

# Sentidos e intervenciones en torno al cuidado infantil: políticas públicas y tramas institucionales

Silvia Guemureman,  
Adelaida Colangelo,  
Nuria Caimmi y Melina D. Varela

## Introducción

En una escuela primaria, la maestra de segundo grado y el equipo de orientación escolar discuten sobre los límites entre responsabilidades familiares y escolares, así como entre cuidar y educar, a partir de la situación de una niña que asiste a las clases “sucias, desabrigada y sin útiles”. En la “salita” de un barrio, una joven madre que ha llevado a su bebé al primer control de salud recibe de la pediatra un conjunto de consejos sobre la frecuencia con que debe amamantarlo, la manera de acostarlo para dormir, la indicación de comidas adecuadas y no adecuadas para las infancias, así como sobre la importancia de seguir el calendario de vacunación si quiere que su hijo crezca sano. A su vez, los integrantes del equipo técnico de un organismo de promoción y protección de derechos de los niños, tras arduos debates en los que sopesan argumentos a favor y en contra, deciden adoptar una medida de protección excepcional para un grupo de hermanos que se encuentran “en entornos familiares desfavorables para su desarrollo”.

¿Qué tienen en común estas situaciones que involucran a niños y adultes? Podemos ver que en cada una de ellas se despliegan miradas e intervenciones institucionales y estatales acerca de cómo son o deberían ser cuidados los niños, poniendo en juego ideas hegemónicas sobre el bienestar y las necesidades infantiles que, a su vez, implican concepciones de infancia, de parentalidad, maternidad y

familia. Partiendo de las discusiones sobre el cuidado infantil presentadas en el capítulo anterior, aquí nos interesa acercarnos a los modos en que el cuidado hacia les niñes que realizan familias y distintos grupos sociales es entendido y abordado desde las políticas públicas y tramas institucionales en las que se interviene con ellos.

Esto implica tener en cuenta la conformación histórica de saberes expertos e instituciones que, de conjunto con la construcción de la infancia como categoría y como grupo social, comenzaron a abocarse al cuidado infantil, desplegando en ello lecturas y prácticas sobre las maneras correctas y debidas de cuidar a les niñes. En efecto, el proyecto de modernidad urbana y occidental se erigió conforme la institución familiar era legitimada como espacio fundamental para el cuidado de les niñes, junto con la distribución de obligaciones y formas de validación de la responsabilidad maparental (Santillán, 2009). Esto tiende un puente con el capítulo previo, dado que en este proceso histórico no solo se configuró un reparto de tareas en el interior de la familia (hombres responsables de la obtención del sustento familiar mediante actividades laborales realizadas fuera del hogar; mujeres encargadas de actividades domésticas puertas adentro), sino que las actividades humanas ligadas al cuidado infantil fueron siendo relegadas casi exclusivamente al ámbito privado y doméstico, en oposición al espacio público.

En este marco, nos interesa volver al modo en que las prácticas de cuidado de las familias y otros grupos de crianza, que no siempre siguen los modelos hegemónicos naturalizados y normalizados, son caracterizadas y se tornan foco de intervención desde organismos e instituciones que ejecutan políticas públicas y acciones ligadas a las infancias. Centraremos nuestras reflexiones en algunos de los procesos que se producen en tres campos: el educativo escolar, el de atención de la salud y el de los sistemas de protección de derechos<sup>1</sup>. En cada uno de ellos, como iremos viendo, los sentidos sobre el cuidado infantil se vinculan, se superponen y/o entran en tensión con las ideas de educación, protección, salud, control, asistencia, entre otras.

---

1 Tomamos el concepto de campo de la teoría del sociólogo Pierre Bourdieu. De acuerdo con este autor, el campo es comprendido como un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en la lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital eficiente en él (Bourdieu, 1983). Lo retomamos en estas líneas, porque habilita a pensar tanto las relaciones de alianza entre sus miembros —en la búsqueda por imponer como legítimo aquello que les define como grupo— como la confrontación de grupos y sujetxs en la búsqueda por mejorar posiciones o excluir grupos alternos a ellos.

Dada la imposibilidad de abarcar la totalidad de los fenómenos que tienen lugar en los campos escolares, de salud y de protección de derechos, recuperaremos y compartiremos lo analizado en nuestras investigaciones antropológicas y sociológicas sobre algunos espacios en concreto, con la intención de que el estudio de los procesos particulares que allí se producen, generen nuevos interrogantes para pensar la configuración de la organización social del cuidado infantil.

### **El cuidado en contextos escolares de educación inicial: promoviendo la adquisición de “hábitos” y aconsejando a las familias**

Tanto para los niños como para sus familias, el ingreso a una institución escolar que depende del sistema oficial inaugura una nueva etapa con cambios significativos para sus vidas y recorridos, que involucran distintas dinámicas, vínculos y figuras de referencia. Es por ello que, en el primer pasaje de nuestro capítulo, nos interesa adentrarnos en las tramas de cuidado que se dirimen y construyen en espacios educativos denominados “formales”, como son los jardines de infantes<sup>2</sup>. En este primer apartado nos interesa reflexionar sobre estos espacios y los modos en que aparecen distintas construcciones sobre los sentidos y prácticas del cuidado de los niños. Como veremos, centrarnos en la educación inicial implica desentrañar vastos sentidos sobre la familia, los cuerpos y las culturas, que permiten introducirnos en las lecturas institucionales sobre el cuidado infantil.

Una de las primeras preguntas que surgen al analizar estos espacios es acerca de aquellos aspectos que desde la escuela se comprenden dentro del abanico de prácticas de lo que se considera como cuidado<sup>3</sup>. A partir de nuestras experiencias etnográficas, registramos que esta noción suele involucrar al cuerpo y la adquisición de “hábitos”, siendo que el aprendizaje de ciertos comportamientos implica muchas veces, desde el discurso de los docentes, alejarse de aquellos otros que caracterizarían a los niños más pequeños<sup>4</sup>. Consideramos que

---

2 Es necesario destacar que la educación inicial en nuestro país no solo “está constituida por servicios que forman parte del sistema educativo [sino también] por los espacios de gestión social, comunitaria a través de diversas modalidades” (Fernández Pais, 2017:158).

3 En el Diseño Curricular de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) se destaca la “alimentación, reposo, higiene” como “rutinas de cuidado” (GCBA, 2000: 82).

4 Nos referimos a ciertas afirmaciones recurrentes como “Me saco el lápiz de la boca porque no es un chupete”, “¿Querés volver a la sala de 3?” o el portarse bien “porque ya están en sala de 5”, entre muchísimas otras.

es interesante observar la relevancia de iniciativas, intervenciones –especialmente el lugar central que suelen ocupar las sugerencias/consejos– y comportamientos que se despliegan en dos ámbitos: los escolares y los comunitarios.

