



Prácticas de cuidado y atención de la salud infantil

Una aproximación etnográfica en dos Centros de Atención Primaria de la Salud del partido de La Plata

María Adelaida Colangelo

Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CIC) / Laboratorio de Estudios en Cultura y Sociedad, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Recepción: 22 de septiembre de 2025

Aprobación: 07 de noviembre de 2025

Publicación: 10 de diciembre de 2025

Resumen

En este artículo se pretenden analizar los sentidos sobre la salud y el cuidado infantil construidos en las prácticas e interacciones cotidianas de los integrantes de los equipos de salud y las familias usuarias de dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del partido de La Plata, provincia de Buenos Aires.

El estudio, realizado con una metodología etnográfica, ha mostrado que en los ámbitos de atención primaria de la salud se producen constantes apreciaciones y evaluaciones acerca del modo en que los niños y niñas son criados, en las cuales no solo participan los agentes de salud, sino también los propios usuarios de los establecimientos. En este marco, se destaca el carácter activo de las mujeres encargadas del cuidado infantil, quienes despliegan diferentes estrategias para lidiar con las dificultades del sistema de salud y buscar la mejor atención posible para la salud de sus niños y niñas.

Finalmente, se indaga en el lugar que ocupan los CAPS en la organización social del cuidado en sus contextos locales.

Palabras clave: Infancia, Cuidados, Salud

Child health care and attention practicesAn ethnographic approach in two Primary Health Care Centers of the La Plata district

Abstract

This article aims to analyze the meanings of health and child care that are constructed in the everyday practices and interactions of health team members and the families using two Primary Health Care Centers (CAPS) in La Plata, province of Buenos Aires. The study, carried out with an ethnographic methodology, has shown that in primary health care settings, constant assessments and evaluations arise regarding how children are raised, in which not only health agents participate but also the users of the centers themselves. In this context, the active role of women responsible for child care stands out, as they deploy different strategies to cope with the difficulties of the health system and seek the best possible care for their children. Finally, the article explores the role that CAPS occupy in the social organization of care in the local contexts.

Keywords: Childhood, Care, Health

Introducción

Llego al CAPS A para realizar trabajo de campo, como otras mañanas, y me asombran el silencio y la sala de espera vacía. Cuando pregunto por el motivo de tanta quietud a las promotoras y la administrativa que se encuentran en la salita del equipo, me cuentan que la pediatra avisó que no iría y la obstétrica pasó a atender a la tarde. A lo largo de la mañana solo entrarán un señor, acompañado por su hija, para que la enfermera le tome la presión, y una o dos mujeres que consultan en el mostrador sobre días de atención médica y disponibilidad de vacunas (Registro de campo CAPS B, 2023).

Los niños y niñas –sobre todo aquellos/as menores de dos años– y las mujeres en su condición de madres constituyen los usuarios más frecuentes de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)¹ y son, en términos más amplios, los principales destinatarios de gran parte de las políticas públicas de salud aplicadas en el primer nivel de atención.² Son ellas y ellos quienes pueblan habitualmente las salas de espera y los consultorios de los CAPS y motorizan gran parte de las intervenciones de los equipos de salud, integrados por médicos/as, enfermeras, promotoras de salud, trabajadoras sociales, psicólogas, obstétricas, odontólogos. En esas intervenciones, el cuidado como categoría ocupa un lugar central, integrando gran parte de las explicaciones o recomendaciones acerca de la salud y la enfermedad. En lo que concierne más específicamente a la atención de la salud infantil, los modos de criar y cuidar cotidianamente a niños y niñas emergen como temas en torno a los cuales se desarrolla gran parte de las consultas y como ejes de preocupaciones tanto para las familias como para los agentes de salud. Partiendo del carácter social e históricamente construido de la infancia (Szulc et al., 2023), el cuidado infantil puede ser entendido –en términos muy generales– como el conjunto de prácticas materiales y simbólicas, socialmente producidas y organizadas, orientadas a mantener la vida de los niños y su bienestar (Llobet, 2011; Pautassi y Zibechi, 2013). Aunque compartiendo la amplitud y polisemia del concepto más general de cuidado, el concepto de “cuidado infantil” aparece estrechamente relacionado con el de “crianza”, que hace especial énfasis en los procesos de atención y formación de los niños que se producen en los entornos más próximos, como las familias, durante los primeros tramos de la vida. No obstante, el análisis del cuidado busca trascender el ámbito doméstico e implica considerar un conjunto más amplio de actores e instituciones particulares, comunitarias o estatales, entre las cuales se encuentran los establecimientos de atención de la salud. De allí que autoras como Faur (2014) o Esquivel et al. (2012), desde un interés centrado en las políticas públicas, las relaciones de género y el papel del Estado, propongan el estudio de la organización social y política del cuidado infantil, “entendido este como

1 Desde una perspectiva maternalista que persiste, como lo muestran Nari (2004) y Pozzio (2007) para diferentes momentos históricos, niños y madres son considerados la población más vulnerable en los procesos de salud y enfermedad –la “población materno-infantil”– y, por lo tanto, la que debe ser atendida y cuidada en forma prioritaria.

2 El primer nivel de atención se refiere a los establecimientos de menor complejidad de atención de la salud, como los CAPS, que constituyen la “puerta de entrada” al sistema de salud y cuyo abordaje se basa mayormente en la estrategia de Atención Primaria de la Salud o APS. Los CAPS aquí considerados son de gestión municipal, aunque a través de ellos también se implementan políticas de salud provinciales y nacionales.

la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros accede, o no, a ellos” (Faur, 2014, p. 19).³

Sin embargo, el interés del saber médico y de los agentes de salud en general por el cuidado infantil puede considerarse relativamente reciente en nuestro país, resultado de un intenso proceso de medicalización de la crianza que se inició hacia fines del siglo XIX (Colangelo, 2019a). Dicho proceso implicó tensiones, disputas y negociaciones –que aún hoy continúan– entre el saber médico y los saberes populares, tradicionales y religiosos sobre la crianza, a través de las cuales se construyó la creencia en la legitimidad de la medicina como saber experto en el cuidado infantil, aunque ello no devino en una transformación total de las prácticas. Partiendo de esas consideraciones generales, en este artículo busco recuperar algunos aspectos ligados a la salud y el cuidado infantil que han ido emergiendo a lo largo de una indagación antropológica comenzada en 2017, en relación con los CAPS de dos localidades del partido de La Plata. Esta investigación, enmarcada en el Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN) de la CIC, provincia de Buenos Aires, ha sido desarrollada mediante una metodología etnográfica que se ha mostrado fructífera para conocer los múltiples sentidos y prácticas que las familias y el personal sanitario construyen acerca de la infancia, la salud, la crianza, los cuidados y las responsabilidades parentales.

