno y otro lado para así «acomodar» el feto en el canal de parto y evitar complicaciones (Massaccesi & Massaccesi, 2008).

Fuente: elaboración propia en base a 28 entrevistas.

Embarazo

Los cambios en la consideración del embarazo en términos de enfermedad (generaciones B y C) se asocian con una caracterización del mismo como proceso gestacional saludable, en la medida en que se ajusta a los controles

tanto de la madre como del niño (generación A). Ello da cuenta de la mayor intervención biomédica en esta etapa. Asimismo, ellos conducen al reemplazo paulatino de saberes y prácticas de las mayores, tanto en el cuidado de la madre y el niño como en la prevención de riesgos, por aquellos provenientes de agentes de salud y/o de la experiencia previa (en el caso de madres que han transitado anteriores embarazos). Para las más jóvenes, el embarazo es un proceso acompañado de eventos en su mayoría previsible, en tanto que para las generaciones B y C se caracteriza como una etapa más incierta en términos de su comienzo y final, atravesada por sucesos asociados a la enfermedad. En estas generaciones, el énfasis se coloca en la continuidad en el desempeño de las actividades habituales hasta avanzado el embarazo, excepto cuando estas redundan en un daño para la mujer o el niño, como en los casos de «mala fuerza»⁹. La mayor injerencia de los consejos biomédicos se debe a la ampliación de las estrategias de APS junto a la creciente instalación de las mujeres jóvenes en el pueblo, lo que favorece el acceso al hospital y, eventualmente, la elección o derivación a otros lugares de mayor complejidad, que incluyen la ciudad de Salta.

Mi mamá siempre está recomendando [...] que no tenemos que levantar tachos pesados, que por ahí haces una mala fuerza y podés tener una hemorragia [...]. Después, no podés salir mucho al sol, que como que de la gente de antes, ¿viste? [...] A veces le hacía caso y a veces no, decía «no, vamos a dejar con esas ideas de la gente de antes» (IC, 32 años, Churkal).

Dice la mami que se cuidaban mucho antes, pero trabajaban, yo no sé... Me dicen que tengo que cuidarme, que el bebé puede tener problemas (NR, 33 años, Entre Ríos).

Viste que cuando uno es chica, la mamá tiene que estar, porque uno tira a la joda, bah, salir, jugar, ¡qué sé yo! Y más la mamá es la que me ha ayudado (MT, 46 años, Molinos).

Si el bebé estaba mal acomodado, nos mantillaban, y tiene que ser un baqueano, que le llaman [...], con experiencia, que tenga idea cómo tiene que componer la criatura. Ahí nos acomodaban, un mes antes... Al vernos caminar nomás ya [sabían]... porque no había radiografía [ecografía] ni nada (DF, 53 años, Santa Rosa).

9 Las mujeres pueden «sufrir de la matriz» cuando realizan tareas que suponen un esfuerzo excesivo, que es denominado «mala fuerza». La «matriz» se manifiesta a través de síntomas como dolores, palpitaciones, puntadas, hinchazón en la zona abdominal, vómitos e inapetencia (Martínez & Pochettino, 2004).

Con P la mami te aconsejaba, te ayudaba, por ahí ya con J fue diferente, ya tenía experiencia con la nena, con la A, ya lo había criado a P... ya sabía casi todo, sí. Dudás por ahí, para el doctor ya iba, le preguntaba, miedo tenía, porque era mucha la diferencia (MT, 46 años, Molinos).

Parto

Las mamis, en el caso de la generación A, no intervienen directamente durante el trabajo de parto y alumbramiento, como sí ocurría según los relatos de las mujeres de las generaciones B y C. Entre estas últimas, la asistencia de las baqueanas de la unidad doméstica junto a las mediquitas era central en el parto, para recibir al niño, brindarle los primeros cuidados y, eventualmente, curar dolencias de la parturienta mediante la preparación de «remedios de yuyos». Ya en la última generación, la colaboración de las mamis se limita al cuidado de los otros hijos en caso de que no se trate de una madre primeriza. Esta función de cuidadora es central, más aún en los casos en que las mujeres más jóvenes son trasladadas con anticipación a la fecha de parto al hospital de Molinos u otros.