En los jardines de infantes, uno de los espacios para abordar cuestiones referidas al cuidado y la crianza de los niños en sus primeros años de escolaridad suelen ser las reuniones informativas, usualmente denominadas “de padres”, nombre paradójico dado que quienes asisten predominantemente son las madres. En ellas se informa sobre las propuestas pedagógicas, actividades que desde el jardín se llevan a cabo, logros y dificultades de los niños respecto de los aprendizajes, pero también, en ocasiones, se conversa sobre lo que ellos cuentan de lo que sucede puertas adentro en el hogar, cuestiones que se vinculan con dimensiones sanitarias, alimentarias o rutinas, y vinculaciones y comportamientos entre los niños y sus familias. Mucho de lo que acontece en estos encuentros permite reflexionar sobre los sentidos que encierra el cuidado en contextos escolares, los tipos de valoración asociados a diferentes prácticas y representaciones, pero también revela el lugar en donde frecuentemente suelen posarse las miradas. Veamos estos aspectos más de cerca, a partir de una experiencia concreta.

Una investigación etnográfica realizada en un jardín de infantes de CABA al que asisten numerosos niños cuyas familias son migrantes de Bolivia, Paraguay y Perú (Varela, 2017), mostró el modo en que en los mencionados encuentros, retomando en parte inquietudes planteadas por las madres, se despliegan sugerencias y consejos sobre lo que se consideraba un buen cuidado o un cuidado “correcto”, constituyéndose así en espacios de búsqueda de acuerdos y negociaciones sobre las responsabilidades, los límites y la crianza de los niños, en donde las docentes aparecían como referentes legítimas de lo que la escuela consideraba como prácticas apropiadas para la educación infantil.

Asimismo, al introducir las maestras aquello que los niños les contaron en el contexto escolar sobre su vida cotidiana, las prácticas familiares de crianza adquirían otra relevancia al ser redescubiertas y retomadas en un espacio grupal que trascendía la relación de cada niño con la docente y de cada niño con su familia. Las familias aparecían así siendo miradas, y de alguna manera evaluadas, por la institución, a partir de la evidencia que los niños narraron. El hecho de que las madres –mujeres migrantes en su mayoría– plantearan o no inquietudes sobre la crianza de sus hijos solía generar en les

referentes escolares cierta preocupación por las responsabilidades para un cuidado apropiado, pero también la ausencia de preguntas o participación parecía corroborar cierta caracterización de las mujeres migrantes como silenciosas y otros presupuestos vinculados a referencias identitarias o “culturales”.

El momento de la merienda y/o almuerzo –en aquellos jardines de jornada completa o extendida– también aparecía como un espacio privilegiado para abordar cuestiones vinculadas a la formación de “hábitos y modales” relacionados con el tipo de alimentación –que retomaremos más adelante en contextos de atención de la salud–, la manipulación de cubiertos, el lavado de manos, entre otras. Durante el trabajo de campo mencionado, por ejemplo, las docentes comentaban las dificultades de los niños con el uso del tenedor y demás aspectos, como se observa en el siguiente pasaje de campo:

El tenedor lo agarran como si fuera una pala, no cierran la boca para masticar. Hablan con la boca llena de comida. Algunos niños colocan la bandeja del almuerzo sobre sus piernas para luego comer (registro de Varela, 2017).

Muchas de estas cuestiones fueron informadas en las reuniones mencionadas, a la vez que se reponían avances y logros que el grupo de niños fue conquistando “gracias a la escuela”. En el espacio escolar, el comportarse de determinada manera en instancias alimentarias, lúdicas o educativas solía ser explicado a partir de la desvalorización de prácticas extraescolares, cuestión que se profundizaba aún más cuando las familias eran migrantes latinoamericanas atravesadas por condiciones de desigualdad (Varela, 2021). En esos casos se cuestionaba la compatibilidad de aquello que portaban con las “formas” esperadas en el jardín y desde numerosos discursos se dejaba entrever la idea de que “las experiencias extraescolares suelen ser negativas u opuestas a todas aquellas experiencias que pueden ofrecer la escuela” (Diez, 2011: 167).

La cuestión de los límites, y cómo comportarse como personas adultas a cargo de niños, no sólo fue abordada por las docentes, como comentamos anteriormente, sino también por referentes comunitarios en espacios en donde las familias participan. En efecto, el jardín de infantes en donde se realizó el trabajo de campo etnográfico ya mencionado, se ubicaba al interior de un centro comunitario. El centro organizaba, mensualmente y a partir de donaciones, ferias de ropa a las que asistían en su mayoría madres migrantes con sus hijos. Allí registramos numerosas “sugerencias o consejos” que se dirigían hacia ellas. Algunos comentarios fueron de carácter

informativo sobre el dictado de cursos, cupos, etc., otros fueron de carácter prescriptivo, ya que buscaban influir en las conductas a través de pedidos, explicitación de normas e insistencia sobre un “deber ser” en relación con los límites, los comportamientos y la crianza. Nos detendremos en algunos de estos comentarios:

—A ver, ¿de quién es este chico? —dijo señalando a un niño que se encontraba cerca de las mesas en las que se disponía la ropa—. Se lo pueden robar. El abuso está creciendo. Tengan atención en vecinos, padrastros. Cuiden a los chicos.

—Chicas, ustedes saben que si a los chicos chiquitos no les enseñaron el “no” en la vida, la policía después los frena —agregó (registros de Varela, 2017).

La dinámica de la feria se caracterizaba por la presencia continua de avisos cortos que alertaban y buscaban regular las conductas a partir de los que aparecía como “debido y obligatorio”. Y se complejizaba frente a las directivas registradas, que condensaban fuertes cargas valorativas en referencia a atributos nacionales, normas, responsabilidades y obligaciones de les adultes y de les referentes barriales.

Hasta este punto, hemos recorrido algunas tramas de espacios comunitarios y escolares, en las cuales aparecían diversos abordajes sobre los cuidados, los comportamientos y la crianza. Si bien se observan diferencias entre los ámbitos repuestos<sup>5</sup> pareciera que el personal escolar y del centro comunitario creyeran contar con la información correcta y absoluta sobre lo que les otros deben hacer, irguiéndose como instancias en las que se “educa” a través de discursos de tono moralizante, tendientes a redireccionar las conductas de “les otros”, en otras palabras, les actores no institucionales.

En este sentido, distintos proyectos políticos a lo largo de la historia desplegaron hacia las infancias diversos y desiguales dispositivos y circuitos de atención en función de necesidades, demandas y estratos sociales (Fernández Pais, 2015; MECyT, 2005). Por eso, consideramos que se hace necesario mencionar brevemente algunos debates que se traman en la historia y los orígenes del jardín de infantes, reconociendo que “la tensión cuidado-educación deja huellas que tienen su origen en la experiencia colonial y continúan en el presente” (Fernández Pais, 2015.: 61).

5 Sabemos que esto no es exclusivo de los espacios relevados. En muchas ocasiones y sitios hemos vivenciado u observado cómo muchas personas —en su mayoría mujeres adultas y a partir de sus propias experiencias— se creen con “el derecho a opinar” sobre cuestiones vinculadas con el cuidado y la crianza de niños o bebés presentes. Por ejemplo, consejos o sugerencias sobre lo adecuado o no del uso de las medias en cuanto al abrigo, motricidad, etc.

