

Tercera parte

INEQUIDADES Y POLÍTICAS DE CUIDADO

¿LA “MUJER/MADRE” COMO ÚNICA RESPONSABLE DE LA POBREZA INFANTIL? ETNOGRAFÍA CRÍTICA DE ALGUNOS PROGRAMAS DE SALUD CONTRA LA MALNUTRICIÓN DEL NIÑO (EJEMPLOS LATINOAMERICANOS)

Charles-Édouard DE SUREMAIN*

SUMARIO: I. *Introducción: mujeres, madres, niños ¿una tríada que se refuerza mutuamente?* II. *Confinamiento, devaluación, estigmatización.* III. *¿El empoderamiento refuerza la exclusión y la pobreza?* IV. *Conclusiones: ¿cuáles enseñanzas a partir de la etnografía crítica?* V. *Bibliografía.*

I. INTRODUCCIÓN: MUJERES, MADRES, NIÑOS ¿UNA TRÍADA QUE SE REFUERZA MUTUAMENTE?

Desde hace un par de décadas, las mujeres ocupan el centro de la atención de gran parte de los medios de comunicación y de la atención política. Esta categoría de actores tiene en particular un lugar central y privilegiado en los programas de lucha contra la pobreza y para el desarrollo. Por lo tanto, la asociación sistemática de los términos “mujeres” y “madres” es mucho más antigua y se relaciona estrechamente con las funciones reproductivas y domésticas que se otorgan desde hace siglos a las mujeres. Hasta el punto que no fue sino hasta las grandes guerras del siglo XX que se transformaron las representaciones basadas en la maternidad y que se aprecia el papel político y económico fundamental de las mujeres en la sociedad global.

A esta asociación, se cuelga ahora otra categoría de actores igualmente problemática: la de los “niños”. Hoy en día, es imposible pensar por separado las categorías de “mujeres”, “madres” y “niños” en los proyectos de salud y de planificación familiar. Sería impensable actuar sobre un solo grupo sin afectar al otro: lo que beneficia a las mujeres debe tener un impacto positivo

* Investigador en Antropología. UMR 208 “Patrimonios Locales y Gobernabilidad”.
Email: suremain@ird.fr.

en las madres y en los niños; inversamente, lo que beneficia a los niños tiene que redundar en el mejoramiento de la vida de las madres y de las mujeres. Cualquiera que sea la categoría de actores hacia quien se dirige el programa, el resultado debe ser una “relación transitiva” —es decir, una relación entre dos categorías de actores que siempre implica una relación con una tercera categoría—.

Este “axioma de desarrollo” se basa en la idea de que todas las categorías de actores involucradas tienen un punto en común —la “vulnerabilidad”— y comparten supuestos económicos, culturales, psicológicos y científicos. En los programas de lucha contra la pobreza, la vulnerabilidad se refiere a un estado inmutable o pensado como potencialmente muy difícil de evolucionar. Utilizada como un sustantivo, la vulnerabilidad contribuye a esencializar los actores en un papel determinado, congelando fenómenos dinámicos en situaciones estables y permanentes.

Mi hipótesis es que la tríada esposa/madre/hijo, y la vulnerabilidad, son conceptos que se refuerzan mutuamente. La contradicción llega al punto de tener al menos dos consecuencias contradictorias: la esterilización del debate sobre la responsabilidad de la salud y la repetición idéntica de las intervenciones basadas en los mismos supuestos. Estas contradicciones podrían explicar varias resistencias y rechazos *vis-à-vis* las intervenciones de salud. A través de ejemplos tomados de la antropología y la nutrición, me pregunto aquí cómo los programas contra la pobreza pueden desbloquear los supuestos económicos, culturales, psicológicos y científicos que los subtienden. ¿Cómo finalmente la etnografía crítica permite considerar otras medidas de acción para mejorar los programas de lucha contra la pobreza?