Los míos, todos en hospital, porque ahora no es como antes, te controlan las doctoras y ya te mandan cuando estás por tener (MaC, 32 años, Gualfin).

No había médico. Todos tenían su bebé en su casa. [Yo lo tuve] con mi suegra y con mi cuñada [...]. Así nada más tenían. Mi otra hija nació en la escuela, me ayudó mi prima [...], mandaron a llamar la ambulancia, pero cuando llegó ya había nacido, después la han llevado a Molinos (FD, 70 años, Gualfin).

Teníamos que pedir la ambulancia y aquí hasta que vayan y hablen... Teníamos que ir a caballo, íbamos a Amaicha, al puesto sanitario. Como no teníamos [agente] sanitario, íbamos a Molinos... El primer hijo que yo he tenido en Molinos. Ya en el segundo hijo ya íbamos a Amaicha (ACh, 56 años, Colomé).

Puerperio

Según las experiencias relatadas por las mujeres de las generaciones B y C, los riesgos de enfermedad asociados al embarazo lo trascienden para alcanzar el estadio del puerperio. Así las cosas, las mujeres deben guardar una serie de restricciones que exigen necesariamente la colaboración de otras mujeres mayores de la familia o vecinas. Los cuidados de las mamis garantizaban el restablecimiento de la salud de la mujer, que por su rol y responsabilidades en el trabajo doméstico debía ser «protegida» frente a dolencias que ponían

en riesgo no solo su bienestar sino la subsistencia de la familia, entre ellas, la «recaída», que refiere a un conjunto de síntomas y malestares que pueden producirse en los días posteriores al parto debido a la exposición de la puérpera a situaciones que suponen un desbalance frío/calor, como contacto con el agua o exposición al fuego o al viento («aire») (Remorini, 2013). Para evitar la recaída, debe cumplirse un conjunto de prescripciones que implican la restricción de los espacios y actividades cotidianas: permanecer en un espacio cerrado de la vivienda, sin exposición a cambios de temperatura, realizar reposo y seguir una dieta de comidas «livianas», entre otras. Esto supone que la puérpera quede relevada de ciertas responsabilidades que recaen sobre otras mujeres.

Si los hombres tienen alguna intervención en las instancias del parto –aunque no sea una práctica habitual para estas generaciones–, sus compromisos laborales les impiden sostenerlos durante el puerperio. Esta situación puede hacerse extensiva a las mujeres de la misma generación de la reciente madre, en este caso asociada a las responsabilidades en sus propias unidades domésticas. Ello refuerza la recurrencia a las mujeres mayores en el cuidado sostenido.

Para la generación A, la reintegración a las tareas cotidianas es más rápida en el tiempo. A su vez, los consejos de las mamis pierden sentido de referencia y son reemplazados por aquellos provenientes de los médicos, que tienen lugar durante los controles periódicos. Asimismo, entre las representantes de esta última generación, el intercambio de experiencias entre pares y con personas externas a la unidad doméstica se convierte en una fuente alternativa de información. Los cambios en la composición de las unidades domésticas y en las actividades cotidianas de las mujeres de esta última generación inciden en la menor importancia otorgada por ellas a los cuidados en esta etapa como garantes de la recuperación de su salud. Asimismo, la preeminencia del discurso biomédico sobre el de las mamis repercute en la mayor relevancia dada al cuidado de la salud del recién nacido por sobre el de la puérpera.

La mami no quería que salgamos, teníamos que estar encerrados quince días, nos cuidábamos del agua fría, no nos daban comida pesada. Ahora ya al otro día te dan salsas, te dan todo... Antes era al mes bañarse y después te arrimabas al fuego... porque dicen que es de recaído, te dolían los pechos, la cabeza, y esa recaída siempre la cura un médico campesino, no saben curarla médicos (DF, 53 años, Santa Rosa).