Ambos CAPS fueron elegidos por su accesibilidad geográfica y por las características de su población usuaria, en la que se entrecruzan aspectos ligados a la diversidad cultural, con aportes de población migrante de países limítrofes y del interior del país, y a la desigualdad sociourbana. En uno de ellos (que será llamado “CAPS A”), situado en una localidad que forma parte del conglomerado urbano de La Plata, aproximadamente a 2 km del centro de la ciudad, el trabajo se extendió de forma sistemática hasta 2019. En el otro (“CAPS B”) la investigación continúa hasta la fecha y está ubicado a 10 km del centro platense, en una zona periurbana en la que la urbanización ha ido reemplazando áreas rurales vinculadas con la producción hortícola. Más allá de otras diferencias contextuales, ambos realizan sus intervenciones en áreas que han atravesado fuertes procesos de transformación territorial y poblacional, que impactan en la conformación y necesidades de las comunidades a las que atienden. Estos procesos se vinculan, en un caso, con la relocalización de pobladores hacia otro barrio, a partir de la realización de obras hidráulicas en el arroyo que atraviesa la zona. En el otro, ha estado ligado a la venta de tierras de antiguas quintas destinadas al cultivo y a la conformación de grandes barrios cerrados, proceso que ha generado una creciente segregación socioespacial y una mayor polarización en la composición de la población. Asimismo, cabe mencionar brevemente las condiciones y ámbitos de trabajo en los se enmarcan las tareas de los equipos

3 En los últimos quince años ha ido desarrollándose en las ciencias sociales, a partir de los aportes de los debates feministas, un amplio campo de estudios sobre el cuidado, que excede los análisis de las cuestiones vinculadas con la infancia. Estos estudios han contribuido a desnaturalizar la distinción entre lo público y lo privado, las tareas de producción y reproducción, así como la asignación de ellas a los géneros masculino y femenino.

de los CAPS que, de distintas maneras a lo largo de los diferentes momentos que abarca la investigación, se han caracterizado por la precariedad institucional (alta rotación de los jefes y falta de personal, equipos incompletos), laboral (en cuanto al salario y vínculo formal de empleo, con marcada heterogeneidad en la inserción laboral), de recursos y edilicia (Colangelo y Weingast, 2018; Pagnamento y Weingast, 2021).

El abordaje de la crianza y los cuidados en la infancia por parte de los equipos de los CAPS, las relaciones establecidas con las familias usuarias, las estrategias que estas ponen en juego al procurar la atención de sus niños, así como las construcciones de la niñez y de maternidad que se evidencian en esos procesos, constituyen algunos de los ejes que han atravesado la investigación durante estos años. Si en trabajos anteriores (Colangelo, 2019a; 2019b) puse el foco en el modo en que el saber médico, como saber experto, promueve determinadas prácticas de crianza y contribuye a producir representaciones sobre la salud y el cuerpo infantil, en este trabajo me centraré en las relaciones que se establecen entre los agentes sanitarios y las familias a cargo de los niños y niñas, así como en las prácticas que las mujeres madres y otros adultos cuidadores despliegan en los CAPS para lidiar con las dificultades que se les presentan en el proceso de atención. Asimismo, buscaré situar a los CAPS como parte de la organización social del cuidado infantil en los ámbitos barriales a los que pertenecen, teniendo también en cuenta algunos efectos de la pandemia de covid-19 en esas tramas locales.

Sobre responsabilidades adultas y necesidades infantiles: encuentros y desencuentros entre familias y equipos de salud

Acompaño a la promotora de salud del CAPS A a visitar a Rosario,⁴ una joven que vive con sus hijos en un nuevo asentamiento que se ha ido armando a la vera del arroyo. La visita domiciliar se realiza a pedido del pediatra, quien argumenta que se trata de una chica sola a cargo de sus hijos, aunque teniendo en cuenta que esa es la situación de numerosas familias que concurren al CAPS, supongo que hay algo más en la situación de Rosario que le generó preocupación.

Encontramos a Rosario cargando agua en unos bidones en una casa vecina; rápidamente nos hace pasar a la suya. Está embarazada y tiene tres hijos: una nena de 3 años y dos varones, de 4 años y 11 meses, respectivamente. Su pareja está presa y ella le lleva alimentos siempre que puede. Ha estado habitando en diferentes lugares prestados, de los cuales ha tenido que irse a partir de situaciones conflictivas, en ocasiones llegó a dormir algunas noches en la calle o en una plaza con sus chicos. Actualmente vive en un espacio que le presta una vecina a quien le dio lástima que no tuviera donde vivir con sus hijos. Mientras conversamos, su hijo mayor juega entre las sillas y el bebé mira por la ventana y juega sobre la cama; la nena, a quien ya ha bañado, está en lo de una vecinita.

4 Los nombres de las personas mencionadas han sido cambiados, a fin de preservar su intimidad.

Cuando le explicamos el motivo de nuestra visita, nos cuenta que, en realidad, cuando el día anterior llevó a sus hijos al control, el pediatra le recriminó que hubiera ido sola porque se complicaba manejar y revisar a los chicos y le dijo que la próxima vez fuera con alguien que la ayudara. “Yo sé que estos son medio *chuckys*, pero yo no le digo nada al médico que llega como dos horas tarde”, dice enojada. Relata que estuvo esperando en el CAPS con los nenes desde las 11.00 hasta las 14.00 y al cabo de todo ese rato sus hijos estaban cansados e inquietos. Aunque le quede más lejos, prefiere la atención que recibe en el Hospital G., donde nacieron sus chicos, la conocen mucho y ella se siente cómoda y bien tratada. Allí, además, le detectaron un problema de riñón a su hijo menor. Mientras conversamos, Rosario nos muestra los estudios que le han hecho y la indicación del medicamento que debe recibir. (Me asombra el modo en que Rosario, que ha andado viviendo de casa en casa, siempre “con lo puesto”, logra tener toda la documentación médica e historias clínicas de sus hijos prolijamente ordenados en una carpeta con folios que guarda en una bolsa).

Al salir, la vecina nos cuenta con tono desaprobador, que Rosario malgasta el dinero y que lleva a su pareja y a su hermano presos gran parte de los alimentos que recibe como ayuda, mientras a veces los nenes no tienen leche para tomar (Notas de campo CAPS A, 2018).

Seleccioné este extenso fragmento del diario de campo porque condensa varios aspectos que presentan continuidades a lo largo del período de estudio y que procuraré analizar a lo largo de este apartado. En primer término, muestra el lugar central de los niños y su salud para todos los actores sociales involucrados, quienes, desde lugares y perspectivas diferentes, expresan su preocupación por los cuidados que reciben y el modo de mantenerlos sanos. Al mismo tiempo, da cuenta de las tensiones que se suscitan en torno a la crianza y el cuidado infantil entre los agentes de salud y los integrantes de las familias, especialmente las madres, así como también entre estas; tensiones que involucran ideas y valoraciones sobre las necesidades infantiles y las formas adecuadas de satisfacerlas. A su vez, la ponderación que Rosario realiza sobre los diferentes establecimientos sanitarios permite vislumbrar el modo en que quienes cuidan a los chicos y chicas evalúan y toman decisiones –dentro de su estrecho margen de posibilidades–, acerca de la atención que reciben en el sistema de salud. Veamos estos elementos con un poco más de detalle.