II. CONFINAMIENTO, DEVALUACIÓN, ESTIGMATIZACIÓN

En la esfera del desarrollo, como en el mundo científico, parece evidente que la lucha contra la desnutrición infantil tiene que ser relacionada con la lucha contra la pobreza. ¿No es la desnutrición una de las “enfermedades de la pobreza”, así como el VIH/SIDA, la malaria o la tuberculosis? Esta etiqueta no deja de tener consecuencias sobre la naturaleza de las intervenciones realizadas. Orienta de hecho la identificación de algunos agentes responsables de la desnutrición, favoreciendo la construcción de grupos meta limitados en que se focalizan los programas de salud contra la desnutrición.

1. “Entorno nutricio” y malnutrición

En el caso de la lucha contra la desnutrición, las mujeres/madres son los principales agentes responsables de la condición del niño. Debido a una

inversión aparentemente exclusiva en la alimentación, se les apuntan y se les designan como “responsables de negligencia”.¹ En las entrevistas que realicé en el tema de la supuesta negligencia maternal, está claro que, para los promotores de los programas de salud, la asunción de la nutrición y de la salud de los niños por parte de las mujeres se acompaña de una gran falta de conocimientos acerca del tema. En otras palabras, las mujeres/madres están a la vez incompetentes y solas en involucrarse no sólo en la alimentación del niño, sino en toda su salud.

Tal prejuicio sobre la negligencia materna se vincula a una interpretación caricaturizada de la distribución de las funciones alimenticias en la sociedad. Mientras que se supone que las mujeres/madres tienen una relación privilegiada y casi exclusiva con el niño, los estudios etnográficos muestran que las relaciones madre/niño son mucho más complejas y cambiantes.

Entre un año y medio y dos años y medio,² es decir, antes del destete definitivo, los protagonistas del niño pueden ser hombres o mujeres; adultos o niños; parientes, vecinos o amigos...³ Con diferentes alimentos, de acuerdo con ritmos que varían, por muchas y variadas ocasiones, cada protagonista participa en la alimentación del niño. Esta es la razón por la que propuse el concepto de “entorno nutricional” para describir la extensión y la intensidad de las relaciones sociales en las que el niño que come ocupa el centro.

En mis investigaciones en Bolivia y Perú, tuve la oportunidad de demostrar que la desnutrición infantil no se vincula sistemáticamente con la pobreza y la falta de educación de la madre. Un niño puede ser desnutrido, mientras que su madre es educada y relativamente cómoda; por el contrario, un niño puede ser saludable mientras que su madre es pobre y sin educación... La situación del niño sigue siendo sujeta a la amplitud y calidad de la red de relaciones sociales que goza —o no— a través de la inversión (en tiempo, dinero, afición...) de sus principales protagonistas.

De ahí la importancia de estudiar las formas de familia en el que está inscrito el niño. Esta familia puede ampliarse o reducirse; el niño puede tener una relación especial con el lado patrilíneo, matrilíneo o ambos lados de su parentela o selectivamente... Sería contraproducente limitar el análisis a la familia consanguínea del niño. En los Andes, como en Mesoamérica, el “parentesco ritual” (compadrazgo) es una institución cuya función principal es proporcionar una red de seguridad social para el niño. Está claro que los

¹ En el Perú, se hace referencia abiertamente a la palabra “culpable”.

² Es decir, cuando los “picos de desnutrición”, relacionados con cambios alimentarios y características digestivas de los niños, son los más importantes.

³ Véase también los estudios de Lallemand (1997), Gruénais (1990), Jaffré (1996), Bonnet (1996), Dettwyler (1989), Sheper-Hughes (1992) y Peltó (2001) sobre el tema.

padres rituales se movilizan en gran medida durante su alimentación, no sólo en caso de hambruna.

