

# Prefacio

---

## Argumentos para un enfoque global de la pediatría. Salud, crecimiento y desarrollo del niño

Doris Bonnet\*

En Europa, la pediatría se estructuró a finales del siglo XVIII, a partir de la crítica y el rechazo a las prácticas populares de las zonas rurales. Hacer de la primera infancia un objeto específico de la medicina impuso reglas de higiene y de prevención que fueron acogidas de manera diferente según los estratos sociales: “(...) bien acogidas por las clases altas y medias, bastante cercanas al mundo médico, fueron, en cambio, frecuentemente eludidas y reacomodadas por las clases populares que seguían apegadas a sus creencias y a sus antiguos hábitos” (Morel 1992: 36).

En los países del Sur, la conversión de la primera infancia en objeto de la medicina a partir del siglo XX, ha seguido los modelos de los países del Norte. De entrada, se ha establecido una relación jerárquica del cuidado entre el médico y la madre, articulada de una manera dicotómica sobre el modelo de “el que sabe” (el médico o el enfermero sabio) y “la que no sabe” (la madre ignorante). De hecho, la cultura de los profesionales se contraponía a la cultura profana de las familias,

---

\* Directora de Investigación en antropología, Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD); Miembra asociada del Centro de Estudios Africanos, Laboratorio de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS-Paris)

incluso cuando el personal de salud había sido socializado en zonas rurales. Esta situación se mantiene en numerosas regiones del mundo.

Los criterios médicos del niño sano se han forjado a partir de modelos occidentales que consideraban a los de las zonas rurales como reacios al cambio social y marcados por la ausencia de higiene. No obstante, los trabajos de antropólogos y psicólogos han permitido aprehender algunos modelos que tienen los padres del bienestar de los niños, las etapas de un buen desarrollo percibidos por las madres, los cuidados domésticos impartidos a los recién nacidos, así como la reacción de los padres ante la enfermedad de su hijo. Se trata de modelos que valoran las representaciones de los padres y de la sociedad del buen crecimiento del niño (Bril & Lehalle 1988).

Estas diferentes investigaciones han permitido observar y analizar las técnicas maternas de cuidado, algunas de las cuales hoy en día son valoradas por el ámbito médico (el amamantamiento por la madre, llevar al niño en la espalda, etc.), y otras son consideradas como nocivas para la salud (la eliminación del *colostrum*; los lavados excesivos, las prohibiciones alimentarias del niño pequeño, etc.). Mediante las formas de cuidado del niño, las sociedades expresan su visión del mundo, sus sistemas de valores, sus representaciones de la vida y de la muerte (Bonnet 1988; Koubi & Massard-Vincent 1994; Lallemand 1991; Lestage 1999).

Hoy en día, las familias del Sur se encuentran ante la cultura médica de los profesionales de la salud, quienes tienen otra representación no solamente del bienestar y del crecimiento del niño, sino también de la vida y de la muerte en un sentido más global. Consecuentemente, en estas cuestiones la relación entre los médicos y las madres de familia no siempre conduce al consenso. Los primeros sienten dificultades para comprender la pervivencia de prácticas tradicionales, pues las sacan de su contexto social sin medir los riesgos, las relaciones en la toma de decisiones y las tensiones que suscitan al interior de las familias.

El acceso a un sistema de salud implica la capacidad y la posibilidad de las familias de adherirse a nuevos modelos de aprendizaje y de socialización del niño. Esta facultad depende además de la capacidad de los Estados de promulgar políticas dirigidas a las familias y la niñez y, obviamente, de hacerlas aplicar. Sin embargo, mientras que un Estado no tiene los medios ni la voluntad de implementar una política familiar (acceso a la planificación familiar, a la prevención de riesgos y de enfermedades, a los Centros de Salud, la alfabetización y la escuela, la constitución y aplicación de un derecho de familia, etc.), los padres conservan sus esquemas tradicionales de socialización del niño (o parte de ellos).

Esta situación es particularmente representativa en el caso específico de la malnutrición. Numerosos prejuicios provocan en el personal médico una visión que desvaloriza a la madre ("*no escuchan*"; "*son negligentes*"; "*no vuelven*"). Se mantienen las dificultades de comunicación entre los médicos y los pacientes, aunque a veces comparten el mismo lenguaje, la religión e incluso la misma cultura de socialización. Las madres pertenecen entonces a la categoría médica de los "pacientes difíciles" (Desclaux 1996: 251-280). Esta situación no permite al personal de salud medir a qué punto la malnutrición es la expresión de una "disonancia familiar" (Jaffré 1996: 41-72).