Las observaciones realizadas en los CAPS han mostrado que en el abordaje de la salud infantil se producen constantes evaluaciones y “estimaciones” (Barna, 2014) acerca del modo en que los niños son criados, en las cuales el cuerpo infantil cobra un lugar central –aunque no exclusivo– como prueba de los cuidados recibidos. En otros términos, el cuerpo del niño o de la niña aparece así como el territorio donde son leídos, a modo de evidencia, los cuidados que se le han brindado. Se trata de un cuerpo concebido por el saber médico como un cuerpo inmaduro y en transformación, cuya normalidad está dada por la capacidad de cambiar, de aumentar de tamaño y complejizarse progresivamente, dentro de un recorrido esperable. Las

nociones de crecimiento y desarrollo sintetizan esas características y constituyen el núcleo de la concepción de la niñez sobre la que se fundan la pediatría y las ciencias de la salud en general (Colangelo, 2019a).

Es sobre todo en el momento del control periódico de salud –“el control”, como lo nombran habitualmente usuarios y personal de los CAPS– donde se condensan las valoraciones sobre los cuidados, a la par de la puesta en juego de un conjunto de representaciones acerca de la niñez, la familia y la maternidad. Considerado como un elemento central de la atención primaria de la salud y sus estrategias eminentemente preventivas, el control de salud del niño sano implica una serie de acciones: medir, pesar, observar, registrar, comparar, evaluar, interrogar, indicar. Estas acciones configuran una rutina que, con algunas variaciones, se pone en práctica en los consultorios de las instituciones de salud estudiadas, con especial intensidad durante el primer año de vida. En ese proceso, el examen del cuerpo infantil es complementado en mayor o menor medida con las preguntas realizadas a los adultos que acompañan al niño, acerca de prácticas como la alimentación, la higiene corporal, hábitos de sueño y logro de hitos madurativos como sentarse, caminar, comenzar a hablar, etc. Así, a pesar de su centralidad, las características corporales del niño no son consideradas como la única evidencia de los cuidados recibidos, pues los integrantes del equipo de salud también ponderan los comportamientos, relaciones y situaciones de los adultos a cargo de los niños, a través de lo cual evalúan la capacidad de cuidado de la familia, especialmente de la madre. A través de esos diferentes elementos va siendo construida una clasificación más o menos implícita entre cuidadores adecuados o inadecuados, poniendo en juego una serie de sentidos sobre la responsabilidad parental, de cuya elaboración participan desde diferentes lugares el personal de salud y también los propios usuarios.

Esa clasificación se refuerza con respecto a las mujeres madres, mediante distinciones entre madres “responsables” y madres “irresponsables” o “descuidadas”; entre aquellas que, aun en situación de pobreza, son receptivas y cumplen con las indicaciones del equipo de salud, además de realizar otras prácticas de cuidado, como escolarizar a sus hijos, y aquellas otras que son desorganizadas, no llevan a sus hijos a los controles, pierden turnos o no cumplen con las prescripciones médicas. Cuando no se hace presente algo de lo esperado en cuanto a los roles y actitudes de cuidado, se pone en marcha una suerte de sospecha, que da lugar a nuevas indagaciones o intervenciones. Así, el desorden que los hijos de Rosario instalaron en el consultorio del pediatra generó dudas sobre su capacidad para cuidarlos y educarlos, dando lugar a una visita domiciliaria para conocer más sobre su situación. O cuando Mercedes, una vecina del CAPS B, llevó a atender a su nieto de 6 años y recibió un fuerte cuestionamiento de la médica por ser ella y no la madre del niño quien se ocupara de ese aspecto del cuidado, obligándola a explicar y demostrar su carácter de responsable legal del niño.

Así, en torno al cuidado “adecuado” o “inadecuado”, “suficiente” o “escaso” se activan moralidades, se construyen problemas y se forjan intervenciones, tal como han analizado múltiples trabajos etnográficos desarrollados en otros espacios institucionales o en ámbitos comunitarios (Grinberg 2010; Barna 2014; Leavy 2018; Fernandes, 2020). Sin embargo, como también lo hacen estos autores, es necesario dar cuenta de la complejidad de las relaciones que se

tejen en torno de los niños y las niñas para garantizar su salud y cuidado: relaciones que lejos de ser unívocas, están surcadas por tensiones y ambigüedades. En este sentido, la etnografía realizada ha permitido ver que en las estimaciones sobre las capacidades de cuidado y en las intervenciones que de ellas devienen, inciden de manera particular las relaciones –de confianza, empatía o, por el contrario, de extrañeza y rechazo– establecidas entre los integrantes de los CAPS y las familias que allí llevan a atender a sus niños.⁵ Estas relaciones varían según la antigüedad, la continuidad y el conocimiento de la comunidad por parte de los equipos de salud, aspectos que modulan las actitudes de comprensión o, por el contrario, de sospecha y de censura, ante prácticas de cuidado diferentes a las esperadas. Así, por ejemplo, en unos de los centros, donde la continuidad de gran parte del equipo y la pertenencia a la comunidad de las promotoras de salud y empleadas administrativas han permitido un vínculo y un conocimiento estrechos con la población atendida, ciertas situaciones difíciles han dado lugar a estrategias de acompañamiento de la crianza y de sostén de los adultos responsables, evitando, por ejemplo, la institucionalización de los niños. Tampoco esas perspectivas son homogéneas hacia el interior de cada equipo, y varían de acuerdo a las posiciones ideológicas de sus integrantes, el lugar que ocupan en la estructura de la institución, el género, la posición social más o menos cercana a la de las familias usuarias, el establecimiento de relaciones de afecto, entre otros elementos, tal como también lo observa Serre (1997) en otro contexto.⁶

Al mismo tiempo, en las ponderaciones sobre el cuidado infantil no solo participa el personal sanitario, sino también los propios usuarios de los establecimientos. Sobre todo las mujeres a cargo de los niños y niñas construyen clasificaciones y valoraciones sobre el ejercicio de las obligaciones parentales y los modos de criar, desde una naturalización de la responsabilidad materna (Colangelo et al., 2020) que comparten en gran parte con los equipos de salud y otros actores sociales. Así, en afirmaciones como “cuando la madre está presente, los chicos no terminan internados” o la crítica a quienes dejan que sus hijos anden solos en la calle, “los tienen sucios” o desabrigados o demoran la consulta al médico cuando están enfermos, vemos nuevamente la puesta en juego de categorías morales como responsabilidad, irresponsabilidad, altruismo, egoísmo, descuido, cuya elaboración se produce en el marco de relaciones de parentesco y vecindad. Puede suponerse que en estos discursos se evidencia una búsqueda de diferenciarse de esas otras mujeres irresponsables o “dejadas” ante el personal de los centros de salud, pero también, en contextos de precariedad como los que habitan, puede significar un reconocimiento del propio sacrificio cotidiano.