En Bolivia, recuerdo el ejemplo de un niño desnutrido cuya madre vivía con su madre en relativa facilidad. Nuestra investigación etnográfica mostró que la madre y el niño estaban mantenidos de forma voluntaria por la suegra en un constante estado de aislamiento social. En realidad, la suegra mostraba su desacuerdo con su propio hijo —el padre del niño desnutrido— que no había cumplido con los pasos de los procesos matrimoniales. En otras palabras, el hijo no había formalizado el periodo de “matrimonio de prueba” (*sirvinakuy* en Quechua) que obliga a todos los hombres llevar a cabo una serie de acciones *vis-à-vis* su familia y su futura familia, ya que se prevé una relación duradera con una mujer. Siendo completamente aislada, la madre de su hijo, y por lo tanto su propio hijo, fueron objeto de represalias directas de su comportamiento socialmente indeseable. En este contexto, la alimentación y la salud del niño se alteraron hasta el punto de que él sufría de desnutrición.

2. *Carné de salud, desnutrición infantil y estigmatización de los agentes responsables*

Pero el cuestionamiento de las mujeres/madres no se detiene a la desnutrición. También los profesionales de salud les designan culpables cuando se considera, más generalmente, la cuestión de la salud de los niños, en particular su crecimiento y desarrollo.

Durante las consultas de pediatría en los centros de salud de áreas rurales y urbanas pobres de Bolivia y Perú, he podido observar el fuerte estigma que sufren las mujeres/madres que utilizan el carné de salud del niño. En forma recurrente, las consultas se limitaban a una muy corta auscultación del niño. Al final de la misma, los médicos revisaban rápidamente el carné de salud para detenerse en las curvas de peso y tamaño del niño. De este modo, señalaban su falta de crecimiento en comparación con su edad y las normas internacionales —sabiendo que son cuestionables—. Invariablemente, los médicos orientaban sus discursos sobre lo que “hizo” y “no hizo” la madre para cumplir con estos estándares. Más o menos abruptamente, hacían hincapié en la responsabilidad de la madre en la falta de crecimiento y desarrollo del niño.

Numerosas consultas terminaban con la restitución del carné de salud al cual se pegaba un parche adhesivo de color rojo o verde, dependiendo de la severidad de la condición del niño. Por esta restitución, el médico sancionaba el más o menos “buen comportamiento” de la madre, de hecho

su capacidad de ser —o no— una “buena madre”.⁴ Pero, en los ojos de las mujeres/madres, tal restitución no sólo les devalúan sino les condenan abiertamente a los ojos de la sociedad.

En la medida en que se considera que son ellas las principales responsables de la salud del niño, es toda su aptitud como madre y esposa que se cuestiona: sin reconocimiento fuera de su función social de crianza y de su función de protección, las mujeres/madres se sienten fuertemente estigmatizadas. Se sentían sólo reconocibles a través de la etiqueta de “madre descuidada” que, literal y figurativamente, les pega a su piel. Por otra parte, el estigma aún refuerza la dominación masculina: ni mencionados ni cuestionados, los hombres son plenamente “impotentes”. Se basaron en el diagnóstico de los médicos para echar la culpa a sus esposas.

La estigmatización de las mujeres/madres tiene muchos efectos nocivos en el funcionamiento de los sistemas de salud. Conduce a muchas de ellas a abandonar por un tiempo las estructuras de salud, a pesar de las sanciones que se aplicaron a ellas. En Bolivia, no atender al control de salud infantil obligatorio implica el no reembolso de los gastos de salud del niño; en Perú, una falla de atendimento causa una multa y, en caso de reincidencia, la privación de la ciudadanía con la cancelación de la tarjeta electoral...

En última instancia, parece que la pobreza y la mala salud que caen sobre los niños resultan de la actitud de las mujeres/madres, al menos por parte. En ese momento, la deserción puntual de los servicios de salud se interpreta por trabajadores de la salud como una reacción de rechazo o resistencia más o menos activa de las mujeres / madres a la biomedicina, y por lo tanto, al “progreso” y a la “modernidad”. Dentro de este marco teórico, las mujeres/madres muestran claramente su incapacidad y negligencia para cuidar a los niños —ya que se supone que son ellas los principales agentes responsables de la salud—. El círculo vicioso en el que se conduce el sistema en sí mismo apenas se cuestiona...

