

Análisis etnográfico sobre las relaciones intergeneracionales y el cuidado de la salud en comunidades rurales de Molinos (Valles Calchaquíes salteños)

María Gabriela Morgante (2) y Carolina Remorini (1,2)

(1) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

(2) Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA). Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Correo electrónico: gamorgante@gmail.com; carolina.remorini@gmail.com

Introducción

En el contexto de 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 genera mayores responsabilidades en las familias respecto de los individuos mayores que las integran. En estos contextos, las dinámicas mismas de composición y estabilidad en las familias y unidades domésticas pueden originar que las acciones de cuidado se concentren en la figura de las mujeres adultas, que pueden recibir colaboración de otros miembros más jóvenes. Y más aún, estas interacciones suelen trascender el ámbito familiar, alcanzado a las relaciones de amistad y vecindad. Por tal motivo, y como expondremos más adelante, la noción de unidad doméstica (en adelante UD) se revela como operativa a los fines de caracterizar etnográficamente esta multiplicidad de interacciones. En el contexto de tales unidades, se amplían las oportunidades de solidaridad intergeneracional, trascendiendo el ámbito familiar. En estos contextos, esos tipos de solidaridades reemplazan los vacíos derivados de la poca o nula presencia de otras instituciones como dispositivos de protección y de cohesión para los mayores.

Numerosos autores (Bowers Myers, 1999; Howes&Spieker, 2008; Seara&Maceb; 2008; Meehan&Hawks, 2014) proponen que los mecanismos de integración entre edades¹ 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. De este modo, influye en la prolongación de las habilidades funcionales, de la autonomía, de la independencia y de la calidad de vida de los

¹El concepto de “integración entre edades” refiere, en términos generales, a la ausencia de barreras de edad estructurales, tales como oportunidades de rol en el trabajo, educación y otras estructuras, y las interacciones entre personas de diferentes edades (Riley, M & Riley, J, 2000; Uhlenberg, 2000). Una estructura integrada-por-edad puede ser definida como una que no use la edad cronológica como criterio de ingreso, egreso o participación. Como lo destacan Matilda y John Riley, sin embargo, la ausencia de barreras estructurales es sólo un componente de la integración etaria. El otro componente es el concerniente a la interacción entre personas de diferentes edades.

mayores (Santos de Santos, 2009). Esto puede traducirse en lo que algunos autores consideran parte de un “envejecimiento exitoso” y que también tiene consecuencias en el llamado “envejecimiento activo”²

Sin embargo, no necesariamente el aumento en la calidad y cantidad de las relaciones entre edades se traduce en “integración”. Las redes sociales emergentes de la interacción de los adultos mayores con individuos pertenecientes a su unidad doméstica -y más allá de ella- pueden constituir recursos positivos (lo que comúnmente se refiere como “redes de apoyo”) o bien negativos (cuando el apoyo anticipado de la red no se hace efectivo). En este sentido, es preciso analizar el papel que juegan los individuos de la red en relación al cuidado y bienestar de los adultos mayores. Ello tiene repercusión en los modos y en las estrategias de atención y cuidado de la salud, entre otras dimensiones de la vida cotidiana.

La atención de la salud en el ámbito doméstico incluye un conjunto de interacciones que pueden favorecer el aprendizaje e intercambio en torno a saberes y prácticas terapéuticas. Tal aprendizaje no ocurre necesariamente de manera unidireccional: los mayores suelen ser poseedores de conocimientos que derivan tanto de su condición etaria como así también de sus experiencias a lo largo del trayecto vital. Los más jóvenes pueden ofrecer visiones alternativas a tales conocimientos que implican negociaciones para la toma de decisiones según diferentes circunstancias. Así, estos vínculos inciden en las resoluciones de los más jóvenes a partir de experiencias y saberes proyectados por sus mayores. Los procesos de cambio sociocultural que afectan a las comunidades en estudio, significan y resignifican continuamente el modo en que estos intercambios suceden.

Atendiendo a lo antes expuesto, la atención de la salud perinatal se revela como un dominio de interés para el análisis etnográfico del papel de las relaciones intergeneracionales, y particularmente de las “*mamis*” (mujeres adultas mayores) en la atención y cuidado de mujeres y niños durante el embarazo, parto y puerperio en comunidades rurales de Molinos. En base a resultados obtenidos hasta el momento, asumimos que las “*mamis*” constituyen un recurso social para mujeres de generaciones más jóvenes (madres), desempeñando roles y tareas específicos de

²En términos generales, el lugar de las mujeres consideradas en esta presentación se inscribe en un modelo de “envejecimiento exitoso”, ya que sus prácticas combinan capacidades cognitivas y funcionales con un “... elemento cualitativo, que se refiere al tener actividades que desarrollar, mediante un compromiso con la vida” (Castillo, 2009:169). Este último elemento, a entender de D. Castillo “... puede tomar distintas formas que se concentran en dos, a saber: se refiere a las relaciones interpersonales y a la actividad productiva, entendiendo esto último como algo amplio, de valor social, no necesariamente económico o pagado. Son contactos sociales, intercambio de información, soporte emocional, asistencia, ser capaz de servir a otros, estar presentes y activos, etc.” (Castillo, 2009:169).

cuidado. La experiencia de estas mujeres es 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.

Con relación a ello nos interesa, por un lado, caracterizar las instancias en las que mujeres de diferentes generaciones comparten, negocian y actualizan saberes y prácticas de atención. Por otro, evaluar continuidades y cambios en los roles y experiencias de las mujeres mayores, y su impacto en la organización del cuidado de la salud perinatal, a través de la comparación de relatos de cuidadoras de diferentes generaciones.