5 En sus estudios etnográficos con médicos de familia en la ciudad de Río de Janeiro, Bonet y Fazzioni (2017) también encuentran que, además de la formación específica, variables como las emociones, los afectos, las trayectorias personales y profesionales y el tiempo de permanencia en el contexto de trabajo, son fundamentales en las prácticas de los profesionales que trabajan en la atención básica

6 A partir de un estudio de las prácticas de intervención con familias producidas en centros de atención de la salud en Francia, la autora encuentra que elementos como los mencionados median la imposición de reglas y pautas preestablecidas por parte los trabajadores, como parte de la construcción de un sentido práctico.

Los sentidos sobre la centralidad de la salud infantil y el cuidado también son puestos en juego por los integrantes de las familias a la hora de resolver las dificultades en el acceso a la atención y buscar que sus niños y niñas sean atendidos por aquellos profesionales considerados más idóneos, a la vez que más amables con sus pacientes. Al respecto, las observaciones realizadas en sala de espera y las entrevistas con diferentes usuarios de los CAPS, han evidenciado el carácter activo de las familias, sus modos de participación y estrategias para lidiar con las dificultades que se les presentan en el sistema de salud y lograr lo que consideran la mejor atención posible para los pequeños y pequeñas a su cargo.

Es mediodía y en la sala de espera una mujer permanece con sus tres hijos en edad escolar, a pesar de que el médico ya terminó de atender. Me cuenta que llegaron a las 6.00 pero solo consiguió turno con el médico de la mañana para uno de ellos. Para los otros dos pudo sacar turno para la pediatra que está a la tarde y, como viven lejos, van a quedarse esperando allí mismo. Ha comprado jugo y galletitas para que almuercen y los chicos han faltado a la escuela (Nota de campo CAPS B, 2019). Llego al CAPS 13.50. Si bien el horario de atención comienza a las 13.30 el pediatra aún no ha llegado; suele demorarse pues viene de trabajar en un hospital del conurbano. En la sala de espera hay cuatro grupos de adultos y niños o niñas de diferentes edades que tienen turno para ser atendidos/as (tres mujeres, un hombre solo y un matrimonio). Al ratito llega un matrimonio joven, de origen boliviano, con un nene de un poco más de un año, que sonríe y juega a esconderse detrás del respaldo de mi silla. Me pongo a conversar con su papá –es quien me cuenta sobre su carácter de migrantes– mientras sigue la espera. Una de las mujeres llama por teléfono a alguien llamada Marcela para avisarle que el pediatra aún no llegó, así que está a tiempo de ir a “la salita”.

Pasadas las 14.00 entra el médico, saluda brevemente en la administración, va al consultorio y comienza a llamar a los pacientes. Mientras tanto, ha llegado Marcela, la mujer a quien la otra llamó por teléfono. En realidad, se trata de un grupo de tres mujeres y varios chicos: una de ellas, Marcela, embarazada y con una nenita de poco más de un año y un chico de unos 10 años; otra, (posiblemente su hermana o cuñada, pues el chico le dice “tía”), con una nena de 2 años, y la tercera, embarazada, que va a atenderse con la obstetra. En un minuto, la sala de espera se llena de charlas, risas y de niños que circulan entre las sillas, bajo las miradas de las mujeres, quienes también les indican que salgan de tal o cual lugar. La más pequeña, que aún no camina, se las arregla para circular agarrándose de las sillas y apoyándose en las paredes; se acerca al nene de los papás bolivianos, interactuando con él mediante sílabas y sonrisas. Su hermano grande se ocupa de ella, ante las indicaciones de la madre. Una de las mujeres comenta que quiso sacar turno para ese mismo día para otra hija, para hacerle el control de los 11 años, pero que “la vieja esa de mierda” (por la secretaria del pediatra) le dijo que ya no había. Cuando se enteran de que, finalmente, la niña podría haber sido atendida, se redoblan las referencias a la “vieja de

mierda”, en voz alta, como para que escuchemos todos, incluida la aludida. A partir de que la madre de la nena de 2 años le da el pecho, comienza un interesante intercambio entre varias de las personas que aguardan con sus hijos o hijas, acerca de la edad más conveniente para el destete.

Transcurre la tarde y el pediatra ha atendido a casi todos los pacientes. Le toca el turno a la nena de Marcela, que tiene broncoespasmo, por lo cual le darán para que se lleve medicación y una aerocámara. Cuando se van, me doy cuenta de que una de las mujeres del grupo y su nena solo habían ido para acompañar a las otras. El espacio de la sala de espera queda en silencio; ya son casi las 16.00 (Notas de campo, CAPS A, 2018).

Las complicaciones para la obtención de turnos, sobre todo por las variaciones en los sistemas para asignarlos, suelen ser los obstáculos para el acceso a la atención de la salud infantil más mencionados. A ello se le agregan los frecuentes cambios en los días y horarios de atención de los profesionales, la información insuficiente al respecto y las demoras en la atención. Como consecuencia, los adultos a cargo de los niños tienen que ir aprendiendo y adaptándose continuamente a nuevas reglas institucionales, que cambian continuamente, de acuerdo al personal disponible en cada CAPS, a mudanzas en su organización y en los lineamientos de las autoridades sobre la realización de la atención. Así, por ejemplo, a lo largo del trabajo de campo en uno de los CAPS ha podido observarse que, en poco tiempo, se pasó del sistema de asignación de turnos a primera hora del día de atención, que requería hacer cola desde la madrugada para garantizarse la atención de los niños, a los turnos programados y, luego, a su obtención por orden de llegada a partir del mediodía, momento en que comenzaba la atención del pediatra. Esto puede implicar para las familias tener que ir varias veces al CAPS hasta lograr que a sus hijos o hijas se les realice el control de salud, con la consiguiente pérdida de días de trabajo por parte de los adultos/as (que, en los empleos informales y precarios que suelen tener, resulta en pérdida de salario) y de días de escolaridad de los niños y niñas. Otras dificultades devienen de la falta de articulación entre efectores de salud, específicamente, entre los CAPS y los hospitales de referencia, donde existen prolongadas demoras para la realización de estudios específicos y con los cuales, además, suele haber problemas de comunicación o diferencias de criterio, lo cual genera que los usuarios tengan que ir varias veces de uno a otro a los fines de resolver los problemas de salud más complejos. Cabe señalar que estas complicaciones afectan también a los integrantes de los equipos de salud, quienes las mencionan como fuente de desgaste laboral.