Antes te cuidaban mucho, después de parto, ahora vos te tenés que levantar a la tarde o al otro día a más tardar... En ese tiem-

po me acuerdo que la mamá me tenía en cama, que no entre en una recaída, esas cosas (PR, 42 años, Tomuco).

Ahora, ¿ha visto? que tenés el parto y ya te meten a la ducha a la tarde. Digo yo que será por las inyecciones que te ponen ahora [...]. Será por eso que no te pasa nada, no sé [...]. Estas más cuidada ahora que antes (PC, 30 años, Churkal).

Después que los tuve [a mis hijos] me he quedao con un poco de dolor de panza y ella [una mediquita] siempre me daba un tecito de orégano que decía ella que era para... digamos, limpiar todo el... resto de sangre que queda [...]. Después ya me quedaba... Sí, ahí nos tenía más o menos quince días sin bañarnos (SC, 63 años, Tomuco).

Muchas veces salen de la maternidad y andan con el agua o con el fuego, [...] y son testarudas. Tienen el chico y se van a plantar, tarde o temprano te cae esa enfermedad y en el hospital no te curan, no saben [...]. Te tenés que hacer curar por los médicos campesinos (FD, 70 años, Gualfin).

Consideraciones finales: experiencias generacionales y relaciones intergeneracionales en Molinos a través del tiempo

El análisis de los testimonios acerca de las experiencias de cuidado de las mujeres y niños en las etapas pre y postnatal de las tres generaciones muestra que el «ideal de mujer-madre responsable principal del cuidado» (Faur, 2012), que puede ser representativo de otros contextos, no se corresponde con las modalidades de organización social en Molinos. Por el contrario, nuestros datos permiten delinear perfiles diferenciales en cuanto a la disposición doméstica del cuidado que responden, entre otros factores, a la localización, composición y organización variables de las unidades domésticas consideradas.

La permanencia, de tiempo parcial o completo, de algunas madres y mamas de las generaciones mayores en las fincas, mientras que las más jóvenes eligen progresivamente el pueblo, está revirtiendo en la actualidad los modelos previos de cuidado. En reemplazo de la preeminencia de asistencia mutua entre generaciones alternas, las mujeres que encuentran la posibilidad de permanecer en la unidad doméstica conviven con su prole mayoritariamente en el pueblo. Muchas mujeres mayores –acompañadas o no por hombres mayores– eligen continuar viviendo una parte o la totalidad del año en las fincas.

Tanto antes como ahora, los vínculos que resultan significativos como proveedores de consejo y apoyo provienen fundamentalmente del contexto doméstico, más precisamente de las madres, y, en menor medida, de otras mujeres mayores de la familia. Ello ocurre en el marco de un modo de organización en el que los hombres están temporal o permanentemente ausentes. Incluso si están presentes, las mujeres mayores los consideran carentes de competencias plenas para reemplazarlas en tareas de atención y cuidado de la salud, en especial de los niños pequeños. Sin embargo, analizando las rutinas y composición de las unidades domésticas de las mujeres de la generación A, registramos casos que dan cuenta de una incipiente participación masculina que trasciende al embarazo y alcanza a las etapas de parto y puerperio. Asimismo, las mujeres de esta generación aluden en sus relatos a un mayor involucramiento de sus pares masculinos en la crianza de los hijos, aspecto que merece un tratamiento más sistemático a futuro, incorporando a los hombres como informantes y complementando los datos discursivos con los resultantes de la observación.