Molinos en los Valles Calchaquíes

El Departamento de Molinos se emplaza en los Valles Calchaquíes salteños. La fundación del pueblo de Molinos data de mediados del siglo XVII y en la actualidad cuenta con una población de 1166 habitantes³, distribuida casi idénticamente entre hombres y mujeres. La población total para el Departamento asciende a 5652 habitantes, con un índice de masculinidad del 97%. Se estima que unos 3500 habitantes residen en las zonas rurales del Departamento, donde el índice de masculinidad se encuentra por debajo del 95% (Indec, 2010 y Anuario Estadístico de la Provincia de Salta, 2013-14). La forma de asentamiento en el conjunto del Departamento, combina una estructura urbana y semiurbana -caracterizada por pueblos asociados a campos cultivables y/o al sostenimiento familiar a través de empleos formales e informales e ingresos mediante planes sociales-, y otra integrada por familias residentes en fincas -donde practican fundamentalmente tareas agrícola-ganaderas. Estos datos, comparados con aquellos provenientes de las décadas anteriores, dan cuenta de la permanencia de un modelo de organización doméstica en la zona de las fincas que se encuentra en transformación en el caso de muchas familias con residencia principal en el pueblo de Molinos.

Muchas de las personas que habitan en el Departamento cuentan con más de una residencia, ya sea dentro del mismo pueblo, o bien repartidas entre el pueblo y las fincas. Por consiguiente, individuos o familias completas se movilizan periódicamente entre los distintos emplazamientos, en combinación con una dinámica que lleva a muchos de ellos a permanecer temporalmente en la ciudad capital de Salta. De hecho, no es requisito tener una residencia propia para desplazarse dentro de este circuito, sino que muchas veces permanecen alojados en casa de familiares o amigos. Todo ello resulta en una identificación variable entre individuos y unidades domésticas,

³Datos aportados por personal del Hospital Fernández, 2015.

y a la vez en una composición inestable de tales unidades. Ello afecta directamente el modo en que las personas establecen relaciones y redes de cooperación entre generaciones, que varían de acuerdo a estas condiciones.

Aspectos teórico-metodológicos

En esta ponencia partimos de la idea según la cual la solidaridad intergeneracional tiene diversas expresiones conforme el contexto socio-cultural considerado y las variaciones intraculturales. En consecuencia, la caracterización etnográfica es relevante permite comprender el modo en que se organizan las rutinas cotidianas para coordinar la complementariedad de roles entre personas de diferentes edades. Tal complementariedad incide, entre otros aspectos, en la toma de decisiones que opera entre adultos mayores y otras generaciones respecto de la atención de la salud perinatal.

La consideración de la interacción entre grupos etarios se referirá básicamente a lo que sucede entre mujeres jóvenes, adultas y viejas que comparten las rutinas domésticas. Nuestro abordaje de las prácticas de cuidado a escala de la unidad doméstica parte de la consideración de ésta como una “(...) *unidad compleja que incluye un componente social -grupo de personas que comparten la residencia- y un componente espacial -el espacio físico que habitan-, articulados por un conjunto de actividades relevantes a la subsistencia del grupo que se realizan parcial o totalmente en ese ámbito*” (Crivos y Martínez, 1996). Esta noción delimita no sólo un espacio social, sino también simbólico en el que se despliegan las interacciones entre el grupo de personas que lo integran. En tal sentido, debemos diferenciar la noción de unidad doméstica de los conceptos de “hogar”, que refiere a la residencia, y de “familia”, que atiende a las relaciones sanguíneas y de alianza entre un grupo de individuos.

En el caso de Molinos, la unidad doméstica se presenta como la unidad de análisis más apropiada para caracterizar etnográficamente la organización cotidiana del cuidado y tratamiento de la salud, considerando a la vez las tres dimensiones involucradas en su definición: vínculos, espacios y actividades compartidas. Tradicionalmente el Departamento de Molinos se caracterizó por la abundancia significativa de unidades domésticas matrifocales con generaciones alternas⁴ (Remorini et al, 2010; Remorini y Morgante, 2016). Esta composición tiende a

⁴La conformación matrifocal monoparental de algunas unidades domésticas responde a múltiples factores: migración asociada a la búsqueda de trabajo y educación de nivel terciario/universitario, abandono del cónyuge o desconocimiento de la descendencia, y/ o elección deliberada de no conformar una pareja como requisito para la

revertirse en el presente, conservándose con mayor frecuencia en las fincas y modificándose paulatinamente en el pueblo. Ello conlleva a que, para este y otros temas, sean las mujeres quienes están frecuentemente disponibles y dispuestas a brindar información. Aquellas mujeres mayores, a las que también suele denominarse “*mamis*”, asumen roles y tareas específicas de cuidado en el marco de interacciones donde prevalece la cooperación con mujeres más jóvenes (sus hijas o nietas) a las que llamaremos “*madres*”. Esta situación las coloca en una posición privilegiada para dar cuenta de diferencias y convergencias en las prácticas de atención de la salud, en virtud de la comparación entre sus experiencias de maternidad⁵, y entre éstas y las de sus hijas o nietas.

En el análisis de la narrativa sobre las interacciones intergeneracionales implicadas en el cuidado y atención de la salud, es preciso hacer ciertas distinciones semánticas. El empleo del término *mamis* o *mamitas*, designa a las mujeres de la segunda generación ascendente, tanto por línea femenina como masculina, aunque puede también referir, según el contexto, a las “*mamitas de antes*” (de pocas generaciones hacia atrás) referenciando un estilo de vida diferente al de su prole. Esas *mamitas* han sido y siguen siendo, entre las generaciones de niños y jóvenes, las personas que los han criado en ausencia, transitoria o permanente, de la madre biológica asumiendo el rol de éstas. Esta designación también está presente en los relatos de las *viejas* para nombrar a aquellas que ya no viven (Morgante y Martínez, 2011).

La designación *abuelita*, por su parte, constituye una categoría amplia que contempla a las personas que van más allá de la segunda generación ascendente. Asimismo notamos que de acuerdo al contexto discursivo se torna en una categoría genérica, es decir alude a las personas que no tienen vínculo parental. Representa a aquellas mujeres más viejas de la comunidad, pertenecientes al colectivo viejo, a quienes se las reconoce por su trayectoria. También podrá referirse como abuelo a alguna persona que guarde dos generaciones de diferencia con ego y que se incorpore o haya permanecido incorporada al núcleo familiar o a la unidad doméstica (Morgante y Martínez, 2011).

procreación y crianza de los hijos. 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 y Morgante, 2016)

⁵Al respecto, puede ocurrir que entre el primer y último hijo de una mujer haya una diferencia de 15 años o más, situación más frecuente en el caso de las mujeres mayores de 45 años de la muestra considerada. Como consecuencia, madres e hijas pueden experimentar un embarazo, simultáneamente o muy próximas en el tiempo.