Sin embargo, los adultos encargados del cuidado de los niños no suelen permanecer pasivos ante los obstáculos que se les presentan para la atención de la salud infantil en los CAPS. Antes bien, sobre todo las mujeres, participan e inciden en ese proceso a partir de sus conocimientos de los diferentes actores y dinámicas institucionales. En determinadas situaciones de desventaja pueden recurrir al silencio como modo de resistencia. Pero también, desde su

conocimiento y evaluación de las características de las instituciones y sus profesionales, desarrollan estrategias para lograr que sus niños sean atendidos por aquellos que consideran mejores profesionales; procesos que no son sistemáticos ni del todo explícitos.

El aspecto más valorado del personal de los CAPS es el trato recibido, incluyendo la manera en que transmite la información sobre horarios, asignación de turnos, ausencia de los profesionales. De la labor de pediatras y de médicos generalistas que atienden niños y niñas, se aprecia especialmente el trato hacia ellos, ellas y sus familias, el conocimiento que tienen de sus pacientes y la minuciosidad con que los revisan. Así, por ejemplo, una madre, migrante paraguaya, madre de un niño de 10 años y de una niña de un mes, manifestaba su aprobación con respecto al nuevo pediatra del CAPS A en términos de que “los revisa todos” a los chicos. Son criticados, en cambio, los profesionales que “los miran así nomás”, no los tratan con atención ni teniendo en cuenta sus particularidades. “No me gusta como atiende; no me gusta cómo trata a los chicos”, comenta otra entrevistada, madre de una niña de 4 años y de otra de 5 meses, sobre una médica del CAPS B. En esos casos, aparece una sensación de desconfianza ante las indicaciones médicas, que suele resolverse buscando otro profesional dentro del mismo CAPS (si lo hay) o en otra institución sanitaria. Un aspecto también apreciado por algunas madres es la capacidad resolutive de las prácticas médicas con respecto a las enfermedades infantiles. Esta aparece, en parte, ligada a la indicación y administración de algún fármaco que se muestre eficaz en revertir los síntomas, como en el caso de la fiebre, frente a opciones de pediatras que proponen esperar y observar al niño o la niña y esperar la evolución de su dolencia antes de medicarlo.

Como muestra uno de los registros etnográficos, una de las maneras que encuentran las mujeres para lidiar con las prolongadas esperas y las dificultades para la obtención de turnos no programados consiste en organizarse e ir juntas con sus niños y niñas al CAPS o avisarse sobre posibles cambios de horarios. Es frecuente encontrar en la sala de espera a grupos de mujeres, generalmente emparentadas (hermanas, cuñadas, sobrinas) o amigas, que han ido juntas a llevar a atender o a hacer vacunar a sus niños y que aprovechan la ayuda de las otras en el cuidado de los pequeños. Asimismo, cuando en el CAPS A se asignaban los turnos al comienzo de la jornada, dos o tres conocidas se acompañaban para ir allí a las 4.00 de la madrugada y permanecer haciendo fila hasta obtener los turnos para sus hijos o hijas. Luego regresaban a sus casas a despertarlos/as y prepararlos/as para llevarlos/as a atender.

Otra de las maneras de resolver algunas dificultades que se presentan en la atención de los niños, como ya se señaló, es buscando respuesta en otros establecimientos sanitarios, especialmente los hospitales. Las ventajas que se les atribuyen (acceso más rápido a los medicamentos, idoneidad atribuida a los profesionales o el modo en que atienden a los niños, celeridad en el diagnóstico y la consulta con especialistas), hacen que, en ocasiones, se decida concurrir a ellos pese a estar más distantes del lugar de residencia. Incluso algunas familias han llegado a ahorrar dinero para llevar a los/as hijos/as al consultorio particular de una pediatra del CAPS A, muy querida y respetada, pero que ya se ha jubilado.

Las situaciones analizadas muestran el esfuerzo y el tiempo destinados, sobre todo por las mujeres de las familias, a garantizar la atención de la salud de sus niños. Al mismo tiempo, puede verse en sus estrategias la construcción de un modo de lidiar con las complicaciones del sistema de salud, que incorpora las dificultades como algo esperable, aunque no por eso menos cansador y desgastante, de manera semejante a como lo muestra Auyero (2016) en otros ámbitos estatales, sin que ello impida reclamar y manifestar enojo con respecto al personal de los establecimientos, como se muestra en uno de los registros etnográficos.

En el modo de afrontar y resolver gran parte de los obstáculos mencionados, también resulta clave el tipo de lazos que han podido establecerse con el personal de los CAPS; el carácter positivo o negativo de dicho vínculo puede marcar la diferencia en el modo de transitar gran parte de las experiencias en esos ámbitos de salud. Al respecto, se manifiesta una diferencia entre ambos CAPS, pues el tipo de relaciones con los usuarios varía según la antigüedad, la continuidad y el conocimiento de la comunidad por parte de los integrantes de sus equipos.

Como resultado de cambios institucionales y la falta de personal, cuando comencé el trabajo de campo, el equipo del CAPS A quedó conformado por profesionales nuevos o que repartían sus días de trabajo entre más de un Centro, lo cual reducía las posibilidades de construir vínculos estrechos y de conocimiento mutuo con la comunidad. Con la excepción de la promotora de salud, los agentes de salud conocían muy poco a las familias a las que atendían y no habían recorrido el área programática ni visitado otras instituciones de la comunidad. Para algunas mujeres, este centro había dejado de ser un lugar de referencia en la crianza de sus hijos –como sí lo era con la pediatra anterior–, por lo que habían comenzado a llevarlos a otros establecimientos sanitarios.

En el CAPS B, más allá de las dificultades institucionales, parte del equipo ha tenido continuidad y ha podido establecer lazos de larga data con la comunidad a la que asiste. Ello permite que sus integrantes conozcan a gran parte de los usuarios, sobre todo de los más asiduos y “antiguos”; conocimiento que se expresa en el modo de llamarlos por su nombre de pila o el apellido y preguntar por ellos cuando existe preocupación por alguna situación que los afecta: “¿No vino M.?” “¿Cómo los viste a los chicos de R.?” “¿Cómo está P.?”. Del lado de los usuarios también hay una familiaridad en la forma de estar y usar el espacio del CAPS y en el trato con los profesionales: entran y preguntan por algunos de ellos usando el nombre propio o los llaman por teléfono a la institución para hacerles alguna consulta. A este vínculo de confianza también contribuye el hecho de que varias trabajadoras del CAPS (ambas promotoras de salud, una empleada administrativa y las dos encargadas de la limpieza) sean vecinas de la localidad, aunque esto no impide que surjan tensiones entre usuarios y trabajadores en algunas circunstancias ligadas a los obstáculos en la atención antes mencionados.

El análisis realizado también ha puesto en evidencia el papel central de los agentes de salud no profesionales (promotores de salud, empleados administrativos) en el acceso a la atención de la salud infantil, en tanto se constituyen en “mediadores”, esto es, en facilitadores u obstaculizadores de la mayor parte de las relaciones y acciones puestas en juego en ese aspecto del cuidado; por ejemplo, brindando o no información clara y completa, ofreciendo o

no soluciones alternativas ante pérdida de turnos, facilitando o no información adicional que permita sortear dificultades burocráticas en la derivación a otros efectores o en la gestión de documentación necesaria para la obtención de asistencia.