La historia del nivel inicial y su función ha estado marcada por la coexistencia de dimensiones asistencialistas y pedagógicas que reconocían un espacio educativo para la primera infancia (Malajovich, 2006; Terigi y Perazza, 2006), erigido tradicional e históricamente sobre un “contrato fundacional, basado en la socialización, el espacio de juego y el cultivo de hábitos de la vida cotidiana” (Harf et al., 1997: 37).

Actualmente, desde las propuestas oficiales, la educación inicial privilegia la enseñanza de los contenidos desde la intencionalidad pedagógica. Sin embargo, como hemos intentado recuperar en las líneas previas trayendo pasajes de nuestro trabajo etnográfico, estas dimensiones, sus definiciones y relaciones, lejos de tener un significado unívoco, se manifiestan en el imaginario actual de los sujetos de maneras diversas, involucrando distintas nociones de niñez, cuidado y educación, que son reelaboradas por niños y adultos a partir de sus propias y desiguales trayectorias formativas.

### **Salud, alimentación y cuerpo infantil: el abordaje de los cuidados en instituciones sanitarias**

Otro de los ámbitos institucionales que nos permite aproximarnos a los saberes y prácticas construidas en torno al cuidado infantil es el que forma parte del campo de la salud, en el que predomina el saber médico y cuyo anclaje se materializa en “salitas” o centros de atención primaria de la salud (CAPS), postas sanitarias u hospitales, instituciones que suelen constituir el primer contacto entre los niños recién nacidos y la intervención estatal. En ellos se producen constantes encuentros y desencuentros entre los agentes de salud (médicos pediatras y generalistas, agentes sanitarios o promotores de salud, enfermeras) y la población usuaria, con respecto a la crianza infantil. Por eso, en este apartado nos interesa recuperar las disputas de sentidos y prácticas acerca de la niñez, el cuidado y, como parte de ello, la alimentación, que se producen en estas instituciones, especialmente en los centros de atención primaria de la salud.

Cabe señalar que el cuidado infantil se tornó materia de intervención en las instituciones sanitarias a partir de un intenso proceso de medicalización de la crianza iniciado en Argentina entre fines del siglo XIX y comienzos del XX<sup>6</sup>. El mismo implicó tensiones, conflictos, pero también negociaciones y alianzas, entre el saber médico y los saberes populares, tradicionales y religiosos sobre la crianza, a través de lo cual fue construyéndose la creencia en la legitimidad de la

6 El análisis presentado en este punto recupera lo desarrollado en Colangelo (2019).

medicina como saber experto en el cuidado infantil, en relación con procesos más amplios de idealización de la familia nuclear, de maternalización del cuidado y de construcción de un modelo de niñez que acentuaba su inmadurez, maleabilidad y dependencia. A su vez, debemos considerar el lugar que en la época ocupó el higienismo como proyecto mediante el que, con la guía de la ciencia médica, la salud progresivamente dejó de ser una cuestión doméstica, para ingresar en la agenda pública como problema médico y de Estado (Armus, 2007). A partir de la preocupación por las altas tasas de mortalidad infantil registradas en la época, la medicina higienista señaló la importancia de la protección de la niñez, especialmente la de aquellos sectores catalogados como más pobres o vulnerables (Billorou, 2007).

En nuestras propias investigaciones, hemos podido ver el rol preponderante que continúa teniendo el saber médico en los modos en que se define el cuidado infantil, sobre todo en la primera infancia, desde las políticas públicas, indagando en provincias como Salta, con comunidades ava-guaraníes y criollas (Leavy, 2017), así como en la provincia de Buenos Aires, con población con gran componente migrante, proveniente de Bolivia, Paraguay, Perú (Colangelo, 2018).

Con este marco, la mirada etnográfica sobre las intervenciones de salud pública hacia el colectivo infantil ha permitido conocer un campo de disputas donde constantemente se producen evaluaciones, clasificaciones y acciones –con fuertes atravesamientos morales– sobre el modo en que son cuidadas les niñes. A partir de ello, podemos preguntarnos: ¿qué aspectos del cuidado son abordados en los ámbitos estatales de atención de la salud? y ¿qué relaciones se establecen entre cuidado y salud infantil?

Volvamos a una de las breves escenas presentadas al inicio del capítulo: el control de salud de un bebé en el consultorio pediátrico de un establecimiento sanitario. Veamos con mayor detalle lo que sucede en ese espacio, a partir de lo observado en nuestras investigaciones en centros de atención primaria de la salud y hospitales públicos del partido de La Plata (Colangelo, 2019).

Las pautas de cuidado cotidiano y crianza del “niño” suelen ser los temas en torno de los cuales gira gran parte de la consulta. Les médiques pesan y miden a les niñes, observan sus conductas y actitudes, registran los datos obtenidos y los comparan con los parámetros estandarizados de crecimiento y desarrollo, preguntan y dan indicaciones a les adultes que les han llevado –generalmente una mujer– sobre la alimentación, hábitos de sueño, juegos, aptitudes y capacidades motrices, aspectos emocionales, entre otras cuestiones.



A partir de las mediciones y observaciones realizadas, se producen constantes evaluaciones y “estimaciones” (Barna, 2014) con respecto al modo en que les niños son criados, estimaciones que implican la puesta en juego de un conjunto de representaciones acerca de la niñez, la salud, el cuerpo, la familia y la maternidad, entre otras. En efecto, los modos de percibir y nominar el cuerpo de los niños resultan un aspecto central de los saberes sobre el cuidado y la alimentación infantil que circulan en las instituciones sanitarias donde investigamos. Observamos que a lo largo del proceso del control de salud es el examen del cuerpo del niño, complementado en mayor o menor medida con las preguntas realizadas a los adultos que acompañan, el que proporciona los elementos necesarios para una primera evaluación del modo en que está siendo criado. El cuerpo aparece, así, como el territorio donde son leídos, a modo de evidencia, los cuidados que se le han brindado o las huellas de posibles descuidos.

Entre los cuidados cotidianos considerados por los agentes de salud, pueden mencionarse la higiene corporal, la prevención de enfermedades estacionales y los accidentes domésticos, así como el modo en que deben dormir los bebés y la vestimenta que deben llevar. A su vez, la vacunación es un aspecto del cuidado de la salud infantil en cuya valoración suelen coincidir profesionales y familias. Sin embargo, la práctica de cuidado que más concentra la mirada del personal de salud, en tanto estrechamente vinculada con los procesos de crecimiento y desarrollo, es la alimentación. Como iremos viendo a partir de la investigación llevada a cabo por Caimmi (2021), por exceso o por defecto, la alimentación produce cambios que alejan a los cuerpos de los niños de los estándares de normalidad, tal como también lo advierte Serre (1997) en otro contexto.