En la actualidad las prácticas de la denominada “medicina tradicional” ejercida fundamentalmente por las “*mediquitas*” (médicas campesinas)⁶ y “*mamis*” coexisten con una mayor oferta de servicios y programas estatales de cobertura de salud y seguridad social⁷. Esto se manifiesta con mayor énfasis en el pueblo, dado la presencia allí del Hospital, no obstante lo cual la esfera de su influencia se extiende en el “alto” a través de los puestos sanitarios. Lejos de constituirse en estrategias contrapuestas para la búsqueda de la salud, en muchas ocasiones se complementan y conjugan en una misma lógica de resolución de problemas. Consecuentemente, el discurso y la experiencia de estas mujeres mayores continúa siendo fuente de hipótesis en la búsqueda de alternativas terapéuticas.

El trabajo realizado por el equipo de investigadores del LINEA en el Departamento de Molinos desde hace más de treinta años nos permite contar con un amplio registro de información acerca de saberes, experiencias y prácticas en torno a los problemas de salud en diferentes etapas de la trayectoria de vida. Los trabajos iniciados en la década de los '70 del pasado siglo, luego de unos quince años de interrupción, se retoman a partir del año 2009. La información relevada se inscribe en un diseño de investigación cualitativa, en la que predomina el uso de técnicas de observación -participante, sistemática, heurística- y de entrevistas -abiertas, semiestructuradas y estructuradas-, individuales y/o grupales. Las formas de registro de la información incluyen audio, planillas de observación, diario de campo, video-filmación y fotografías.

Durante estas décadas de trabajo en la región, el foco de estudio se centró en el registro de comportamientos, interacciones y rutinas del grupo doméstico; así como en perspectivas, experiencias y expectativas de sus miembros, según diferencias de género y etarias. La consideración de estas diferencias nos ha permitido delimitar escenarios y oportunidades para la interacción intergeneracional y los factores contextuales que la favorecen, así como identificar cambios y continuidades en las prácticas de cuidado de la salud a escala doméstica, atendiendo a las transformaciones ocurridas en las últimas décadas en la región de los Valles.

⁶Personas consideradas competentes en el diagnóstico y tratamiento de dolencias y enfermedades a nivel local (Crivos y Eguía, 1981).

⁷En cuanto a la organización de los servicios de salud, el municipio de Molinos pertenece al Área Operativa XXVI, la cual está conformada por el Hospital Abraham Fernández localizado en el pueblo y seis Puestos Sanitarios en las fincas. El hospital cuenta con dos 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 las patologías más severas a centros de mayor complejidad (principalmente a Cachi y Ciudad de Salta). Por su parte, los puestos sanitarios cuentan con un enfermero y/o un agente sanitario en forma permanente.

Los datos presentados en esta ponencia provienen de 33 entrevistas en profundidad realizadas mayormente a mujeres entre 18 y 70 años cuidadoras de niños menores de seis años, correspondientes a ocho UD localizadas en el pueblo de Molinos, tres en las orillas (Santa Rosa y Entre Ríos), tres en el paraje Tomuco, cinco en la finca Gualfin, tres en la finca Colomé y dos en la finca Churkal. Algunas informantes han sido entrevistadas en más de una oportunidad entre 2009 y 2016, lo que nos ha permitido dar cuenta de las variaciones en la residencia y actividades de los integrantes de las UD. Las entrevistas fueron complementadas con censos y genealogías por unidad doméstica.

El análisis cualitativo del material se realizó mediante el software NVIVO 10⁸, adecuado para organizar, codificar y vincular semánticamente la información contenida en el corpus discursivo.

Relaciones intergeneracionales y cuidado de la salud.

El presente y el “*tiempo de las mamis*”

A los fines de este trabajo, hemos seleccionado fragmentos de entrevistas realizadas a mujeres de tres generaciones (entre 20 y 30; entre 40 y 60; más de 60 años)⁹. Las mujeres de las dos últimas suelen ser, a su vez, madres y abuelas. Es preciso destacar que las mujeres acostumbran tener su primer hijo en promedio entre los 16 y 20 años, tendencia que se mantiene a través de las generaciones y que se observa tanto en el pueblo como en las orillas o fincas. Al respecto, una situación que era naturalizada hasta hace algunos años –el hecho de que las mujeres comiencen a tener hijos a temprana edad- hoy es evaluada por las mujeres del grupo de 40 a 60 años desde otra perspectiva. Esta combina, por un lado, la consideración del embarazo adolescente como un problema de salud pública instalado por las instituciones sanitarias y educativas. Por otro lado, con una valoración diferente de las capacidades y actitudes de las adolescentes en relación con la maternidad. En este sentido, se observan transformaciones en las representaciones acerca de la maternidad, la crianza y el curso vital, en consonancia con los cambios en los contextos en los que las mujeres más jóvenes participan. Junto a ello, las nuevas expectativas en relación con la

8 El software Nvivo es un programa diseñado para el análisis de material cualitativo y cuantitativo desarrollado por QRS International (C). Facilita el proceso de investigación ya que permite la clasificación, selección y codificación para vincular diferentes categorías de análisis y elaborar hipótesis inductivamente a partir de los vínculos entre las categorías.

9 Con el propósito de llevar adelante el ejercicio comparativo consideraremos a las informantes 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 permitirá reconstruir aspectos comunes del escenario en el que las mujeres se iniciaron como madres en diferentes momentos, no obstante las singularidades de cada trayectoria vital, aspectos sobre los que hemos profundizado en otro lugar (Remorini et al, 2010; Jacob et al, 2011; Remorini y Palermo, 2012).

educación y el trabajo -que no necesariamente se traducen en oportunidades concretas- contribuyen a estas transformaciones.