La actuación de las mamis en estas etapas sigue siendo importante comparada con la escasa participación masculina. Esta situación no necesariamente es reconocida por instituciones en las que prima el ideal de la familia biparental. En esta región, el predominio de la monoparentalidad y las uniones libres¹⁰ se complementa con un modo de organización doméstica que favorece la solidaridad femenina a nivel intra e intergeneracional. Así, estas pautas vinculares no constituyen «factores de riesgo», como se plantea desde algunos instrumentos ligados a políticas públicas de salud¹¹. En este sentido, las solidaridades intergeneracionales se traducen en redes de apoyo efectivas, en el marco de familias extensas de tres o más generaciones, donde el cuidado familiar está asociado a la cooperación entre la madre, la hija y la

10 Estas modalidades de organización basada en familias extensas y que no siempre incluye la díada estable de mujer-hombre son altamente frecuentes en las zonas rurales de Argentina. Suele ser común encontrar «familias múltiples femeninas que, por definición, están encabezadas por mujeres ya que se trata de la coresidencia de varios núcleos incompletos de mujeres con sus hijos» (Cacopardo & Moreno, 1997, p. 19).

11 Valoraciones negativas sobre los vínculos conyugales fueron referidas por agentes y profesionales de la salud durante entrevistas y talleres en los que se abordaron diferentes problemáticas relacionadas al acceso y utilización de los servicios biomédicos en el marco de las estrategias de atención primaria de la salud (Remorini & Palermo, 2015). Asimismo, la consideración de la condición de «madre soltera» y «múltipara» en el listado de «factores de riesgo» para la salud y desarrollo de los niños en los protocolos de APS conlleva un conjunto de asunciones en relación a formas de organización familiar y tipos de vínculos que se consideran «saludables» y «normales» que no se corresponden con modos de organización familiar como el aquí referido. Se evidencia en este criterio una selección *a priori* y descontextualizada de factores de riesgo (Kaufert & O'Neill, 1993; Bonnet, 1996; Remorini & Palermo, 2015), que desconoce el modo en que cada integrante de la unidad doméstica contribuye al desarrollo y subsistencia de los niños.

nieta (Bazo Royo & Maiztegui Oñate, 2006; Remorini, 2012). Asimismo, la disponibilidad reducida de los padres redonda en la necesidad de que otros adultos se comprometan en la crianza de los niños. Abuelas y abuelos constituyen un recurso valioso e impactan decisivamente en el bienestar de los niños y de sus padres (Remorini & Morgante, 2016).

Ante la centralidad de las relaciones al interior de la unidad doméstica que prima en las generaciones mayores, se destaca la escasa frecuencia con la cual las mujeres recurren a personas ajenas a la familia para pedir consejo o ayuda, excepto en el caso de profesionales médicos o enfermeros y, eventualmente, algún médico campesino. La búsqueda de consejo y apoyo social para la crianza y cuidado de la salud parece circunscribirse a las relaciones definidas por el parentesco consanguíneo y por afinidad (Jacob *et al.*, 2011). No obstante, la vecindad se constituye en un recurso posible para las más jóvenes, sobre todo ante la eventual disolución de las unidades domésticas con residencia matrilocal y cohabitación de tres o más generaciones. A estas consideraciones, debemos agregar que la permanencia alternada entre los enclaves rurales y los semiurbanos multiplica y diversifica el espectro de actores sobre los que pueden recaer ocasionalmente tareas de cuidado.

En síntesis, mujeres y hombres intervienen de manera diferencial en el cuidado dependiendo de las relaciones conyugales, la composición de la unidad doméstica, las actividades de subsistencia y la residencia. Sin embargo, son las mujeres de diferentes edades las que asumen con mayor frecuencia estas tareas.

En este trabajo, nos hemos focalizado en la intervención de las mamis en instancias clave de la trayectoria de salud de mujeres y niños, en circunstancias en las que su saber y experiencia prevalecen por sobre los de otros miembros de la unidad doméstica. No obstante el desplazamiento de sus roles por la ampliación de las estrategias de atención de la salud estatales y la preeminencia del discurso biomédico en la prevención de riesgos en la etapa perinatal, las mujeres mayores continúan siendo figuras clave en el cuidado y sostén de la madre y el recién nacido.