Un aspecto a considerar es el lugar de los propios/as niños y niñas en el cuidado de su salud. Si bien los ámbitos de atención de la salud son los que con mayor dificultad incorporan los conocimientos y la participación infantil (Donoso, 2005), encontramos que ellos y ellas no permanecen pasivos en los procesos que los tienen como destinatarios. Desde una concepción de participación próxima a la que aportan Bittencourt Ribeiro (2016) y Szulc (2021), podemos ver la agencia infantil en las interacciones y acciones que llevan a cabo en salas de espera y consultorios, aunque ello no implique necesariamente una toma de la palabra expresamente habilitada. Así, a veces se resisten, llorando o gritando, a ser vacunados/as o revisados/as, otras veces acceden sin problemas y también manifiestan cansancio o aburrimiento. Se apropiaban de los espacios de espera y los utilizan de una manera diferente a la prevista, para jugar o descansar. Los más pequeños corren sillas o se esconden detrás de ellas, intentan abrir puertas o meterse en espacios donde ello no está permitido. Algunos de los más grandes van con el guardapolvo y los útiles escolares, pues de allí ya se van a la escuela; miran los cuadernos y comen algo mientras esperan o juegan con el celular de sus madres. En ocasiones también hacen explícitos sus puntos de vista, como sucedió en la conversación con un niño de 11 años, migrante paraguayo, quien planteó sus preferencias por la antigua pediatra del CAPS A, comparando su forma de tratarlo y revisarlo con la del pediatra que la reemplazó.

Los CAPS como parte de la organización social del cuidado infantil

Antonio, de origen entrerriano, migró a la zona para trabajar en las quintas; ahora trabaja de cartonero y cortando pasto. Luego de que su mujer dejara el hogar común, ha quedado solo a cargo de sus cinco hijos, de 3, 4, 8, 9 y 10 años. La trabajadora social del CAPS B, que acompaña la situación de esta familia, me cuenta que, ante algunas dificultades para llevar adelante la crianza, vinculados al problema de alcoholismo del hombre, el Servicio Local de Promoción y Protección de los Derechos dispuso que los niños pasaran a vivir en la casa de su tío. Sin embargo, ellos han pedido regresar con el padre y ahora viven con él. Los tres mayores van a la escuela primaria de la localidad. Para los dos menores, A. está gestionando el ingreso al jardín de infantes. También está realizando los trámites que le permitan recuperar el cobro de la Asignación Universal por Hijo.

Haciendo referencia al modo en que organiza las comidas y otras actividades de los chicos, Antonio me explica que los tres mayores almuerzan en el comedor de la escuela y él prepara la comida de los dos menores; a la noche comen todo en la casa. Martes y jueves cenan la comida que retiran en un comedor barrial; los otros días se cocina en la casa.

Algunos días, los chicos mayores concurren a “la Casita de apoyo”, espacio barrial en el que reciben ayuda para realizar las tareas escolares y también algunos alimentos envasados. Uno de ellos juega al fútbol en el club de la localidad y otros van a taekwondo. Además de las instituciones mencionadas, Antonio cuenta con la ayuda de su hermano menor, que está temporalmente viviendo con ellos. Su madre y abuela de los niños, que vive en Entre Ríos, los visita una vez por mes para colaborar también unos días en la crianza.

En esta red –inestable en cuanto a disponibilidad de recursos y la posibilidad de sostener algunos acuerdos– de instituciones y otros actores sociales que participan del cuidado de los niños, la trabajadora social del CAPS ha desempeñado un papel clave de mediación y sostén, ya sea orientando en la realización de trámites o visitándolos cuando los vecinos alertan sobre algún problema de los chicos o cuando es necesario recordarle a A. las fechas de los controles de salud (Registros de campo y entrevistas en CAPS B, 2018-2019).

La continuidad del trabajo de campo en el CAPS B, así como la ampliación de la indagación para incluir otras instituciones u organizaciones que intervienen localmente en el cuidado infantil, me posibilitaron situar a los centros de salud como parte de las relaciones más amplias que configuran la organización social del cuidado, a la vez que seguir a lo largo del tiempo el modo en que algunas de las familias usuarias del establecimiento se inscriben en esas relaciones.

Entre las instituciones vinculadas al cuidado infantil relevadas en la localidad de referencia, algunas son de carácter estatal, como el CAPS, un jardín maternal municipal, el jardín de infantes y las escuelas primaria y secundaria. Otras constituyen organizaciones de la sociedad civil, como el club deportivo perteneciente a la Sociedad de Fomento y dos asociaciones civiles que, además de contar con un jardín maternal comunitario, ofrecen espacios de acompañamiento para niños de diferentes edades mediante actividades de educación no formal. Un tercer grupo que ha ido cambiando a lo largo de los años está constituido por emprendimientos ligados a organizaciones sociales y movimientos políticos, como comedores y copas de leche que, además de servir la merienda o entregar alimentos preparados, suelen organizar espacios de apoyo escolar. Salvo el CAPS, ninguna de las instituciones relevadas plantea su finalidad específica en términos del cuidado de la salud; no obstante, la salud de los niños y niñas permea sus propuestas, así como las preocupaciones de gran parte de los adultos de las familias que recurren a ellas. Cabe aclarar que otros sectores sociales de la localidad organizan el cuidado de sus niños y niñas recurriendo a servicios de cuidado pagos y a instituciones diferentes (generalmente, fuera de la localidad o de carácter privado), a veces en combinación con algunas de las mencionadas, como las escuelas primaria y secundaria públicas.

En ese marco, el caso de Antonio y sus hijos, construido a partir del material de campo, permite comprender algunas de las estrategias que las familias elaboran para cuidar a sus niños como parte de aquello que Faur (2014) enuncia en términos de “un punto de cruce entre el terreno personal (la organización diaria de la vida individual y familiar) y las estructuras sociales,