En las unidades domésticas del pueblo, el promedio de hijos actualmente suele ser de cuatro, mientras que en las orillas y fincas se ubica entre siete y ocho. Ello da como resultado que el cuidado de los niños pequeños se distribuya entre la madre, alguna otra mujer joven (generalmente una hermana soltera), alguna mujer anciana y sus hijos mayores. Al respecto cabe destacar que, a excepción de cinco entrevistadas del pueblo de Molinos y dos entrevistadas de la finca Gualfin, todas las demás mujeres con hijos pequeños no trabajan fuera del hogar¹⁰ y, además, son beneficiarias de programas sociales¹¹. Sólo tres de ellas cursan estudios secundarios o terciarios.

En Molinos, al igual que ocurre en el resto del país, de manera creciente las mujeres gestantes y puérperas se han convertido 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 y Palermo 2014) el alcance de programas de atención primaria de la salud ha generado cambios en las expectativas y experiencias cotidianas de cuidado, que se articulan y confrontan con discursos profesionales e institucionales.

“...ahora todas las señoras al hospital, antes no había médico ni había nada...ni el chico se vacunaba, ahora no pues, están controlando a los chiquitos, a las embarazadas” (Delia, 69 años, Gualfin, 2013)

Si bien actualmente las mujeres tienen acceso en Molinos a la atención médica durante el embarazo y puerperio de manera sistemática, esta situación era poco frecuente en el caso de mujeres de más de 40 años. Ellas no sólo carecieron de este control sino que, además, tuvieron sus partos en sus casas con la ayuda de mujeres más experimentadas, sean éstas familiares, vecinas o “*mediquitas*” (Remorini et al, 2010). En este sentido la expresión “... *es que*

¹⁰Quienes trabajan en el pueblo lo hacen como empleadas domésticas (2), empleada de comercio (1) y docente en colegio primario (1), mientras que en las fincas, se dedican a la cría de ganado.

¹¹A partir de diciembre de 2009, se implementó en la Argentina la Asignación Universal por Hijo (AUH), a través de la Agencia Nacional de Seguridad Social (ANSeS). En 2016 se extiende el beneficio a mujeres embarazadas (a partir del 3er.mes), lo que se denomina Asignación Por Embarazo Para La Protección Social. Como contraprestación el plan determina que para los niños de hasta 4 años, se debe acreditar el cumplimiento de controles sanitarios y el plan vacunatorio obligatorio. Desde los 5 hasta los 18 años se debe acreditar la concurrencia de los menores a establecimientos públicos educativos. Las mujeres embarazadas deben acreditar controles prenatales establecidos en el Plan Nacer/SUMAR. La falta de acreditación producirá la pérdida del beneficio.

antes no sabía haber doctor” da cuenta de la no disponibilidad de recursos biomédicos de manera estable durante la etapa perinatal (Remorini y Palermo, 2012).

Entre los testimonios recogidos, algunas mujeres señalan que:

“... así dice la mamá... cuenta, en esa época que era difícil (llegar al hospital) y daba el caso donde a veces moría también la que daba a luz (...) hay chicas de mi edad que habían quedado así sin mamá, nada, 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? (...) ella te cuenta casos donde los pacientes ya no llegaban más...” (Sonia, 43 años, 2010, Molinos)

“(De qué falleció su hermana?)Flora: y ella cuando ha tenido el bebé se ha recaído, se ha recaído, se ha enfermado después de tener el bebé...El bebe también ha fallecido, era chiquito (prematuro) (Flora, 70 años, 2013, Gualfin)

Estas circunstancias tienen consecuencias directas en la posibilidad de cuidado y sobrevivencia del recién nacido, toda vez que la ausencia de la madre o de una figura materna que la reemplace, es visto en términos de un problema. La mujer que fallece en el parto deja al recién nacido en condiciones de vulnerabilidad, ya que los hombres no tienen las “competencias” necesarias para el cuidado de los bebés, sumado a largas jornadas de trabajo en el campo, lejos de las viviendas.

“... Mi mamá falleció de cuarenta años. No recuerdo bien. Era de la clase 1926 y en el 1970 falleció. Jovencita. Y justo ha echado a luz a uno de mis hermanitos. Porque antes no había médicos como hay ahora. Y enfermero, estaba lejísimo el enfermero. Más o menos como diez, kilómetros, veinte, a caballo. Y siempre acostumbraban los vecinos, las señoras, eran parteras que le decíamos nosotros. Yo no estaba ese año. Justo me había ido a Orán a pelar caña con mi hermano. Yo habré tenido veintiún años. Y bueno, este... Según dicen parece que la mamá ha estado sola, ¿no? Y ya por tener la familia, le ha avisado a la vecina y ha venido a atender hasta que, bueno, ha tenido al chico. El chiquito vivió, ¿qué habrá sido?, tres meses, cuatro meses. Y ha fallecido también. Que el papi se había ido con el chiquito a cuestras, al hombro, ¿cómo es?... Adonde había la salita de enfermería, lejos, caminando. El chico había nacido bien... parece que el enfermero no le ha dado bien las pastillas. No sé cómo el papi le preparaba la leche, la mamadera, si le faltaba o le daba de más... Porque en ese tiempo no tenía conocimiento para... Y nosotros hemos sido... no sé cuántos hermanos” (FG, 65 años, 2016, Molinos)¹²

¹²Esta referencia corresponde al único hombre viejo que hemos podido entrevistar hasta el momento, sobre temas vinculados a la crianza de los hijos y las relaciones entre generaciones. La recuperamos aquí desde la visión masculina acerca de la complementariedad de los roles de género en torno a la UD, incluyendo las tareas de crianza.