En este sentido, nuestros resultados aportan un conjunto de evidencias etnográficas y sociológicas sobre el rol de las mujeres mayores, específicamente las «abuelas», en el cuidado de la salud de mujeres y niños de la unidad doméstica en las etapas pre y postnatal. Estudios realizados en comunidades rurales y/o de origen indígena muestran los efectos positivos de la activa participación de las abuelas (mamis, en nuestro caso) sobre el estado nutricional y la salud de los niños (Seara & Mace, 2008; Meehan & Hawks, 2014). Estas investigaciones reconocen en las abuelas recursos de apoyo para la lactancia, el cuidado de la mujer y el niño durante el puerperio

—especialmente en situaciones como la descripta, donde existe el periodo de reclusión— y el acceso a servicios de cuidado pre y postnatal (Bender & Mc Cann, 2000; Gerard, Landry-Meyer, & Guzzel Row, 2006). En el caso específico de las comunidades andinas, las abuelas y otras mujeres «viejas» han sido descriptas no solo como proveedoras de apoyo social, sino también en su rol de curadoras, dados sus conocimientos en el manejo de recursos locales para la atención de numerosos padecimientos (Finerman, 1995). Esto es especialmente relevante en aquellas comunidades donde la accesibilidad física a los servicios de salud puede ser restringida, como en el caso de las mujeres que habitan o habitaban en las fincas en Molinos.

Las situaciones aquí descriptas ponen de relieve asimismo que las viejas son un recurso valioso en términos de la sociabilidad intergeneracional. Mostramos también que las interacciones entre abuelas y madres a propósito de las actividades de cuidado y búsqueda de apoyo no están exentas de negociaciones y suponen acuerdos y desacuerdos en los que las mujeres más jóvenes no siempre adhieren a lo dicho por las mayores. A su vez, estas últimas suelen expresar críticas a las decisiones de las más jóvenes, tal como ha sido registrado en otros contextos (Catell, 1994). Todo ello obliga a trascender visiones estereotipadas de la vejez y de la maternidad, que frecuentemente se considera como sinónimo de ser madre de niños pequeños (Krekula, 2007), como señalamos al inicio de este trabajo.

En relación con la incidencia de la integración intergeneracional sobre la salud y el bienestar, nuestra investigación aporta a debates actuales en torno a las intersecciones entre género y generación (Traphagan, 2003; Krekula, 2007; Moncó, 2011) y al lugar de las personas ancianas en el campo del cuidado (Golbert, Roca, & Lanari, 2012). Siguiendo a Uhlenberg (2000), y sin desconocer el grado de vulnerabilidad que pueden alcanzar las personas ancianas, en estas reside un recurso importante para dar respuesta a las necesidades de cuidado de niños y adultos. Sus roles y posibilidades son mucho más amplios cuando se relativiza su condición de «dependientes». La consideración de su intervención como proveedoras de cuidado y sostén a las generaciones más jóvenes nos permite reconsiderar la asociación frecuente y necesaria entre las nociones de viejo, dependiente y vulnerable. Así, focalizar solo en la necesidad de su cuidado¹² oscurece sus contribuciones a un escenario de solidaridad intergeneracional asociado a situaciones como las descriptas. El despliegue de estas solidaridades requiere y a la vez

12 Algunos expertos en políticas destinadas a los mayores sostienen que se debe estimular y reconocer el rol que desempeñan y la gran contribución que pueden brindar al bienestar general y de sus comunidades (Golbert *et al.*, 2012).