Este tipo de malentendido es paradójico, ya que el protocolo de tratamiento de la malnutrición se fundamenta, desde el punto de vista teórico, en un modelo contractual entre el médico y la madre del niño. El primero pide a la madre ser actora y socia en los cuidados, mientras que ella sigue siendo percibida como un factor de riesgo en la curación del niño. El proyecto del cuidado no es compartido entre el médico y la familia; el contrato sigue siendo unilateral y tácito. Esta situación puede generar la desconfianza, la inquietud o la huida de la madre del servicio de salud, o, por el contrario, conducir a la delegación total de su rol de madre al personal médico, es decir puede provocar que la madre ceda a su hijo al Centro de

Salud para que este sea "mejor atendido" de lo que ella misma cree poder hacer.

Por otra parte, a pesar de que la malnutrición crónica ha sido reconocida por la salud pública y de que en numerosos países del Sur se han implementado estructuras de cuidado especializados, todavía se observa una disociación entre el ámbito médico y el nutricional. Los mensajes sanitarios apuntan a explicar a las familias que la malnutrición es esencialmente un problema nutricional. Sin embargo, las madres cuyos hijos están confrontados con el ciclo de la malnutrición (enflaquecimiento/ infecciones), se dirigen a los médicos para sanar rápidamente al niño enfermo y tienen mayores esperanzas en los medicamentos que en las recomendaciones alimentarias. Por lo demás, y frente a la fiebre, en las clases desfavorecidas, la pérdida de peso o la anorexia no son motivo de consulta. En muchos casos, la madre insatisfecha cambia el recurso terapéutico o imparte a su hijo sus propios cuidados, es decir mantiene una actitud de asistencia (noción anglófona de *care*), pero sin tomar medidas terapéuticas (noción de *cure*)<sup>1</sup>.

Los autores de la presente obra han decidido trabajar bajo un enfoque interdisciplinario claramente global y, tomando en cuenta estas dificultades, han decidido estudiar conjuntamente las representaciones que tienen los padres del crecimiento y desarrollo del niño, el uso del Carnet de Salud por las madres de familia y la política sanitaria de los Estados boliviano y peruano acerca de la salud del niño menor de cinco años, integrando de esta manera los factores sociales (interacciones entre actores, la consideración del entorno) y culturales (estudios de los sistemas de valores, etc.) que influyen en las diferentes fases de los aprendizajes del pequeño infante.

---

1 Consultar a este respecto los trabajos de Cresson (1995: 61) quien distingue, apoyándose en los trabajos de Collière (1982), el *caring*, es decir "las atenciones habituales de las funciones de conservación de la vida" del *curing*, que remite a los "cuidados de reparación".

En esta óptica, las técnicas de puericultura y los sistemas de cuidados impartidos por la madre (amamantamiento, destete, modos de cuidado, de fajadura, etc.) –lo que algunos han llamado “las instituciones primarias”– que tienen una incidencia en el crecimiento del niño, revelan en primer lugar cierta idea del niño.

En las poblaciones andinas, el proceso de gestación se caracteriza por la absorción devorante de la sangre de la madre por el feto. Éste es percibido como penetrado por una entidad ancestral prehispánica, peligrosa y agresiva, con la que la madre tiene que luchar arriesgando su vida, hasta el momento de la expulsión en el parto (Platt 2001). La voracidad del recién nacido sólo puede ser domesticada mediante determinados ritos de separación de la madre antes de la primera succión, de darle un nombre al niño y del bautizo. Este retraso a la hora de dar el pecho apunta a subordinar al niño a las prácticas nutricionales y así disciplinar y socializarlo desde el nacimiento. Según Platt, la construcción de la persona andina emerge de esta manera de la conciliación entre la voracidad de los ancestros paganos y las disciplinas alimentarias de la sociedad cristiana.

Hasta el destete, el niño de pecho se encuentra en un estado liminal y se sitúa en el límite entre dos “mundos”<sup>2</sup>. Esta imagen es la conversión en metáfora de la proximidad inevitable entre la vida y la muerte. Durante este periodo, se enfrenta con entidades espirituales malhechores (espíritus, ancestros) susceptibles de llamarlo al otro mundo (interpretación de la muerte de los niños pequeños). En el mismo orden de ideas,

---

2 Numerosas monografías sobre aldeas en sociedades rurales hablan de un mundo “prenatal” de donde se cree vienen los niños. Esta concepción de los orígenes del pequeño infante se asocia a diversas teorías locales de la procreación (teoría de la compatibilidad de las sangres, de la transformación del esperma en bola de sangre y luego en feto, etc.). Por lo tanto, los dos mundos corresponden al previo al nacimiento, poblado de entidades espirituales, y al de los humanos. En las zonas urbanas, estas representaciones están poco menos presentes.

una enfermedad infantil puede ser percibida como una señal de los espíritus antes del retorno decisivo. Los pavores de la madre (por ejemplo, la frecuentación de un cementerio prohibido o el temor ante un animal) son otra fuente de interpretación de las enfermedades infantiles. La relación de proximidad entre la mujer y el niño hace que éste dependa de la afectividad de su madre. Cualquier desequilibrio psicológico de la madre puede provocar la salida de la fuerza vital del cuerpo del niño y hacerlo vulnerable a todo tipo de enfermedad.