Comparando los testimonios, los relatos de los mayores de 60 años aluden a un tiempo donde la atención biomédica no era común, y los/as “médicos/as campesinos/as” junto con las “mamis” eran responsables de la atención durante el 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 el parto y puerperio, especialmente para las madres, ocupa un lugar central en los relatos de entrevistadas mayores de 40 años. Éstos debían contrarrestarse mediante acciones llevadas a cabo por mujeres ancianas consideradas “*baqueanas*” y “*corajudas*”. Al respecto, la mayoría de estas 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 hoy en día el eje de las intervenciones, cuyo objetivo principal es la ampliación de la cobertura, mediante visitas semanales a los hogares y a los puestos sanitarios. Estas visitas incluyen acciones de prevención, promoción de la salud, control de estado nutricional en embarazadas y niños, detección oportuna de patologías y captación temprana de embarazadas. Según datos del Hospital de Molinos (2015), todas las mujeres embarazadas recibieron entre -al menos- uno y cuatro controles prenatales. En lo que concierne a la atención del parto, la mayoría de las *guaguas* nacen en hospitales y son escasos los nacimientos domiciliarios. Al respecto, hallamos que esta situación es más frecuente en las fincas alejadas del pueblo. Una experiencia repetida es la internación en el hospital de Molinos de las mujeres que viven en las fincas, desde la semana 38 de gestación para evitar la ocurrencia de partos domiciliarios. Asimismo, en sus testimonios las mujeres destacan la seguridad que ofrece dar a luz en hospitales de zonas urbanas, a pesar de las dificultades que tienen algunas para afrontar los gastos derivados de estadías en la ciudad, si no cuentan con ayuda de otros familiares, a través de compañía, dinero y/o alojamiento (Remorini, 2013). No obstante las mejoras en la 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

cuidados de una mujer de edad avanzada—sea o no curadora tradicional- y la familia, hoy es una sucesión de hechos planificados en función de evitar los riesgos que son intrínsecos al embarazo sin controles y un parto domiciliario no atendido por médico o enfermera (Drovetta, 2009; 2014). La mayor intervención de profesionales biomédicos, 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 NOA (Drovetta, 2014).

En cuanto a la atención de enfermedades de las madres y sus hijos, la mayoría recurre en primera instancia al hospital o al puesto sanitario. No obstante ello, parte de ellas continúan resolviéndose en el ámbito doméstico. El recurso al saber de las madres, abuelas o mediquitas/os 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).

En síntesis, los relatos ponen en evidencia aspectos del modo de vida actual en los valles que representan continuidades y otros que configuran “novedades” y que conllevan nuevas experiencias para las mujeres de cada generación, a la vez que generan expectativas diferentes en torno al rol del cuidado brindando por los miembros de la UD y por los agentes de la salud pública.

Sobre el rol de las “mamis” según cada generación

En este apartado y en virtud de los objetivos propuestos, nuestro análisis de las referencias discursivas de las mujeres de las tres generaciones (entre 20 y 30; entre 40 y 60; más de 60) focaliza en el rol de las mamis en el cuidado y atención de la mujer y el bebé en la etapa perinatal en el pasado y en el presente, asociado a cambios en las expectativas y experiencias en torno al cuidado de la salud perinatal.

Por razones de espacio, sólo citaremos algunas referencias para ilustrar los principales aspectos considerados.

	Generaciones		
rol de las “mamis”	20-30	40-60	60 y más

<p>Embarazo</p>	<p>- Menor injerencia en relación a nuevos actores del sistema de salud.</p> <p>-Mayor relevancia del periodo gestacional en términos de la salud del niño, no de la madre</p> <p>-Énfasis en dieta saludable y equilibrada por prescripción médica</p> <p>-Mayor valoración de la experiencia propia</p>	<p>- Asociación embarazo-enfermedad. Restricciones en la dieta supervisada por las ancianas. Comidas livianas.</p> <p>- Consejos: No hacer “mala fuerza” ni cargar peso; “no trajinar”</p> <p>- Manteada y sobada para “acomodar la guagua”</p> <p>-Comienzan tensiones entre sus consejos y las prescripciones biomédicas.</p>	<p>- Asociación embarazo-enfermedad. Restricciones en la dieta supervisada por las ancianas. Comidas livianas.</p> <p>- Énfasis en la continuidad de las tareas cotidianas hasta momentos previos al parto.</p> <p>- Manteada y sobada para “acomodar la guagua”</p>
	<p>... mi mama ella siempre está recomendando (...) que no tenemos que levantar tachos pesados, que por ahí haces una mala fuerza y podes tener una hemorragia (...) después no podes salir mucho al sol, que como que de la gente de antes viste tiene otras ideas (...) A veces le hacía caso y a veces no, decía no, vamos a dejar con esas ideas de la gente de antes (Inés, Churkal)</p> <p>(Mi mami) sabía decir que se abría el pecho cuando estaba asustada. Decía vos te has asustado, te</p>	<p>(Tuve) un embarazo digamos normal. Sentía dolores, me decía el doctor “hacé mas reposo, dejá de hornear” (...). (La mami) no sabía, yo no le dije hasta dos meses antes, no le avise porque si le decía yo sabía que se iba a preocupar y no me iba a dejar hacer nada! Entonces dije “yo no le aviso a la mamá porque me va a tener acostada seis meses” (María, Molinos)</p> <p>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 y después ya... eso nos acomodaban más o menos una semana... un mes antes... ellos al vernos caminar nomás ya... que decían los papás de antes... porque no había radiografía ni nada (Fabiana, Santa Rosa)</p>	<p>“... cuando una mujer estaba enferma no podía comer casi, no llenarse mucho, no comer como comíamos antes. Es el peor parto después, no pueden echar la criatura porque están muy pesadas” (Lidia, Tomuco)</p> <p>“... cuando vivía mi mamá ella no me abandonaba, me mandaba sirvientas, me decía no hagas esto ... el marido no nos va a hacer nada, nada...él se sienta a comer...de piernas cruzadas, no le interesa (ella)...No me hace faltar nada” (Luisa, Molinos)</p>