III. ¿EL EMPODERAMIENTO REFUERZA LA EXCLUSIÓN Y LA POBREZA?

¿Cuáles podrían ser los posibles orígenes del devalúo y del estigma hacia el grupo meta conformado por las mujeres/madres? Ya vimos que los supuestos políticos e ideológicos subyacentes a los programas de lucha contra la pobreza son importantes pero no determinantes. Posiblemente, el uso irreflexivo del concepto de empoderamiento, que está muy de moda actual-

⁴ Las expresiones entre comillas pertenecen a los actores que trabajan en programas de salud. Las entrevistas se llevaron a cabo durante diferentes investigaciones antropológicas en África y América Latina.

mente, podría ir en contra de sus propios objetivos. La pregunta es ahora la siguiente: en el ámbito de la salud, ¿es el empoderamiento compatible con la designación de un agente responsable único, en este caso la mujer/madre?

1. *Empoderamiento y comunidad*

El concepto de empoderamiento es tanto una teoría, un plan de acción, un proceso y un resultado; actúa a nivel tanto individual como colectivo; postula la importancia de la “comunidad” como un nivel intermedio entre el individuo y la política pública. Todo el enfoque está basado en el “fortalecimiento de la comunidad” y el hecho de aumentar la capacidad analítica de sus miembros. Se supone que ayuda a identificar mejor los problemas que los individuos van a ser capaces de resolver; animándoles a aumentar su participación en la intervención y proporcionando los medios para sostener mejor “su” desarrollo y la lucha contra la pobreza.

Los principios que inspiran el concepto de desarrollo de la comunidad se refieren a valores como el compartir, el consenso, la solidaridad, la redistribución, la igualdad o el intercambio. En la medida en que la aplicación de estos valores permite suavizar las divisiones y las fuerzas centrífugas que destruyen la cohesión general, cualquier cosa que promueva la comunidad sería funcional, conduciendo a la paz social y, por tanto, al desarrollo.

El problema es que el proceso de empoderamiento se basa en una visión muy idealista y consensuada de la comunidad que no se corresponde a la realidad social. De hecho, es todo lo contrario: estudios etnográficos demuestran que la comunidad muy a menudo se rige por divisiones, conflictos y desigualdades mantenidas por un grupo social a expensas de otros grupos sociales.⁵

En el mundo del desarrollo, la comunidad es un fuerte desafío político, económico y cultural tanto de los desarrolladores como de las poblaciones locales. Mientras que los desarrolladores tienen todos los incentivos para identificar las formas de organización colectiva en que pueden apoyarse con mayor facilidad para implementar sus programas, la población local moviliza a la comunidad para aumentar su poder o mejorar su posición dentro de ella.

⁵ Véase la “perspectiva por los actores”. *Cfr.* Long y Long (eds.) (1992), Olivier de Sardan (1997), Berche (1998), Biershenk (1988) o d’Hont (2005).

2. *Empoderamiento y grupos meta*

También se puede preguntar cómo la visión social, política y cultural inclusiva que sostiene el empoderamiento puede acomodarse con la visión excluyente que guía la construcción de los grupos meta. Uno puede preguntarse ¿cómo es posible “construir comunidad” mientras que las intervenciones se dirigen a un solo grupo, aquí las mujeres/madres, lo que consiste en excluir más de la mitad de la población (hombres, niños, ancianos...)?⁶

El exceso de focalización de los grupos metas podría explicar la supuesta “resistencia cultural” invocada por los desarrolladores cuando se trata de comprender el comportamiento de desviación o renuencia de las mujeres / madres. En realidad, parece que estas conductas revelan más la falta de adherencia de los actores a las intervenciones que algún tipo de resistencia cultural, que en sí mismo no explica nada.