El cuerpo infantil es concebido por la medicina como un cuerpo en transformación, cuya normalidad está dada por la capacidad de cambiar, de aumentar de tamaño y complejizarse progresivamente, dentro de un recorrido esperable. Las nociones de crecimiento y desarrollo sintetizan esas características y constituyen el núcleo de la concepción de la niñez que ha ido construyendo y sobre la que se funda la pediatría, aunque no sólo ella (Colangelo, 2008). En efecto, tal como surgió en el diálogo con la pediatra de un CAPS, que se refirió al periodo entre los cero y los dos años como la “etapa más importante del ser humano, no solamente de los chicos” pues a nivel cerebral “lo que no creció ahí no crece más”, los cuerpos de los niños representan un punto evolutivo inicial que culmina con la adultez, suponiendo los primeros años un estado inicial de inmadurez e incompletitud

pero, a su vez, de maleabilidad y plasticidad. A partir de estas concepciones sobre la corporalidad infantil, se comprende el lugar que en el proceso de crianza ocupa el alimento, entendido como disparador nodal e indispensable para potenciar el correcto proceso de transición a la etapa adulta, desde el planteo de una relación causal entre alimento y desarrollo cerebral.

Una serie de parámetros, entre los que se destacan las medidas antropométricas de peso y talla o estatura, en su relación con la edad, han sido construidos por la pediatría como los indicadores del crecimiento, como medidas que expresan y traducen ese proceso a través de las variaciones corporales y su posibilidad de cuantificación. El desarrollo infantil es evaluado más específicamente mediante la observación de la presencia de determinados eventos o “hitos madurativos” en los momentos esperados del curso de la niñez (cierre de las fontanelas, dentición, capacidad de permanecer sentada, aparición del habla, comienzo de la marcha, por nombrar solo los más importantes) también establecidos mediante la edad promedio en que suceden en la mayoría de la población. De esta manera, de no mediar patologías, un cuidado adecuado del niño debería reflejarse en su crecimiento y desarrollo considerados normales.

A través de estas observaciones y mediciones, los integrantes del equipo de salud suelen realizar, no siempre de manera explícita, una serie de estimaciones (Barna, 2014) acerca de la capacidad de cuidado de la familia. Así, por ejemplo, la presencia de un niño desnutrido o con sobrepeso instala una cierta “sospecha” de descuido que las sucesivas intervenciones deberán despejar, a fin de establecer si el problema se debe a causas orgánicas, a la pobreza o a una atención inadecuada por parte de los adultos responsables de la crianza. Un ejemplo de las explicaciones –que no pueden generalizarse a los equipos de salud de todos los establecimientos sanitarios– construidas acerca de problemáticas alimentarias específicas como el bajo peso, la desnutrición y el sobrepeso, es proporcionado por la pediatra de un CAPS, quien afirma que:

Lo que tenemos acá es mucho bajo peso, desnutridos y con sobrepeso también. Si viven a guiso... Está bien, no podés hacer nada porque culturalmente comen únicamente guiso, guiso, y guiso; encima después no se mueven, no hacen deporte, miran la tele todo el día o juegan a la Play.

Vemos que gran parte de los problemas nutricionales son relacionados con ciertas prácticas alimentarias caracterizadas por una invariabilidad en las comidas, ejemplificada mediante la reiteración del

guiso, preparación que se considera ligada a cierta alteridad cultural y que, por lo tanto, resulta difícil de modificar. Al respecto, nos interesa resaltar que el guiso, como muchas otras comidas de olla, constituye una preparación alimentaria que posee una larga tradición andina y criolla, además de un papel central en la maximización de rendimientos y saciedad por su valor nutritivo, por su accesibilidad económica y por su adaptación a la infraestructura de las cocinas, al habilitar una comensalidad colectiva y funcional a los tiempos de quien la prepara (Aguirre, 2004).

Además, de este fragmento se desprende otra cuestión que encontramos en el discurso de algunos trabajadores de los centros de salud en los que llevamos adelante nuestras investigaciones: el lugar de la noción de cultura en las explicaciones de las dificultades que pueden aparecer en el cuidado infantil. Suele tratarse de una noción de cultura en la que se incluyen “costumbres” y “creencias” que formarían una totalidad homogénea, a-histórica, cerrada en sí misma, desde la que los patrones culturales de cuidado y alimentarios son homologados con estilos de vida poco saludables y riesgosos, desanclándolos del contexto social, político y económico, y de las múltiples variables de desigualdad que los atraviesan. En este punto podríamos preguntarnos por la universalidad de lo que se considera como “dieta” o alimentación “sana”, “consciente” y equilibrada y si las pertenencias identitarias, los contextos locales, los factores socioculturales y los condicionamientos sociales, económicos, etc., no tienen algo que aportar en el modo en que puede ser comprendida la alimentación de los niños. En este sentido, si bien la cultura es un elemento central en la construcción de los modos de criar a los niños, que no puede obviarse en su abordaje, no es el único tipo de proceso social que interviene ni se produce de manera aislada de otras relaciones sociales, como los condicionamientos de clase o las transformaciones históricas.

De una u otra manera, a través de diferentes elementos y explicaciones, va siendo construida una clasificación más o menos implícita entre “buenos” y “malos” cuidadores, que pone en juego una serie de sentidos y categorías morales sobre la responsabilidad parental, de cuya elaboración participan desde diferentes lugares el personal de salud y también los propios usuarios. Y si volvemos a la escena del control de salud que presentamos antes, vemos que son sobre todo las “mamá” las destinatarias de las indagaciones e indicaciones de los profesionales de la salud. La alianza privilegiada entre el médico y la madre, establecida allá por el siglo XVIII y de la que hablaba Donzelot (1979) en *“La policía de las familias”*, conserva su plena vigencia.

En efecto, es sobre todo con respecto a las mujeres madres que se ponen en juego y se refuerzan las clasificaciones entre “responsables” e “irresponsables” o “descuidadas”; entre aquellas que, aún 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 les llevan a los controles, pierden turnos, no cumplen con las prescripciones médicas. Esto muestra que si el papel de la familia en la crianza de los niños es un punto clave en la perspectiva de los equipos de salud, más aún lo es el de la madre, reforzado por una mirada social más amplia sobre el cuidado que, como vimos en el capítulo anterior, lo vincula con el género femenino, el altruismo y el espacio doméstico. En consonancia con estas representaciones y valoraciones, en nuestras investigaciones observamos que las mujeres que llevan a los niños al control son indefectiblemente llamadas “mamá”: “mamá, ¿estás dándoles sólo teta?”, “mamá, vas a traerlo de nuevo en un mes”, “mami, acordate de que le toca la vacuna”. Incluso a alguna de nosotras le sucedió que, durante el trabajo de campo, al acercarse a la ventanilla de entrada, fuera llamada “mami” desde un comienzo. Pareciera entonces ser tan evidente que quien lleva a los niños es la mujer madre que, cuando la supuesta “mamá” resulta no ser la madre biológica sino una hermana, la abuela, una tía, una vecina o la cuidadora de un hogar convivencial, se enciende una especie de alarma que reorienta las preguntas del personal sanitario hacia las características de la familia del niño. Esta naturalización de la maternidad y los aspectos morales que la sostienen –vinculados con el amor desinteresado, la generosidad y el servicio a los demás– no sólo configuran determinada figura de mujer, sino también un ideal sobre la infancia y la familia, que son puestos en juego al evaluar las prácticas alimentarias. Desde allí se critica fuertemente a la mujer madre que “ya no cocina” para los suyos y “prefiere” recurrir al alimento proporcionado por comedores o merenderos.