	<p>tocaba acá y decía que se te había abierto el pecho. Y así que ella con una manta te movía, porque cuando te asustas, te agarra vómito, de todo un poco. Y así que ella me curaba. Así con la manta y me envolvía el pecho (Yoly, Molinos)</p> <p>Dice la mami que así hacían (ellas), se cuidaban mucho antes pero trabajaban, yo no sé... me dicen que tengo que cuidarme, que el bebé puede tener ... problemas (Sandra, Entre Rios)</p> <p>No yo voy en el hospital nada más...porque ya como tengo al Tiago que es ya el último, ya experiencia tenía de qué puedes comer y qué no, de los otros chicos (Nilda, Molinos)</p>	<p>Mi suegra ella no quería que lave mucho, mas antes entonces no había lavarropas, era todo lavar a mano, ella me decía m'hija no laves mucho, porque yo lavaba a la mañana y a la tarde, a la mañana y a la tarde, decía a las caderas te va a joder, no hija, y después así no, yo hacía de todo, yo cuando estaba embarazada limpiaba... (Eli, Molinos)</p> <p>...y viste que cuando uno es chica, la mamá tiene que estar, porque uno tira a la joda, bah, salir, jugar que se yo!! Y más la mamá es la que me ha ayudado (Diana, Santa Rosa)</p> <p>Digamos cuando yo tenía mi primer embarazo que estaba sentada o acostada, caminar, caminar, y yo no, porque me canso, que la cadera, que esto que lo otro, y entonces después cuando ya tenía al bebe me dice vos tendrías que haber caminado mucho, porque dice que si no el bebe se crece y vos después no podes tener, bueno, ya después los otros embarazos me puse a caminar más, y es verdad eso (Nelly, Molinos)</p>	<p>Pero yo no he sido de esas, yo siempre he sido fuerte, será que no sé dejar de hacerlo también; todo se tiene que hacer; se trabaja lo mismo (Nilda, Molinos).</p>
<p>Parto</p>	<p>-Ninguna injerencia directa en la atención del parto, a excepción de emergencias -Acompañamiento de la madre durante internación y/o derivación</p>	<p>- Atención del parto de manera frecuente debido al acceso restringido a servicios de salud</p> <p>-Cuidado de los otros hijos de la madre</p>	<p>- Atención del parto de manera frecuente debido al acceso restringido a servicios de salud</p>

	<p>- Cuidado de los otros hijos de la madre</p>		
	<p>... Los míos todos en hospital, porque ahora no es como antes, te controlan las doctoras y ya te mandan cuando estás por tener (Mariela, Churkal)</p> <p>... acá todas vamos ahora a hospital, alguna puede ser... que haya tenido en la casa, a veces no llega si es de noche (Patricia, Gualfin)</p>	<p>Teníamos que pedir la ambulancia y aquí hasta que vayan y hablen, no todos tienen teléfono, celular.</p> <p>Teníamos que ir a caballo, así teníamos ir, nosotros de aquí 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. Pero la mayoría de chicos yo l'he tenía aquí en... ya en en la casa nomás, pue' (Amalia, Colomé)</p> <p>(¿la diferencia entre... el embarazo tuyo de Pancho y de Joaquín?) con Pancho la mami (...) te aconsejaba, te ayudaba (...) y que por ahí ya con Joaquín fue diferente, ¿no?, ya tenía experiencia con la nena, con la Ana, ya lo había criado a Pancho... ya no... ya sabía casi todo, si, dudas, por ahí, para el doctor ya iba, le preguntaba, miedo tenía, porque era mucha la diferencia (Marta, Molinos)</p> <p>... más antes íbamos, como no teníamos el sanitario (agente sanitario) íbamos a Molinos... el primer hijo que yo he tenido en Molinos, ya en el segundo hijo ya íbamos a Amaicha... al control (...) ya para tener el hijo íbamos a Molinos... pero la mayoría de chicos yo l'he tenía aquí en el campo (Aurora Colomé)</p>	<p>... mamá iba así, como vivía en el... en el puesto digamos, donde ella trabajaba y iba al puesto... así nació directamente en el campo, en el campo... sintió dolore' y le tuvo ahí nomá', sin ayuda de nadie (Delia, Gualfin)</p> <p>No había médico. Todos tenían su bebé en su casa. (Yo lo tuve) con mi suegra y con mi cuñada (...). Así nada más tenían (...). (Otra hija nació en la escuela. Me ayudó mi prima (...) mandaron a llamar la ambulancia (pero cuando llegó ya había nacido). Si, después la han llevado a Molinos (Felipa, Gualfin)</p>

Puerperio	<p>-No requiere de cuidados específicos: recuperación rápida, incorporación a las tareas cotidianas</p> <p>- Los consejos de las mamis en este periodo no se respetan como antaño</p> <p>- Controles biomédicos</p>	<p>-Cuidados específicos a cargo de las mamis: prevención de “recaída” y “matriz”</p> <p>-Reclusión de las madres</p> <p>-Colaboración activa en las tareas cotidianas</p>	<p>-Cuidados específicos a cargo de las mamis: prevención de “recaída” y “matriz”</p> <p>-Reclusión de las madres</p> <p>-Colaboración activa en las tareas cotidianas</p>
	<p>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 tiempo me acuerdo que la mamá me tenía en cama, que no entre en una recaída, esas cosas (Ines, Churkal)</p> <p>... porque ahora ni de las comidas te dicen nada de dieta (...) salís del parto y ya podés comer lo que quieras; si salís bien (...) Pero yo digo que a lo mejor por las inyecciones que ponen ya uno no se recae de nada... o no te hacen mal las comidas (Eva, Santa Rosa).</p>	<p>Ahora, has visto que tenés el parto y ya te meten a la ducha a la tarde.</p> <p>Digo yo que no creo, o será por las inyecciones que te ponen ahora. Porque apenas tenés el bebé, ya te ponen no se qué inyección. Será por eso que no te pasa nada, no sé (...)</p> <p>Estas más cuidada ahora que antes (María, Molinos).</p> <p>Después que los tuve (a mis hijos) no, 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... si ahí nos tenía más o menos quince días sin bañarnos (...) toda la comida, nos daban... comida no pesada... (Fabiana, Santa Rosa)</p>	<p>...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 (desmando), y en el hospital no te curan, no saben (...) por eso después del parto te tenés que hacer curar por los médicos campesinos</p>

Consideraciones finales

A través de estas páginas, hemos aportado alguna evidencia en torno al papel de las relaciones intergeneracionales, y particularmente de las “*mamis*” en la atención y cuidado de mujeres y niños durante el embarazo, parto y puerperio en Molinos. En este sentido, caracterizamos instancias en las que mujeres de diferentes generaciones comparten, negocian y actualizan

saberes y prácticas de atención. Asimismo, evaluamos algunas continuidades y cambios en estos roles a través de la comparación de relatos de cuidadoras de diferentes generaciones.