promueve el desarrollo de competencias sociales y afectivas. Observamos una transición en el modelo de integración entre edades en lo relativo al cuidado de las mujeres durante embarazo, parto y puerperio en la que las relaciones intergeneracionales se ven complementadas por las intrageneracionales. En este sentido, mamis y madres asisten a hijas y nietas con las que negocian un intercambio de saberes que se compara y articula con el que generan estas últimas en el contexto de relaciones entre pares. Además de actuar como referentes para la toma de decisiones y propiciadoras de la continuidad de algunas «tradiciones» vinculadas al cuidado, las mamis proveen sostén económico y apoyo para actividades concretas de subsistencia que completan las tareas de la mujer durante embarazo y puerperio. Asimismo, son quienes acompañan a sus hijas y nietas en sus itinerarios de atención en las instituciones de salud. En este sentido, nuestros resultados acompañan a lo señalado por Traphagan (2003), quien afirma que frecuentemente en las sociedades indígenas y rurales, a diferencia de lo que sucede en las sociedades industriales, las mujeres ancianas son consideradas como proveedoras más que como receptoras de cuidado, contribuyendo de diversos modos al bienestar colectivo. En Molinos, el tratamiento del cuidado de la salud en articulación con las relaciones intergeneracionales nos advierte sobre la expectativa de la «disponibilidad del otro» como parte del contexto normativo en el cual las relaciones de ayuda mutua se desenvuelven (Ramos, 1981, p. 17 citado en Faur, 2012).

A partir de estas consideraciones, entendemos que la investigación etnográfica puede aportar casuística relevante para considerar cómo las actividades de cuidado se organizan a microescala y cuáles son sus articulaciones a escala meso y macro. Debido a que la etnografía ha documentado extensamente diversidad de sujetos que intervienen de forma rutinaria en el cuidado y crianza de los niños, esto permite dar cuenta de la medida en que los casos etnográficos se acercan o se alejan de los modelos basados en roles y relaciones familiares de pretendido alcance universal. Así, se pone en evidencia la variedad de sujetos que intervienen de forma rutinaria en el cuidado y la crianza, asumiendo la construcción sociocultural e histórica de las edades y las generaciones y las relaciones entre ellas.

Referencias

- Batthyány, K. (2011). Los cuidados desde una perspectiva de género y derechos. En A. Carrasco, M. Delfino, P. González, G. Margel, & M. Pi (Coords.). *El cuidado humano: reflexiones (inter)disciplinarias* (pp. 52-64). Montevideo: Udelar.
- Bazo Royo, M. T., & Maiztegui Oñate, C. (2006). Sociología de la vejez. En *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional* (pp. 73-140). Madrid: Médica Americana.
- Bender, D., & Mc Cann, M. (2000). The Influence of Maternal Intergenerational Education on Health Behaviors of Women in Peri-Urban Bolivia. *Social Science & Medicine*, 50, 1189-1196.
- Bonnet, D. (1996). Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. *Sciences Sociales et Santé*, 14(1), 5-16.
- Bowers, B., & Myers, B. (1999). Grandmothers Providing Care for Grandchildren: Consequences of Various Levels of Caregiving. *Family Relations*, 48(3), 303-311. doi 10.2307/585641
- Cacopardo, M., & Moreno, J. (1997). Cuando los hombres estaban ausentes: la familia al interior de la Argentina decimonónica. En H. Otero, & G. Velásquez (Comps.). *Poblaciones argentinas. Estudios de demografía diferencial* (pp. 13-28). Tandil: EHS-CIG Facultad de Ciencias Humanas.
- Cattell, M. (1994). Nowadays it isn't Easy to Advise the Young: Grandmothers and Granddaughters among Abaluyia of Kenya. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 9, 157-178.
- Cerri, Ch., & Sánchez Criado, T. (2014). *Edades, transiciones e instituciones*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Chackiel, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación favorable? En *Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad* (pp. 1-23). Santiago de Chile: Cepal.
- Crivos, M., & Martínez, M. R. (1996). La narrativa oral de los médicos campesinos como fuente para el estudio del cambio y continuidad en las concepciones y vivencias acerca de la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina) (pp. 1-10). En *Actas de la IX International Oral History Conference*. Gotemborg: IOHA.
- Crivos, M., Martínez, M. R., Remorini, C., Teves, L., & Morgante, M. G. (2017). El agua en la narrativa sobre las estrategias de vida en los valles calchaquíes salteños. *Testimonios*, 6(6), 100-124.
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The Concept to Social Care and the Analysis of Contemporary Welfarestates. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Dirección General de Estadísticas. (2014). *Anuario estadístico. Provincia de Salta. Año 2013. Avance 2014*. Recuperado de estadisticas.salta.gov.ar
- Drovetta, R. (2009). Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina. *Barbarói*, 31, 139-154. doi 10.17058/barbaroi.v2i31.1035
- Drovetta, R. (2014). «Antarca no» (de espaldas no). Cambios generacionales en la atención del embarazo y el parto en las mujeres de Susques. En A. Benedetti, & J. Tomasi (Comps.). *Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina: interacciones con el mundo de afuera* (pp. 195-239). Buenos Aires: FILO-UBA.