Así como en el capítulo previo trajimos la organización social del cuidado como prisma a través del cual entender las disposiciones y dinámicas que se suceden al interior de las prácticas de cuidado, podemos pensar la organización social de la alimentación del mismo modo. En efecto, la misma noción de “mesa familiar” ha sido históricamente un espacio idealmente pensado con connotaciones positivas, ponderando la disposición de roles preestablecidos y tradicionales, e ignorando y omitiendo la desigual repartición de tareas en su interior, o la composición alimentaria y nutricional efectiva. En la mirada nostálgica sobre la mesa familiar perdida, no solo se

anudan memorias que romantizan un pasado desigual para las mujeres a cargo de esta tarea, sino que reinstalan una y otra vez valores morales vinculados con el cuidado y el alimento.

Llegados a este punto, sin embargo, cabe aclarar que el modo en que se realizan las estimaciones sobre las capacidades de cuidado, así como las intervenciones que de ellas devienen, están lejos de ser unidireccionales y monolíticas. La mirada etnográfica ha permitido ver el modo complejo en que en ellas inciden las relaciones (de confianza, empatía o, por el contrario, de extrañeza y rechazo) establecidas entre los agentes de salud y las familias. Estas relaciones varían según la antigüedad, la continuidad y el conocimiento de la comunidad por parte de los integrantes de los equipos de salud, modulando las actitudes de comprensión o, por el contrario, de sospecha y de censura, ante prácticas de cuidado diferentes a las esperadas. Así, por ejemplo, en uno de los CAPS en los que desarrollamos trabajo de campo, 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 la institucionalización de los niños. Esto hubiera sido imposible en otros CAPS en el que la rotación constante de personal impide un real conocimiento de la comunidad con la que trabajan. Tampoco esas perspectivas son homogéneas al interior de cada equipo, variando de acuerdo a las posiciones ideológicas de sus integrantes, el género, la posición social más o menos cercana a la de las familias usuarias, el establecimiento de relaciones de afecto, entre otros elementos.

A su vez, cabe destacar que niños y familias participan e inciden de distintas maneras –aunque en desigualdad de condiciones– en los procesos de atención de la salud que les están destinados, ya sea desde una resistencia silenciosa ante ciertas indicaciones, pasando por el desarrollo de estrategias para lograr que los niños sean atendidos por los profesionales que consideran más idóneos, hasta el reforzamiento de las clasificaciones entre las “buenas” madres y aquellas que son “irresponsables” en el cuidado de sus hijos. En efecto, más allá de los frecuentes desencuentros entre el sistema de salud y las familias que sostienen los cuidados infantiles, nos interesa cerrar este apartado resaltando que las intervenciones de las instituciones de salud, en este caso los CAPS, no dejan de ser arena de disputas acerca de la salud, la crianza, las responsabilidades de diferentes adultos en relación con las infancias. Arena en la cual se producen desacuerdos –pero

también negociaciones– y donde ni las familias ni les niños tienen un rol pasivo. En nuestros trabajos de campo pudimos no sólo recuperar la multiplicidad de miradas de los pediatras y otros trabajadores de la salud respecto al cuidado infantil, sino también, las maneras en las que quienes asisten a dichos establecimientos retoman, ignoran o resignifican estas recomendaciones, indicaciones o señalamientos médicos, muchas veces en articulación con otras experiencias y saberes. Esta complejidad y variedad de acciones y relaciones pone de manifiesto, a su vez, el lugar crucial del cuidado infantil tanto para quienes intervienen desde el sistema de salud como para las familias y comunidades a las que pertenecen los niños.

### **Las tramas institucionales del cuidado de niños y adolescentes que no disponen de familias y entornos considerados favorables a su desarrollo**

Hasta aquí hemos visto el modo en que instituciones educativas y sanitarias construyen significados e intervienen con algunas familias cuyas prácticas de cuidado infantil no se ajustan del todo a los criterios hegemónicos de normalidad. La indagación de lo que sucede en el hogar a través del discurso o del cuerpo de los niños, la comparación con procesos estandarizados y el gesto pedagógico de docentes y personal de salud, que buscan enseñar comportamientos, modos de relacionarse y usos del tiempo, son algunas de las estrategias de intervención observadas.

No obstante, hay multiplicidad de situaciones en que los niños no disponen de familia o bien ésta no alcanza los estándares esperados para proporcionar un “adecuado contexto para la crianza”. Así, no siempre, pero en gran cantidad de situaciones, se suele activar otro circuito institucional, que comienza connotando las irregularidades e insuficiencias en las prácticas de cuidado, derivando en el dictado de medidas de protección especial, de vigilancias reforzadas y apuestas al fortalecimiento familiar y, de no prosperar éstas, en medidas de protección excepcional de derechos que suponen la separación de los niños de sus entornos familiares de origen.

Como veremos en este apartado, las intervenciones estatales sobre estos niños y sus familias, así como el modo de categorizarlos y nombrarlos han ido variando a lo largo del tiempo, a la luz de diferentes paradigmas jurídicos e ideologías, por lo que un breve recorrido histórico resulta necesario para comprender las prácticas y representaciones actuales.

Históricamente, les niños y adolescentes que no disponían de familias y entornos considerados favorables para su desarrollo (López y Guemureman, 2022) fueron inscriptes en diferentes colectivos: “menores en situación irregular”, o “en riesgo o peligro moral o material”; “menores en circunstancias especialmente difíciles”, “niños tutelados bajo la figura de protección de persona”, “niños y adolescentes institucionalizados en virtud de medidas de protección excepcional”, y la bastante más familiar y reciente de “niños y adolescentes privados de cuidados parentales” (García Méndez, 1991; Larrandart, 1991; García Mendez y Beloff, 2004; Herrera et al, 2019; Guemureman, 2014a, 2019). Tal como puede verse, cada definición fue reemplazada a un tiempo por otra “menos estigmatizante”, tendiendo a definiciones que fueran lo más neutras posibles y que alejaran del imaginario la fácil asociación entre la asistencia, la caridad y la pobreza vinculada al “peligro moral o material”. Hubo de pasar mucha agua bajo el puente, surfeando las olas de ideologías tutelares y concepciones de niñez que, en lo sustancial, clasificaban a les niños bifurcando según clase social, en “menores” o “niños” (Murga la “Mojigata”, 2010).