Los relatos en las tres generaciones contempladas se articulan en función de una oposición temporal entre el “antes” y el “ahora”. El “ahora”, tiempo de la enunciación donde se ubican las entrevistadas para referir a sus propias experiencias de maternidad y/o de cuidado, se contrasta explícitamente con el pasado. Es interesante notar que aunque las referencias de los relatos sean sobre experiencias personales, tienden a generalizarse para construir sujetos colectivos, dotándolos de cierta homogeneidad (Guanaes, 2011; Morgante y Martínez, 2015). Las categorías generacionales (abuelos, antiguos, mamis) adquieren relevancia en tanto clasifican y caracterizan a los sujetos que se citan (Chein, 2001), ubicándolos en un tiempo y contexto discursivo que pone de manifiesto ciertas rupturas con las experiencias de las más jóvenes. Sin embargo estas mismas categorías generacionales, a partir de la permanencia de las denominaciones y ciertas connotaciones asociadas a su enunciación, reproducen ciertos aspectos de la identidad de los molinistas. Así, los servicios socio-sanitarios y educativos negocian, articulan, revisan y resignifican algunas antiguas prácticas a la luz de criterios y principios de la biomedicina.

Tanto antes como ahora, vínculos que resultan significativos como proveedores de consejo y apoyo en la crianza provienen fundamentalmente del contexto doméstico, más precisamente de las mujeres mayores. Ello ocurre en el marco de un modo de organización familiar que se sostiene a lo largo de las generaciones, en el que los hombres están temporal o permanentemente ausentes. (Remorini et al. 2010). Cuando si están presentes, se exhiben como carentes de competencias plenas para reemplazar a las mujeres en tareas de atención y cuidado en torno a la salud perinatal, entre otras cuestiones de la cotidianidad. La escasa participación masculina se contrapone al papel que juegan las mujeres, sobre todo de las mayores. Este posicionamiento no necesariamente es reconocido por instituciones en la que prima un ideal de la familia biparental. Ello se evidencia como un obstáculo en la articulación de instituciones tradicionales y nuevas.

En este sentido, hemos observado cómo las solidaridades intergeneracionales se traducen en redes de apoyo efectivas para el cuidado de la salud, en el marco de familias extensas de tres o más generaciones. Como señalan Bazo Royo y Maiztegui Oñati (2006) el sistema de cuidado familiar se construye principalmente alrededor de la madre, la hija y la nieta, representadas en este trabajo a partir de las tres generaciones consideradas.

La disponibilidad reducida de los padres (o de la madre) para el cuidado y la supervisión de los niños, por las razones antes referidas, redundaría en la necesidad de que otros adultos se comprometieran en su crianza. En la población anciana, sin desconocer el grado de vulnerabilidad que puede alcanzar a alguno de ellos, reside un recurso importante para dar respuesta a estas necesidades (Uhlenberg, 2000). Y este beneficio puede verse favorecido por el potencial de los niños para dar respuesta a las necesidades de los viejos. En este punto, resulta importante destacar que los roles y posibilidades de los adultos mayores son mucho más amplios cuando se los observa desde una perspectiva que relativiza la noción de “dependientes”. La consideración de su intervención como proveedores de cuidado y sostén a las generaciones más jóvenes nos permiten reconsiderar la asociación frecuente y necesaria entre viejo/dependiente/vulnerable. Así, focalizar sólo en la necesidad de su cuidado¹³ oscurece sus contribuciones a un escenario de solidaridad intergeneracional, asociado a situaciones y factores como los descritos anteriormente. Además de actuar como referentes para la toma de decisiones y ser de algún modo quienes propician la continuidad de algunas “tradiciones”, el rol de las madres y mamis alcanza también otros aspectos. Entre ellos el sostén económico y el apoyo a través de consejos y/o realización de actividades concretas de subsistencia que completan las tareas de la mujer durante el embarazo y puerperio. Asimismo son quienes acompañan a sus hijas y nietas en sus itinerarios de atención en las instituciones de salud.

Ante la centralidad de las relaciones intergeneracionales al interior de las familias, 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”. Las relaciones parecen circunscribirse a las definidas por el parentesco consanguíneo y afinal. (Jacob et al, 2011)

Al respecto, en los años recientes, la investigación ha mostrado que, tanto en sociedades indígenas y rurales como urbanas/industrializadas, los numerosos cambios que se registran en el segmento de la población más vieja ha aumentado el potencial de este grupo de edad para hacer contribuciones productivas en el área del cuidado, supervisión y capacitación de los niños y

¹³ Considerar al adulto mayor solo como un ser frágil a quien hay que cuidar no da cuenta del conjunto del colectivo que conforman los mayores de 65 años: hay personas que se mantienen activas incluso laboralmente y que llegan a edades notablemente avanzadas manteniendo una alta dosis de adaptación y de flexibilidad ante los cambios. De ahí que algunos expertos en las políticas destinadas a los mayores sostienen que se debe estimular y reconocer el rol que desempeñan las personas mayores y la gran contribución que pueden brindar al bienestar general y de sus comunidades (Golbert et al, 2012)

jóvenes. Como señala Traphagan (2003: 127) es frecuente que en las sociedades indígenas y rurales, a diferencia de lo que sucede en las sociedades industriales, las mujeres ancianas sean consideradas como proveedoras de cuidado más que como receptoras de cuidado “...*particularly, as they enter into middle and old age, woman often become care takers of the collective well-being of the family...*”.