ambos bajo la orientación regulatoria de las políticas públicas” (pp. 26-27). En este sentido, se trata de un ejemplo del modo complejo en que las familias de sectores populares organizan el cuidado de sus niños y niñas, poniendo en juego una diversidad de actores e instituciones (familiares, instituciones estatales, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil), combinados de manera “artesanal” y, a veces, provisoria –como también lo muestran los trabajos de Santillán (2011), Hernández (2016) o Leavy (2018)–. Estas prácticas y relaciones ligadas al cuidado también pueden ser entendidas en términos de una combinación de los “circuitos de cuidado” que ha conceptualizado Araujo Guimarães (2019), especialmente de aquellos que, basados en un trabajo no remunerado y no reconocido como tal, se expresan bajo las formas de “el cuidado como obligación” (llevado a cabo por mujeres de la familia a partir de los supuestos naturalizados sobre las tareas femeninas y, sobre todo, maternas) y del “cuidado como ayuda” (basado en relaciones de reciprocidad grupal y comunitaria, como las redes de vecindad y de amistad). Inciden en esas relaciones la imposibilidad de acceder a servicios de cuidado mercantilizados (por ejemplo, guarderías y cuidadores pagos), pero también aspectos como la edad de los niños, el trabajo o no de los adultos fuera del hogar (sobre todo de la madre), la posibilidad de contar con familiares próximos o con vacantes en instituciones públicas, así como las concepciones acerca de la crianza, del bienestar infantil (Ortale y Santos, 2014) y de los papeles de género. Desde allí, cabe preguntarse, ¿hubiera tenido la misma respuesta de las instituciones una mujer madre que, al igual que Antonio, se encontrara criando sola a sus cinco hijos? ¿O el carácter excepcional que aún se atribuye a un hombre solo al cuidado de sus hijos, a la vez que genera sospechas sobre su desempeño, puede promover mayor acompañamiento y ayuda?

Otras situaciones en cuyo acompañamiento participa el CAPS han evidenciado que, en ocasiones, los lazos de ayuda de familiares o vecinos se transforman en una transferencia –generalmente informal y provisoria– de las responsabilidades de cuidado del niño, la niña o algún/a adolescente, de una manera semejante a la práctica que Fonseca (1995) denomina “circulación de niños”. Ello suele suceder ante una situación conflictiva o de dificultades económicas en la familia de origen, a partir de la cual aquellos/as pasan a vivir en el hogar de un pariente (generalmente abuelos o tíos) u otro referente afectivo próximo (madrina, vecino), que asume las tareas de su cuidado. Algunos de esos arreglos devienen en intervenciones de otros organismos estatales (juzgados, organismos de promoción y protección de derechos de los niños), que terminan inhabilitando o, por el contrario, convalidando (mediante las figuras de medidas de abrigo, guardas o tutelas) esas responsabilidades de cuidado informalmente asumidas. Es, por ejemplo, el caso ya mencionado de la señora Mercedes, que tiene a cargo, mediante una guarda legal, a uno de sus 28 nietos, o el de Mariela, una adolescente con una historia familiar complicada, que fue criada por quien creía ser su abuela paterna. Son generalmente situaciones de posible vulneración de derechos de niños, niñas o adolescentes que trascienden las maneras cotidianas de organizar el cuidado las que llevan a los profesionales

del CAPS (además de instituciones como las escuelas) a convocar la actuación de esas otras instancias y las que constituyen el objeto de una Mesa Técnica de Niñez,⁷ que ha funcionado de manera intermitente en la localidad.

Aunque por razones de espacio no pueda ser aquí desarrollado, creo necesario mencionar que esos procesos locales de organización del cuidado han sido profundamente afectados por la pandemia de covid-19 declarada en 2020.⁸ Este evento crítico agudizó y puso en evidencia fragilidades previas en el quehacer de los CAPS y de otras instituciones que trabajan con la niñez y las familias, así como en las articulaciones establecidas entre ellas.

En la localidad de referencia, el debilitamiento de los vínculos interinstitucionales y la demora en ser reactivados con el regreso a las actividades presenciales se evidenciaron, por ejemplo, en las dificultades para reanudar el funcionamiento de la Mesa Técnica de Niñez que, aunque ha vuelto a reunirse, lo ha hecho con discontinuidades y con la ausencia de varias instituciones. Esto ha tenido efectos negativos en varias situaciones problemáticas que afectaban a niños, niñas y familias usuarias del CAPS B. Así, por ejemplo, en el caso de Antonio y sus hijos, ante la interrupción de la red de apoyo ya descrita, la situación familiar se complicó y en 2022 los niños fueron apartados temporalmente del hogar por una medida de abrigo que no resultó fácil de revertir. “Antes [de la pandemia] podía estar a cargo de los hijos porque estábamos todos encima todo el tiempo”, explica la trabajadora social del CAPS. En el caso de Mariela, la adolescente a cargo de su abuela, el período de aislamiento agudizó los conflictos con su familia y precipitó el abandono del hogar y del barrio, para terminar viviendo con su pareja prácticamente en situación de calle.

No obstante, el trabajo de campo ha mostrado que, si bien persisten las dificultades en el funcionamiento de la red interinstitucional vinculada a la infancia, las vinculaciones y vías de comunicación han podido retomarse lentamente, a partir de lo cual los actores institucionales han comenzado a identificar y abordar situaciones que atribuyen en parte a la pospandemia, como el uso de “las pantallas” en los de edad escolar y preescolar y los problemas de salud mental en la adolescencia.

Reflexiones finales

A lo largo de este artículo he intentado analizar los sentidos y prácticas sobre la salud y el cuidado infantil que se producen, reproducen, circulan y se ponen en tensión en ámbitos locales de atención primaria de la salud. En ese sentido, los CAPS han resultado un terreno social

7 Integrada por los equipos técnicos y referentes de instituciones y organizaciones que trabajan con niñas y niños en la localidad, la Mesa busca articular intervenciones ante situaciones problemáticas, a partir de la lógica de la corresponsabilidad y la importancia del trabajo en red.

8 Si bien niños, niñas y adolescentes no constituyeron la población de mayor riesgo ante el covid-19, trabajos como el del CEREN-CIC (2021) han mostrado el impacto en la atención de su salud (desde desfasajes en los esquemas de vacunación y los controles de niño sano hasta discontinuidad en seguimiento o tratamiento de enfermedades crónicas o graves).

especialmente fructífero para la indagación etnográfica, en tanto espacio institucional donde continuamente se ponen en juego y se disputan (en condiciones desiguales) concepciones acerca de lo que niños y niñas necesitan y el modo en que deben ser criados y tratados.

En el abordaje de la salud infantil que realizan los equipos de los CAPS se evidencian una serie de valoraciones y evaluaciones sobre la infancia y la responsabilidad parental que, tal como lo señala Santillán (2011), también son producidos y resignificados por las familias de sectores populares, además de no ser homogéneos ni estáticos, pues, por el contrario, se actualizan de modos diferentes en distintas relaciones y situaciones. De una u otra manera, el cuidado y la atención de la salud de niños y niñas son inscritos en un orden moral, desde el cual se interpretan necesidades infantiles y se establecen obligaciones adultas. Más allá de las posibles divergencias que existan al respecto entre las familias y los equipos de los CAPS, el lugar crucial que los adultos –muy especialmente las mujeres– encargados del cuidado de niños y niñas asignan a su salud, considerada como uno de los aspectos más importantes a garantizar en la crianza, converge con la centralidad asignada al cuidado y atención de la salud infantil en las acciones y representaciones cotidianas de los trabajadores de los mencionados centros y de los programas sanitarios que aplican en su tarea.