Me acuerdo de un grupo de discusión centrado en la promoción de la salud con madres de niños menores de cinco años en Perú. La discusión fue interrumpida cuando una de las madres ha leído la carta de protesta que su marido le había pedido que lea públicamente. En esta carta, explicó que él no entendía “por qué no había sido invitado a la discusión” para discutir un tema “¡que también le involucre!”. Él escribió que “aunque las mujeres cuidaban a los niños”, le preocupaba “no ser tomado en cuenta por las actividades del programa”; explicó que sentía una “falta de consideración” por los médicos; también pidió que “se le invite a ser escuchado”. El padre, en otras palabras, no quería que los médicos le consideraran como “impotente” sino como un agente “real” de la salud de la familia.

Más allá de la articulación de las nociones de empoderamiento y de grupo meta, el problema de la inclusión y exclusión de categorías de actores en los programas de lucha contra la pobreza se plantea. Al afirmar que las mujeres/madres son los principales agentes responsables de la desnutrición infantil, parece que los desarrolladores aíslan y cosifican a las mujeres/madres: las consideran como cabezas de turco. Al hacerlo, podrían cavar una gran brecha entre las mujeres/madres y sus hijos por una parte y el resto de los actores de la comunidad por el otro —además de destacar los mecanismos discriminatorios que ya pesan sobre ellas localmente—.

Se podrían multiplicar los ejemplos. La exclusión que resulta de una construcción demasiado excluyente de los grupos meta es claramente un reto que enfrentan muchos de los programas de salud y, en general, muchos

⁶ Sobre la exclusión de sectores enteros de la población en un programa contra la desnutrición en el Congo, *cf.* Suremain (2009).

de los programas contra la pobreza al manipular los conceptos de empoderamiento, comunidad y grupo meta sin enfoque crítico. ¿Podría la “deorientación” de las intervenciones ayudar a pensar las cosas de manera diferente?

IV. CONCLUSIONES:

¿CUÁLES ENSEÑANZAS A PARTIR DE LA ETNOGRAFÍA CRÍTICA?

En cuanto a programas de desarrollo en el campo de salud, todo sucede como si una mujer era necesariamente una madre o una “madre potencial”. Como resultado de un proceso de naturalización de larga duración, esta afirmación es cuestionable y conduce a una tautología: las mujeres, las madres y los niños son “vulnerables” precisamente porque son mujeres, madres y niños... y viceversa. En su vulnerabilidad, la tríada esposa/madre/hijo es postulada como la principal fuente de bienestar del niño. Lógicamente, esta idea postula que si el niño no se siente bien, es “natural” buscar las causas y las responsabilidades de su estado del lado de la mujer/madre.

En este contexto, ¿cuáles son los espacios para mejorar los programas de lucha contra la desnutrición que la etnografía crítica permite resaltar? Como lo hemos visto, la etnografía crítica permite examinar supuestos metodológicos, teóricos y éticos que sustentan los programas de desarrollo.⁷

En primer lugar, es necesario avanzar en el debate sobre los agentes causales de la desnutrición. En este punto, los debates no han cambiado significativamente desde hace décadas. Ellos se centran principalmente en la tríada esposa/madre/hijo, a pesar de las lecciones de las evaluaciones y los exámenes realizados por los estudios etnográficos sobre la cuestión de la responsabilidad del niño. Sin duda, uno debe también dejar de tener en cuenta que las mujeres/madres “no saben muy bien lo que es la desnutrición”, que “no tienen buenas prácticas de alimentación y cuidado del niño”, o que “no tienen una visión clara del crecimiento y desarrollo del niño”... Estos supuestos encierran, devalúan y estigmatizan a las mujeres/madres. Con el tiempo conducen a la resistencia y al rechazo de las mujeres/madres no tanto *vis-à-vis* el contenido de los programas en sí pero el enfoque excluyente que sostiene su aplicación. De manera más o menos explícita, según los casos, el cuestionamiento de la crianza y de las aptitudes educativas de las mujeres/madres suele ir acompañado de una gran violencia real y simbólica. Mujeres/madres, percibidas como “negligentes”, se sienten culpables. Esta acu-

⁷ Se deriva de lo que yo llamo la “antropología involucrada” (Suremain 2013).

sación es particularmente injusta debido al papel nutricional que la sociedad les asigna y que se les recuerda constantemente.