El tratamiento del cuidado de la salud en articulación con las relaciones intergeneracionales a los largo del tiempo en el caso de Molinos, 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, 1981:17 citado en Faur 2012). En el mismo sentido, la socialización en torno al embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido es un proceso de "negociación bilateral" continuo. Cada miembro de la sociedad –y en particular cada generación de mujeres, en una tensión entre el saber de las más ancianas y el cambio encarnado por las más jóvenes– aborda la relación como un agente de sus propios intereses de desarrollo (Sáez Narro et al, 1993). En tales circunstancias la visión de un envejecimiento activo se redimensiona por la valoración de las capacidades gerónticas frente a las de los representantes de las generaciones que les suceden, y por la capacidad de negociación de sentidos entre las mamis, las madres y las más jóvenes.

Referencias bibliográficas

- Bazo Royo, M. y C. Maiztegui Oñate. 2006. “Sociología de la vejez”. En M.T. Bazo Royo y B. García Sanz. Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Ed. Médica Panamericana, Madrid.
- Bowers, B & B J. Myers. 1999. Grandmothers Providing Care for Grandchildren: Consequences of Various Levels of Caregiving. *Family Relations*, Vol. 48, No. 3 (Jul., 1999), pp. 303-311.
- Chein, D. 2001. «Y así eran las cosas de antes...»: la tradición oral del relato de crianza en una comunidad de los Valles Calchaquíes. *Revista de Investigaciones Folklóricas*, vol. 16, pp. 57-67.
- Castillo, Domingo. 2009. Envejecimiento exitoso. *Revista de Medicina Clínica Condes* 20 (2).
- Crivos, M. y A. Eguía. 1981. Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional en los Valles Calchaquíes. *Folklore Americano*, nro. 31.
- Crivos, M. y M. R. Martínez. 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). En: Actas de la IX International Oral History Conference. Gotemborg, Sweden.

Drovetta, R. 2009. Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina. Barbarói. Santa Cruz do Sul, 31.

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 (Eds.), Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina: Interacciones con el “mundo de afuera” .FFL, UBA, Buenos Aires.

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. Esquivel, Faur & Jelin. (Eds) Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. Buenos Aires, IDES.

Golbert, L.; Roca, E. y M. E. Lanari. 2012. ¿Piso o sistema integrado de protección social? Una mirada desde la experiencia argentina. Secretaría de Seguridad Social, Buenos Aires.

Guanaes, A. 2011. A presentificação das histórias e das (h)istóriasem. The Ways Of My Grandmothers, de Beverly Hungry Wolf. Revista Olho d’água, v 3 nro 2/Universidade Estadual Paulista. São José do Rio Preto, UNESP

Jacob, A; Palermo, ML; y Remorini, C. 2011. “Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta)”. Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social.

Meehan, M &R. Hawks. 2014. Maternal and allomaternal responsiveness: the significance of cooperative caregiving in attachment theory. In: Otto and Keller (2014). Different faces of Attachment. Cultural variations on an universal human need.Cambridge University Press.

Morgante, M. G. y M. R. Martínez. 2011. “Etnogerontología de dos poblaciones del Noroeste de la República Argentina”. En: Yuni, J. (comp.), La vejez en el curso de la vida, Catamarca, Encuentro Grupo Editor.

Morgante, M. G. y M. R. Martínez. Roles y saberes. 2015. Una construcción etnogerontológica sobre relatos y trayectorias (Molinos, Salta). Actas de las XI Jornadas de Sociología, UBA. Julio de 2015.

Remorini, C; Morgante, M. G. y Palermo, M. L. 2010. “Mamis” y “guaguas”: familia, maternidad y crianza a través de las generaciones en Molinos Salta, Argentina. VII Reunión del Grupo de Trabajo Familia e Infancia. La familia y sus miembros: pensando la diferencia en

América Latina. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile. 21 al 23 de octubre de 2010. <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/grupos/GTF/remorini.pdf>

Remorini, C. y Palermo, M. L. 2012. "...Es que antes no sabía haber doctor. Alternativas para el cuidado de la salud materno-infantil en una población de los Valles Calchaquíes (Salta, Argentina)". Actas del 54 Congreso Internacional de Americanistas. Viena, 15 al 20 de julio de 2012. Pág. 2571.

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 (BIFEA), 42 (3): 411-433.

Remorini, C y M. L. Palermo. 2014. "Acerca de 'niños en riesgo' y 'padres no suficientemente buenos'. Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina)". Bienal Latinoamericana de Infancias y Juventudes Sesión: Construcciones diversas de niñez, crianza y aprendizaje en América Latina y su lugar en las políticas públicas de educación y salud. Colombia, Manizales

Remorini, Carolina y M. Gabriela Morgante. 2016. Las relaciones intergeneracionales y las prácticas de cuidado en el seno de unidades domésticas vallistas del Departamento de Molinos (Salta, Argentina). XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Buenos Aires, 3 al 5 de Agosto de 2016.

Riley, M & J. Riley. 2000. Integración entre edades: Contexto conceptual e histórico. *The Gerontologist*, vol. 40, N°3, Junio 2000.

Santos de Santos, Zulma. 2009. Adulto mayor, redes sociales e integración. Trabajo Social N.º 11, Bogotá.

Saez Narro, N., Aleixandre, M; De Vicente, P; Meléndez, J e I. Villanueva. 1993. Cambio y socialización en la tercera edad. *Investigaciones Psicológicas*, Vol. 12.

Seara, R&R. Maceb. 2008. Who keeps children alive? A review of the effects of kin on child survival. *Evolution and Human Behavior* 29: 1-18

Traphagan, J. 2003. Older women as caregivers and ancestral protection in rural Japan. *Ethnology*, 42 (2): 127-139.

Uhlenberg, P. 2000. Introducción: ¿Por qué estudiar la integración entre edades? *The Gerontologist*, Vol. 40, N° 3, 2000.