- Esquivel, V. (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la Encuesta de Uso del Tiempo en la Ciudad de Buenos Aires. En V. Esquivel, E. Faur, & E. Jelin (Comps.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 73-106). Buenos Aires: IDES.
- Faur, E. (2012). El cuidado infantil desde las perspectivas de las mujeres-madres. Un estudio en dos barrios populares del Área Metropolitana de Buenos Aires. En V. Esquivel, E. Faur, & E. Jelin (Comps.). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado* (pp. 107-164). Buenos Aires: IDES.
- Finerman, R. (1995). The Forgotten Healers: Women as Family Healers in an Andean Indian Community. En *Women as Healers: Crosscultural Perspectives* (pp. 24-41). Nueva Jersey: Rutgers University Press.
- Flores Cisneros, C., & Rodríguez Salauz, A. (2012). Saberes de mujeres zapotecas serranas de Oaxaca. Cultura de género en las prácticas de salud del embarazo de tres generaciones. En *Antología total* (pp. 15-29). Santiago de Compostela: Andavira Editora.
- Gerard, J., Landry-Meyer, L., & Guzzel Row, J. (2006). Grandparents Raising Grandchildren. The Role of Social Support in Coping with Caregiving Challenges. *International Journal of Ageing and Development*, 62(4), 359-383.
- Gherardi, N., Pautassi, L., & Zibecchi, C. (2012). *De eso no se habla. El cuidado en la agenda pública*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.
- Golbert, L., Roca, E., & Lanari, M. E. (2012). *¿Piso o sistema integrado de protección social? Una mirada desde la experiencia argentina*. Buenos Aires: Secretaría de Seguridad Social-Indec.
- Hirsch, S. (2015). Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención de la salud reproductiva. En *Saúde indígena. Políticas comparadas na América Latina* (pp. 169-192). Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Howes, C., & Spieker, S. (2008). Attachment Relationships in the Context of Multiple Caregivers. En *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 317-332). Nueva York: The Guilford Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, Indec. (2010). *Censo nacional argentino*. Recuperado de http://www.indec.gov.ar/censos_provinciales2010
- Jacob, A., Palermo, M. L., & Remorini, C. (noviembre y diciembre, 2011). Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta). *Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social*. UBA, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.academica.org/carolina.remorini/73>
- Kaufert, P., & O'Neil, J. (1993). Analysis of a Dialogue on Risks on Childbirth. Clinicians, Epidemiologists and Inuit Women. En *Knowledge, Power and Practice. Anthropology of Medicine and Everyday Life* (pp. 32-54). Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.
- Krekula, C. (2007). The Intersection of Age and Gender. Reworking Gender Theory and Social Gerontology. *Current Sociology*, 55(2), 155-171. doi 10.1177/0011392107073299
- Longhi, F. (2010). Miseria, mortalidad infantil y perfil epidemiológico en el norte grande argentino (1989-2003). En R. Drovetta & M. L. Rodríguez (Eds.). *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención* (pp. 109-144). Córdoba: Ferreyra Editor.