Así las cosas, bajo la sacralizada voluntad de protección y preservación de riesgos y de peligros morales o materiales (entiéndase, violencias de todo tipo, malos tratos, abusos, negligencias, orfandades, abandonos o consumos problemáticos), históricamente numerosos niños fueron separados de sus progenitores o familias biológicas en aras de su “protección” y muchos de ellos pasaron largos períodos de sus infancias en hogares, institutos, familias sustitutas, familias ampliadas o distintos enclaves institucionales o familiares que oficiaron como instancia de acogimiento y protección durante los años de crianza y hasta la mayoría de edad, que en Argentina, hasta el año 2009 se extendía hasta los veintiún años. En ese entonces no se hablaba de “cuidado”. El concepto no había colonizado las agendas de la niñez, pero sí se cuestionaba la “falta de cuidado”. Este último era asimilado a “maltrato” o “negligencia”, sin dudas, se trataba de conceptos impregnados de connotaciones morales que calificaban las maternidades y los cuidados apelando a un brutal reduccionismo que calificaba de forma dicotómica entre “buenas” o “malas madres”.

La facultad de disposición tutelar, encarnada no sólo por el patronato sino también por modalidades menos institucionalizadas pero igualmente poderosas, como las iglesias de distintos credos, no fue cuestionada durante muchos años. De modo que la ubicación de les niños en enclaves institucionales (hogares, hogarcitos, casitas, institutos, etc.) se convertirá en una constante. Se daba por sentado que seguramente les niños estarían mejor “cuidados” en esos entramados

institucionales que con sus familias de origen. Estos espacios eran visualizados como enclaves “protectorios” y la mala prensa de los horrores y abusos allí perpetrados, muchos denunciados y condenados, no resultaba suficientemente disuasoria para que multitud de niños transitaran allí parte de sus infancias.

Muchos de los niños que “caían” en la institucionalización de carácter asistencial, eran niños pobres que padecían el efecto de las carencias y deprivaciones de sus familias de origen: necesidades básicas insatisfechas y negligencias por no haber incorporado ciertos sentidos y prácticas socialmente establecidos sobre la crianza y las necesidades infantiles. En síntesis, la decisión de institucionalizar a esos niños, en muchos casos, estaba justificada en un prisma de clase que no podía tolerar crianzas alejadas de la “normalidad”, entendiendo por “normalidad” la “tipicidad” de las clases medias (concepciones hegemónicas acerca del cuidado) que, tal como quedó evidenciado en el Capítulo 2, no reflejan las crianzas reales que se producen en contextos muy reales de heterogeneidades, desigualdades y desventajas acumuladas (Saravi, 2020).

Hizo falta que se cuestionara la “judicialización de la pobreza” para que estas institucionalizaciones, compulsivas muchas veces, pero no siempre, empezaran a ser problematizadas y denunciadas como “secuestros institucionales” (UNICEF-SDH, 2006; Beloff y García Méndez, 2004; García Méndez, 2006; Guemureman, 2011), excesos del poder discrecional del patronato de menores y vulneración de derechos, de uno de los más sagrados derechos de los niños que es crecer y desarrollarse en sus “centros de vida” y junto a sus familias biológicas. Esto implica aceptar la diversidad de las crianzas y concepciones no hegemónicas acerca de “cuidar” y “proteger”, tarea para la cual la sociología y la antropología tienen mucho que aportar dando cuenta de la diversidad y desigualdad de cuidados a los que hemos aludido en todo este libro.

Así, con la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) por parte de la mayoría de los países, la institucionalización de niños y adolescentes por motivos de protección empezó a ser considerada una medida de última instancia, agotadas todas las otras medidas de protección especial, que consistían en resolver la situación de vulneración de sus derechos con medidas menos gravosas que la separación de sus familias. Se denominaron a éstas “medidas de protección especial de derechos”, y para su administración se quitó protagonismo e injerencia a los jueces de menores, ya muy demonizados, y se empoderó a los organismos administrativos y a las distintas



oficinas de promoción y protección de derechos (defensorías de niñas, niños y adolescentes, servicios zonales, servicios locales), que empezaron a crearse en diferentes jurisdicciones provinciales y municipales. Durante muchos años habían reclamado la potestad de intervenir, y ésta –como los mejores deseos– les fue concedida; sólo que la nueva facultad resultó ser un “caballo de troya” –apelando a la mitología griega– y el regalo vino con una gran responsabilidad y un gran desafío: resolver en forma más humana, con mayor celeridad, con escasos e insuficientes recursos presupuestarios, más acorde a un enfoque de derechos y más sensible a los abusos y discrecionalidades de “la justicia”. Muchas veces estas instancias administrativas no sabían qué hacer con situaciones que les quemaban en las manos y para las cuales no encontraban las soluciones eficaces en forma rápida y, mucho menos, indolora. Lamentablemente, en las complejas circunstancias sociales e institucionales en que deben realizar sus intervenciones, no han sido pocas las veces en que las oficinas de protección, defensorías o sedes administrativas, reclamaron nostálgicas las “espaldas del viejo juez de menores”. Tampoco han sido escasas las ocasiones en que la resistencia a recurrir a “la Justicia”, derivó en una desatención por negligencia disfrazada de respeto, de no intromisión y voluntad de no sobrevictimizar. Así, chiques maltratados permanecieron en las familias que les maltrataban, chiques abusados con los perpetradores, o bien, desconociendo su “interés superior” fueron enviados con tíos y abuelos, igualmente deprivados e igualmente pobres y con escasos recursos materiales y simbólicos para hacerse “cargo” de los chiques, a les que además de cuidar y atender, había que reparar en sus sufrimientos pretéritos, restañar sus heridas y evitarles nuevos padecimientos (Guemureman, 2014a, 2018, 2019). Algunas veces estas soluciones funcionaban, pero lamentablemente, no eran pocas las veces que no solo no funcionaban, sino que se cronificaban, habiendo sido, como dice el saber popular, “peor el remedio que la enfermedad”. En muchas de estas situaciones la vulneración de derechos se profundizaba, resultando les niñas mucho más vulneradas y provocando subjetividades más dañadas.

Sería injusto omitir la referencia a la ausencia de políticas públicas que posibiliten estrategias territoriales de protección y restitución de derechos. Con frecuencia, operadores y equipos técnicos de los servicios locales, servicios zonales y defensorías zonales de protección expresan su frustración por “no poder hacer más”, por constatar que el voluntarismo no alcanza para revertir tantas desdichas y deprivaciones. Ellos, les trabajadores de los servicios de protección, muchas veces frágiles y precarizados en sus estatutos laborales, se

encuentran atados al compromiso inquebrantable con los niños, pero carentes de recursos materiales y presupuestarios.