En estas condiciones, los programas de salud harían bien en tener más en cuenta las estructuras de parentesco y las relaciones de género en el ámbito local. El desconocimiento del funcionamiento de las sociedades donde las intervenciones se llevan a cabo a toda prisa conduce a erróneas interpretaciones sobre los supuestos “actos de resistencia” y rechazos de los actores. Muy a menudo, los actores tienen buenas razones para oponerse a un programa que se supone que va a mejorar su vida cotidiana. El programa tiene más posibilidades de tener éxito si es coherente con los valores y normas de funcionamiento de la sociedad y si se basa en las preocupaciones de los actores.

Por último, el reto de la causalidad demasiado simple que se establece entre desnutrición y pobreza recuerda que la pobreza infantil no puede reducirse a variables cuantificables, económicas o educativas —aunque sí son dimensiones importantes—. La etnografía crítica muestra que la situación de pobreza en la que se ve sometido el niño se debe a la extensión y calidad de la red de relaciones sociales de que se beneficia —o no— a través de sus principales protagonistas. Estas consideraciones nos llevan a reconsiderar la construcción e implementación de las políticas públicas de lucha contra la pobreza, mediante la cuestión central del aislamiento social del niño.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BERCHE, Thierry, 1998, *Anthropologie et santé publique en pays dogon*, París, Karthala.
- BONNET, Doris, 1996, “Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l’enfant”, *Sciences sociales et santé*, núm. 14.
- DETTWYLER, Katherine A., 1989, “Styles of infant Feeding: Parental/Caretaker Control of Food Consumption in Young Children”, *American Anthropologist*, núm. 91.
- D’HONT, Olivier, 2005, *Techniques et savoirs des communautés rurales. Approche ethnographique du développement*, París, Karthala.
- FASSIN, Didier, 1986, “«La bonne mère». Pratiques rurales et urbaines de la rougeole chez les femmes haalpulaaren du Sénégal”, *Social Science & Medicine*, núm. 23.
- GRUÉNAIS, Marc-Éric, 1990, “Le malade et sa famille. Une étude de cas à Brazzaville”, en FASSIN, D. et al., *Sociétés, développement et santé*, París, Ellipses-AUPELF.

- JAFFRÉ, Yannick, 1996, “Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger”, *Sciences Sociales & Santé*, núm. 14.
- LALLEMAND, Suzanne, 1997, “Enfances d’ailleurs, approche anthropologique”, en GUIDETTI, M. (ed.), *Enfances d’ailleurs, d’hier et d’aujourd’hui*, París, Armand Colin.
- LONG, Norman y ANN, Long (eds.), 1992, *Battlefields of Knowledge. The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development*, Londres, Routledge & Kegan Paul.
- OLIVIER DE SARDAN, Jean-Pierre, 1997, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, París, APAD-Karthala.
- PELTO, Gretel H., 2001, “Continuities and Challenges in Applied Nutritional Anthropology”, *Nutritional Anthropology*, núm. 22.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, 1992, *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- SUREMAIN, Charles-Édouard de, 2007, “L’entourage nourricier de l’enfant. À partir d’exemples en Bolivie et au Congo”, *L’Autre. Cliniques, Cultures et Sociétés*, núm. 8.
- , 2013, *L’implication constructive. Anthropologie, recherche, développement*, Habilitation à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.
- SUREMAIN, Charles-Édouard de et al. (eds.), 2003, *Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú*, La Paz, Plural-Institut de Recherche pour le Développement-Éditions de l’Institut Français d’Études Andines.