La etnografía realizada también permitió conocer el carácter activo de las mujeres de las familias en la búsqueda de la mejor atención posible de la salud de sus hijos/as o nietos/as, poniendo en evidencia que, lejos de los supuestos de descuido o pasividad que se les atribuye desde algunos discursos institucionales y barriales, despliegan un amplio conjunto de estrategias para sortear las numerosas dificultades que se les presentan en el sistema de salud.

Finalmente, mirar el lugar de los CAPS en la organización social del cuidado permite situar la atención de la salud infantil como parte de procesos más amplios de cuidado, a la vez que iluminar las potencialidades y fragilidades de las tramas institucionales que se construyen a nivel local en el marco de los procesos contemporáneos de creciente profundización de las desigualdades, desprotección estatal de las familias y conjuntos sociales en general.

Referencias

- Araujo Guimarães, N. (24-29 de mayo, 2019). *Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro* [Ponencia]. XXXVII Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Boston, Estados Unidos.
- Auyero, J. (2016). *Pacientes del Estado*. EUDEBA.
- Barna, A. (2014). Clasificaciones y estimaciones en la gestión de la infancia “con derechos vulnerados”. Prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal del conurbano bonaerense. *Antropolítica*, (36), 113-148. <https://doi.org/10.22409/antropolitica2014.0i36.a41581>
- Bittencourt Ribeiro, F. (2016). Os cabelos de Jennifer: por etnografias da participação de “crianças e adolescentes” em contextos da “proteção à infância”. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*, (43), 49-64. https://www.ciespi.org.br/media/files/fcea049a8ec4d511ecbe6e5141d3afd01c/f4bc99ffac4d711ecbe6e5141d3afd01c/AR-20PAI032_2015.pdf

- Bonet, O. y Fazzioni, N. (4-7 de diciembre, 2017). *Experiências etnográficas em serviços de saúde no Rio de Janeiro* [Ponencia]. XII Reunión de Antropología del Mercosur, Posadas, Argentina.
- CEREN-CIC (2021). Informe ENCAI: Cuidados y Salud, en el marco del Proyecto Condiciones de vida de los hogares y cuidados frente al aislamiento social preventivo y obligatorio por COVID-19 en La Plata, Berisso y Ensenada. Estado de situación del bienestar infantil y propuestas. <https://view.genial.ly/611fa484faa0110dc199b56d/interactive-content-ceren-informe-encai>
- Colangelo, M. A. (2019a). *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina entre 1890 y 1930*. Editorial UNGS.
- Colangelo, M. A. (2019b). *Perspectivas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención primaria de la salud en La Plata, Argentina*. Actas del XXXII Congreso Internacional ALAS-Perú. <https://cdsa.aacademica.org/000-030/2136.pdf>
- Colangelo, A. y Weingast, D. (19 de octubre, 2018). *Compartiendo experiencias de campo en centros de atención primaria* [Ponencia]. Primeras Jornadas Nacionales de Antropología de la Salud, Olavarría, Argentina.
- Colangelo, M. A., Ortale, M. S. y Weingast, D. (2020). Los sentidos sobre el cuidado infantil. La perspectiva de madres de sectores subalternos sobre el cuidado materno y sobre el cuidado profesional. En A. Colangelo, A. Cantore, D. Weingast, M. Pozzio, M. Lorenzetti, R. del Monaco y V. Castilla (Comps.), *Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos* [Actas de las II Jornadas de la Red de Antropología y Salud de Argentina] (pp. 111-124). <https://www.redasa.net.ar/wp-content/uploads/2020/11/Libro-de-Actas-II-Jornadas-redASA-final.pdf>
- Donoso, C. (11-15 de marzo, 2005). *Buscando las voces de los niños/as viviendo con VIH: aportes para una antropología de la infancia* [Ponencia]. I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.
- Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado*. IDES / UNICEF / UNFPA.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI*. Siglo XXI.
- Fonseca, C (1995). *Caminhos da adoção*. Cortez Editora.
- Fernandes, C. (2020). “Ai eu nao aguentei e explodi”: A expressão do “nervoso” feminino no cuidado com as crianças em territórios de favela. *Etnografías Contemporáneas*, 6(10), 154-178. <https://ark.unsam.edu.ar/ark:/16763/25b16ef8848a>
- Grinberg, J. (2010). De “malos tratos”, “abusos sexuales” y “negligencias”. Reflexiones en torno al tratamiento estatal de las violencias hacia los niños en la ciudad de Buenos Aires. En C. Villalta (Comp.), *Infancia, justicia y derechos humanos* (pp. 73-108). Universidad Nacional de Quilmes.
- Hernández, M. C. (2016). *Crecer en la ciudad: Usos y representaciones del espacio urbano entre niños y niñas de La Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina)* [Tesis doctoral]. IDAES-Universidad Nacional de San Martín. https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/127/1/TDOC_IDAES_2016_HMC.pdf

- Leavy, M. P. (2018). *Hacer crecer la cría. Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en el departamento de Orán, Salta* [Tesis doctoral]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Llobet, V. (2011). Entrevista a Valeria Llobet sobre primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 1019-1020. <https://doi.org/10.11600/rics-nj.9.2.491>
- Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Biblos.
- Ortale, S. y Santos, J. (Coords.) (2014). *Crianza. Un estudio de los patrones de crianza en el partido de La Plata*. El Aleph.
- Pagnamento, L. y Weingast, D. (1-5 de noviembre, 2021). *Nuevos y viejos problemas para APS en contexto de pandemia. Aproximación a un caso local (Municipio de La Plata)* [Ponencia]. XIV Jornadas de Sociología de la UBA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Pautassi, L. y Zibecchi, C. (Coords.) (2013). *Las fronteras del cuidado*. Biblos.
- Pozzio, M. (23-26 de junio, 2007). *Etnografía de un recorrido: el término "madre" en la política de salud* [Ponencia]. VII Reunión de Antropología del Mercosur, Porto Alegre, Brasil.
- Santillán, L. (2011). *Quiénes educan a los chicos: infancia, trayectorias educativas y desigualdad*. Biblos.
- Serre, D. (1997). *L'Etat et les familles: les pratiques d'imposition symbolique des professionnel(le)s de la petite enfance*. Coloquio Ciências Sociais, Estado e Sociedade, UFRJ, Río de Janeiro, Brasil.
- Szulc, A. (2021). Más allá de la agencia y las culturas infantiles reflexiones teóricas a partir de una investigación antropológica con niños y niñas mapuche en y a partir del sur. En L. Rabello de Castro (Org.), *Infâncias do Sul Global: experiências, teoria e pesquisa desde a Argentina e o Brasil* (pp. 79-94). EDUFBA.
- Szulc, A., Guemureman, S., García Palacios, M. y Colangelo, M. A. (Coords.) (2023). *Niñez plural. Desafíos para repensar las infancias contemporáneas*. El Colectivo.