Como fuera, ante el fracaso, se torna inevitable “declarar agotadas todas las medidas de protección especial” y recurrir al dictado de una medida de protección excepcional, eufemismo de derivación a uno de esos enclaves institucionales de los que hablábamos antes (hogares, pequeños hogares o institutos), todos sinónimos de “internación”. Así, estos niños y adolescentes para los que se “agotaron” las alternativas de permanencia en su familia de origen, o familia ampliada, o al menos en su centro de vida, “fueron, iban y siguen yendo” (Daroqui y Guemureman, 1999) a los más viejos, o más modernos institutos de menores que ahora se llaman “dispositivos de cuidado modalidad residencial o modalidad familiar” (SENNAF, 2022). Los niños y adolescentes que son alojados en estos remozados dispositivos, son aquellos que en la región se conocen como “niños y adolescentes sin cuidados parentales” (Aldeas SOS América Latina y RELAF: Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar, 2010) y algunos de nosotros hemos reconceptualizado como “niños que no disponen de familias y entornos favorables para su desarrollo” (CEPAL-LACRO, 2022).

Estos niños, según el último relevamiento de la Secretaría Nacional de Niñez (actualizado a 2020 y publicado en el año 2022), ascendían a 9.754, de los cuales 93,8% (9.154) estaban comprendidos entre los cero y los diecisiete años, con un aumento de la cantidad de niños conforme se incrementa la edad y con una distribución bastante equitativa según género (50,53% mujeres; 45,55% varones; 0,17% de población trans y un sorprendente 3,74% sin datos). Cabe señalar que un 7,9% de niños y adolescentes presentan discapacidades permanentes (774), lo que dificulta cualquier proyecto de egreso.

Los motivos de ingreso oscilan entre el abandono, la violencia, el abuso sexual y las dificultades en el ejercicio de la responsabilidad parental por parte de los progenitores o adultos a cargo. El 88% de estos niños y adolescentes se encuentran alojados en dispositivos de cuidado residencial (institutos, hogares, hogares convivenciales, residencias juveniles, casa hogares, etc.), en tanto el restante 12% se encuentran en dispositivos formales de cuidado familiar (familias cuidadoras, también llamadas de acogimiento, solidarias, de tránsito o de cuidados temporales, etc.). Hay otros 6.400 niños y/o adolescentes a quienes también les fue dictada una medida de protección excepcional, pero han encontrado referentes afectivos en la familia ampliada o extensa que se ha asumido la responsabilidad del cuidado, evitando que tengan por destino un dispositivo formal.

Según las jurisdicciones las preferencias en los dispositivos escogidos varían. Así, en la provincia de San Luis no hay dispositivos residenciales y el 100% de los niños están en dispositivos familiares. En Tierra del Fuego, si bien los hay, un 78% están en dispositivos familiares, mientras que en Catamarca, Formosa, Salta, Corrientes, Misiones y San Juan, todos los dispositivos son de tipo residencial. En el resto de las jurisdicciones, se alternan, con diferentes proporciones, los dos tipos de dispositivos. Es interesante connotar que la mayoría de los niños permanecen alojados en dispositivos residenciales de gestión privada (54,5%), es decir, que el “cuidado” está tercerizado y se brinda mediante una prestación convenida entre el organismo de niñez y la organización a la que pertenece el dispositivo<sup>7</sup>. El 33,5 % de los niños se encuentran en dispositivos residenciales de gestión pública, otro 9,4% se encuentra en dispositivos familiares de gestión pública y el restante 2,6% en dispositivos familiares de gestión privada.

Las medidas de protección excepcional tienen prevista una duración máxima de 180 días según lo estipulado por la ley. Es por este lapso que le confiere legalidad el juez interviniente. Sin embargo, la permanencia de los niños en estos dispositivos suele superar este lapso. Esto significa que las medidas se prorrogan y se extienden por años. Así las cosas, en algún momento el egreso se produce: en las hipótesis más optimistas, la medida de protección excepcional cesa porque se logra una revinculación familiar; otra hipótesis es que se decreta el estado de adoptabilidad, es decir, que los niños queden en condiciones de ser adoptados. Si los proyectos de adopción prosperan, los niños egresan con sus nuevas familias; pero si fracasan, los niños permanecen en los dispositivos de cuidado. Finalmente, otra modalidad de egreso son los proyectos de autonomía para el egreso, inscriptos en el Programa de Egreso Asistido (PAE) creado por la Ley 27.364/17 justamente para aquellos niños y adolescentes que no tienen chances de revincularse con sus familias de origen. En términos numéricos, se puede decir que una tercera parte se reintegra a su familia; en un 20% de los casos se decreta el estado de adoptabilidad, otro 20% egresa a partir de la construcción de proyectos de autonomía, para lo cual desde el PAE, el Estado, fortalece capacidades para la adquisición de herramientas y recursos para desenvolverse en la vida adulta, les asigna a los adolescentes un referente para

<sup>7</sup> Este convenio supone que los dispositivos se adecuan ediliciamente y cumplen normativas estandarizadas respecto a capacitación, profesionalización, higiene y seguridad, y perciben un monto mensual por cada niño o adolescente alojado, variando el monto según la complejidad de la prestación (atención integral, atención especial por discapacidad, entre otros). Los dispositivos deben ser periódicamente inspeccionados, justamente para monitorear las condiciones en que se proporcionan los cuidados.

acompañamiento y, muy importante, les asigna una transferencia monetaria al momento del egreso y por un lapso variable, dependiendo si continúa o no estudios de formación profesional o universitarios. En síntesis, el Estado asume para sí la responsabilidad de garantizar el tránsito hacia la adultez. Tristemente, algunos niños y adolescentes, alrededor de 400, no tienen ningún proyecto de egreso. Muchos de ellos son personas con discapacidades permanentes y constituyen uno de los núcleos más duros del sistema de protección de niños.

En esta sección hemos intentado aproximarnos a las tramas institucionales del cuidado de niños y adolescentes que no disponen de familias o cuyos entornos son catalogados como no favorables para su desarrollo. Así como en las secciones previas nos detuvimos en las maneras en que las instituciones educativas y sanitarias intervienen sobre los cuidados, a la vez que construyen significados sobre la maternidad y las familias, especialmente aquellas que no se ajustan a los parámetros hegemónicos, aquí se buscó recuperar lo que sucede y se construye en los campos ligados a la protección especial, a la protección reforzada y a las estrategias de protección informadas desde las vulneraciones, las deprivaciones y las violencias. Esto se logró mediante un repaso en clave histórica por los distintos circuitos que fueron construyéndose en Argentina para intervenir en estas situaciones y las distintas categorías con las que fueron siendo denominadas los niños que atravesaban estos procesos. A su vez, nos permitió adentrarnos en la coyuntura actual de esta cuestión.

En suma, cada definición construida fue reemplazada a un tiempo por otra “menos estigmatizante”, tendiendo a definiciones que fueran lo más neutras posibles y que alejaran del imaginario, la fácil asociación entre la asistencia, la caridad, y la pobreza vinculada al “peligro moral o material”, a la vez que fueron cambiando las incumbencias de los diferentes organismos encargados de buscar soluciones antes las dificultades familiares para llevar a cabo los cuidados de sus niños. Sin embargo, como vimos, ante la escasez de políticas públicas que ayuden a familias y comunidades a sostener a sus niños, persisten respuestas que terminan en la institucionalización y la separación de los chicos de sus lugares de pertenencia.