- Martínez, M. R., & Pochettino, M. L. (2004). Análisis de los recursos terapéuticos utilizados en el valle Calchaquí. Las mujeres dicen acerca de dolencias y remedios. *Relaciones*, (29), 163-182.
- Massaccesi, H., & Massaccesi, L. (2008). Ejercicio de la medicina en el NOA, su desafío. *Revista Hospital Italiano Buenos Aires*, 1(28), 17-21.
- Meehan, C., & Hawks, S. (2014). Maternal and Allomaternal Responsiveness: The Significance of Cooperative Caregiving in Attachment Theory. En O. Hiltrud, & H. Keller (Eds.). *Different Faces of Attachment. Cultural Variations on an Universal Human Need* (pp. 113-140). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moncó, B. (2011). *Antropología del género*. Madrid: Síntesis.
- Morgante, M. G., & Martínez, M. R. (2011). Etnogerontología de dos poblaciones del noroeste de la República Argentina. En J. Yuni (Comp.). *La vejez en el curso de la vida* (pp. 93-104). Catamarca: Encuentro Grupo Editor.
- Morgante, M. G., & Martínez, M. R. (2013). Vida doméstica y articulación social entre viejos vallistas. En A. Cattani, N. Cohen, & L. Díaz (Orgs.). *A construção da justiça social na América Latina* (pp. 197-212). Porto Alegre: Tomo Ed.
- Morgante, M. G., & Martínez, M. R. (julio, 2015). Roles y saberes. Una construcción etnogerontológica sobre relatos y trayectorias (Molinos, Salta). *Actas de las XI Jornadas de Sociología*. UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Remorini, C. (2012). Mbya Grandmothers, Mothers and Granddaughters. En R. White (Ed.). *Global Case Studies in Maternal and Child Health* (pp. 231-256). Massachusetts: Jones & Barlet Learning.
- Remorini, C. (2013). Estudio etnográfico de la crianza y la participación infantil en comunidades rurales de los valles calchaquíes septentrionales, noroeste argentino. Resultados preliminares. *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos*, 42(3), 411-433. doi 10.4000/bifea.4177
- Remorini, C., & Morgante, M. G. (agosto, 2016). Las relaciones intergeneracionales y las prácticas de cuidado en el seno de unidades domésticas vallistas del departamento de Molinos (Salta, Argentina). En *XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*, Facultad de Ciencias Sociales-UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Remorini, C., Morgante, M. G., & Palermo, M. L. (octubre, 2010). Mamis y guaguas: familia, maternidad y crianza a través de las generaciones en Molinos, Salta, Argentina. *Actas de la VII Reunión del Grupo de Trabajo Familia e Infancia. La familia y sus miembros: pensando la diferencia en América Latina*. Clasco, Temuco, Chile.
- Remorini, C., & Palermo, M. L. (2012). «...Es que antes no sabía haber doctor». Alternativas para el cuidado de la salud materno-infantil en una población de los valles calchaquíes (Salta, Argentina). En *Actas del 54 Congreso Internacional de Americanistas* (pp. 25-71). Viena: ICA.
- Remorini, C., & Palermo, M. L. (noviembre, 2015). Acerca de «niños en riesgo» y «padres no suficientemente buenos». Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina). *Actas de la Bienal Latinoamericana de Infancias y Juventudes*. Universidad de Manizales, Colombia. doi 10.13140/RG.2.1.2218.6404
- Remorini, C., & Palermo, M. L. (2016). «Los míos... ¡todos asustados!» Vulnerabilidad infantil y trayectorias de desarrollo en los valles calchaquíes salteños. *Mitológicas*, 31, 83-112. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14649178005>

- Riley, M., & Riley, J. (2000). Integración entre edades: contexto conceptual e histórico. *The Gerontologist*, 40(3), 1-10.
- Santos de Santos, Z. (2009). Adulto mayor, redes sociales e integración. *Trabajo Social*, (11), 159-174.
- Seara, R., & Mace, R. (2008). Who Keeps Children Alive? A Review of the Effects of Kin on Child Survival. *Evolution and Human Behavior*, (29), 1-18. doi <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.10.001>
- Traphagan, J. (2003). Older Women as Caregivers and Ancestral Protection in Rural Japan. *Ethnology*, 42(2), 127-139. doi 10.2307/3773778
- Uhlenberg, P. (2000). Introducción. ¿Por qué estudiar la integración entre edades? *The Gerontologist*, 40(3), 1-10.