## **Reflexiones finales**

A lo largo de las líneas previas hemos ido aproximándonos a los sentidos e intervenciones que se despliegan sobre los niños y su cuidado en distintas instituciones vinculadas a los campos de la

educación –y, más particularmente, de la escolarización–, la salud y los sistemas de promoción y protección de derechos. Más allá de las diferencias entre ellas, hemos encontrado ciertos ejes que atraviesan las representaciones y prácticas de sus agentes, permitiéndonos reconocer núcleos de sentido en común acerca de la niñez y el cuidado.

Uno de estos ejes tiene que ver con la construcción de la idea de responsables idóneos para el cuidado infantil e implica un conjunto de sentidos sobre la niñez, la parentalidad –especialmente, la maternidad– y la familia. En los apartados precedentes hemos visto que la responsabilidad de la crianza y el cuidado cotidiano es atribuida a las familias, que suelen ser pensadas desde el modelo nuclear, y, dentro de ellas, a las madres. En consonancia con lo que también se muestra en el capítulo anterior, y como parte de una perspectiva que podemos denominar “familiarista” y “maternalista”, pudimos ver que gran parte de las intervenciones de diferentes agentes institucionales consisten en evaluaciones y estimaciones sobre la capacidad de las familias para cuidar a los niños, siendo las mujeres en su papel de madres las principales destinatarias de las indagaciones, recomendaciones, indicaciones y cuestionamientos al respecto. En efecto, desde una mirada de sentido común sobre el cuidado infantil, la relación materno-filial es naturalizada e idealizada como un vínculo psíquico y afectivo siempre altruista y amoroso. A partir de ello se producen una serie de caracterizaciones morales y clasificaciones sobre la “buena” y “mala” madre y, por extensión, sobre los restantes adultos de la familia, considerados responsables o negligentes con respecto al cuidado infantil. Vemos así que el lenguaje del cuidado infantil, tal como lo señala Vianna (2002), se constituye en un medio para la traducción de significados y categorías morales, sintetizados en términos como “responsabilidad”, “altruismo”, “irresponsabilidad”, “interés”, desde los cuales se establecen o refuerzan papeles y obligaciones parentales y familiares.

Otro eje que atraviesa las intervenciones de varias de las instituciones consideradas tiene que ver con el lugar atribuido a las particularidades socioculturales e identitarias de los conjuntos sociales a los que pertenecen los niños, en la explicación de los cuidados considerados inadecuados. Como nos mostraron los ejemplos de las intervenciones realizadas en algunos jardines de infantes y CAPS, ciertas prácticas de crianza realizadas por las familias y consideradas erróneas desde las instituciones, buscaban ser explicadas mediante ciertos imaginarios asociados a la pertenencia sociocultural (entendida en términos de costumbres, tradiciones diferentes e inamovibles),

como parte de un proceso más amplio de construcción de alteridad. En este sentido, podemos señalar que los sistemas de cuidado infantil se construyen como emergentes estructurales de las condiciones históricas de una sociedad dada y como producto de los saberes y prácticas culturalmente particulares de los distintos conjuntos sociales. Esto implica percibir que, en otras o diferentes prácticas de crianza, hay elementos que responden a opciones culturales, pero también otros que derivan de la pobreza y la vulneración de derechos (Colangelo, 2020). A partir de lo anterior, cabe la reflexión sobre qué desigualdades y diversidades son iluminadas en cada contexto o marco de relaciones y, a partir de ello, de qué modo se produce la construcción de “vulnerabilidades” y de “urgencias” de intervención en las políticas públicas.

Por último, queremos señalar el lugar que ocupa el cuerpo infantil en los procesos de cuidado y en las evaluaciones e intervenciones que se despliegan al respecto en los distintos campos considerados. En las representaciones y prácticas producidas en instituciones escolares, sanitarias y defensorías o servicios de promoción y protección de derechos, el cuerpo de la niñez es abordado como territorio donde es posible “leer”, a modo de evidencia, las prácticas de cuidado realizadas por las familias. A su vez, esta posibilidad se sostiene en un conjunto de representaciones del cuerpo infantil como entidad en transformación, cuya normalidad está dada por la capacidad de cambiar, dentro de un recorrido esperable, mediante los procesos de crecimiento y desarrollo. Estas nociones de crecimiento y de desarrollo están en el núcleo de la concepción de la infancia construida en la modernidad occidental y sobre la que se fundan gran parte de las políticas públicas que buscan educarla, curarla, protegerla, cuidarla, asistirle, controlarla, etc. Implican el supuesto de que los cuerpos de las niñas representan un punto evolutivo inicial que culmina con la adultez, correspondiendo los primeros años a un estado inicial de inmadurez e incompletitud, pero a su vez de maleabilidad y plasticidad. A partir de estas concepciones sobre la corporalidad infantil, se comprende el lugar que en el proceso de crianza ocupan la educación, el alimento y la protección, entendidos como elementos nodales e indispensables, así como el énfasis de distintas instituciones por regularlos y administrarlos.

A modo de síntesis y dando continuidad al capítulo previo, podemos afirmar que el cuidado infantil, en tanto proceso social y cultural, lejos de presentar características universales e invariables, muestra una enorme diversidad, ligada, en gran medida, a particularidades culturales de las familias y comunidades que la llevan a cabo.

Esa multiplicidad de formas de criar a les niños suele emerger en las instituciones escolares, de atención de la salud y aquellas ligadas a la promoción y protección de derechos, poniendo en juego diferentes concepciones de niñez, sujeto, cuerpo, maternidad, paternidad, entre otras, que suelen entrar en disputa con aquellas que proponen los agentes institucionales. Al respecto, es interesante registrar los múltiples significados y las tensiones que a lo largo de la historia y actualmente encierran las distintas nociones que fuimos abordando (cuidado, crianza, asistencia, educación, protección, amparo) así como también las relaciones que se trazan entre los responsables y destinatarios y las dinámicas que adquieren las intervenciones institucionales en su devenir histórico. En palabras de Ezpeleta y Rockwell:

Cada forma social viva, cada institución, es [...] historia acumulada, articulada. Es producto de todos los sectores sociales involucrados en ella, síntesis de prácticas y concepciones generadas en distintos momentos del pasado, [...]. Hacer inteligible el presente requiere buscar en el pasado el sentido [...] de esas huellas (1985: 200).

Tal como lo enuncia Llobet (2006) son aquellas representaciones de los agentes institucionales adultos sobre la infancia, sobre sus necesidades morales, psicológicas y materiales, sobre los actores “naturales” para satisfacerlas (la familia “bien constituida”, la “buena madre”), las que suelen conformar la matriz de sentidos desde la cual se negocia incluso la percepción de la realidad de cada niño en particular. Y esto nos lleva a preguntarnos, en sintonía con la perspectiva acerca de la niñez con la que trabajamos en este libro, acerca de la voz de los propios niños en las explicaciones e intervenciones institucionales ligadas a su cuidado. Es esta voz, generalmente ausente en las políticas públicas, la que se echa de menos en la mayoría de los trazados actuales.