Esta concepción del niño también se puede explicar como un "sistema de defensa social" ante una mortalidad infantil muy elevada (Bonnet 1996) o como una "defensa de la identidad" por parte de sociedades continuamente confrontadas con el cambio social (Lestage 1999). Sea como sea, lleva asociada una fina observación del desarrollo del niño. Las madres están muy atentas a que el niño muestre señales de humanidad y de socialización. Verifican si levanta bien la cabeza, que puede estar sentado, caminar o alimentarse. En estos aspectos, la madre es la primera "agente socializadora" del niño (Lestage 1999).

Por otra parte, después de la prohibición de relaciones sexuales durante el periodo de post parto, la observación del niño permite a los padres retomarlas. Por ejemplo, algunas sociedades esperan hasta que el niño dé sus primeros pasos para retomar las relaciones sexuales (Bonnet 1988). Consecuentemente, el crecimiento del niño implica un periodo largo entre los partos. Ante un niño desnutrido, el entorno familiar podrá pensar, a modo de desaprobación, que los padres no supieron "esperar" hasta que el niño alcance la edad de un año—es decir, la edad a la que en muchas sociedades se espera que el niño camine— para retomar sus relaciones sexuales. Recordemos que los trabajos sobre África del Dr. Williams habían identificado a partir de 1932 la malnutrición como "la enfermedad de la cual sufre el niño alejado del seno maternal", dando de esta forma testimonio de que las poblaciones establecen una relación entre el final del amamantamiento del

niño y su enfermedad cuando la madre está embarazada del menor.

Las categorías culturales de interpretación de la enfermedad, si son recurrentes, según las sociedades –trátase de los ancestros, de la brujería o de la posesión por espíritus–, tienen usos diferenciados según la historia y la organización social de los grupos, según la posición del padre, el estatus de la mujer o el modo de circulación de los niños. En todo caso, cuando la enfermedad del niño se vuelve crónica o cuando el pronóstico de la vida es fatal, ésta testimonia o revela tensiones familiares y conflictos intergeneracionales.

Desde el punto de vista antropológico, se puede considerar que esta concepción del niño se inscribe en un esquema de socialización que depende esencialmente de las estructuras de la sociedad respectiva (relación con los mayores y menores, modelos de comportamiento según la relación de parentesco, etc.) y, por lo tanto, se diferencia de una sociedad a otra, especialmente según las reglas matrilineares o patrilineares del parentesco<sup>3</sup>. Además, la urbanización, la llegada de los productos alimenticios industriales (leches maternizadas, harinas lácteas, etc.), la actividad profesional de las madres, el cambio en las condiciones de parto y, especialmente, las modificaciones en las estructuras familiares en las zonas urbanas o semi urbanas (nuclearización de las unidades domésticas, unidades monoparentales) han transformado profundamente esta representación del niño y cambiado estos esquemas de socialización.

Mientras que el aprendizaje en la primera educación se basa esencialmente, tanto en zonas rurales como en medios sin escolarización –ahí donde la organización familiar sigue siendo la principal institución social– en una educación a tra-

---

3 Sistemas de filiaciones en los cuales la transmisión del patrimonio material y simbólico se efectúa de padre a hijo (filiación patrilinear) o del tío materno al sobrino (filiación matrilinear). Cf. especialmente Héritier (1981).

vés de la experiencia (confrontación con el medio, imitación, puesta a prueba), en las zonas urbanas el niño está sometido a otros tipos de socialización (modificación de los roles en la familia, integración en el sistema escolar).

Por otra parte, ahí donde las sociedades rurales del Sur tienen una relación generalmente permisiva con el infante durante los dos primeros años de vida (amamantamiento a pedido, dormir al lado de la madre, consuelo inmediato en caso de llantos), la cultura médica impone precozmente contrariedades al niño (ritmo de las succiones en el transcurso del amamantamiento, separación de la cama del infante de la de los padres, aprendizaje precoz de las prohibiciones).

Los estudios antropológicos presentados en esta publicación permiten también observar las diferencias según los grupos y las condiciones de vida. Por ejemplo, en el medio quechua-aymara urbano (en Bolivia y en el Perú), las madres son muy poco permisivas, incluso antes del destete. Manifiestan una gran "severidad" respecto a los llantos o el aprendizaje de caminar. Los regaños se realizan mediante la voz, aunque la madre o el padre frecuentemente pueden administrar palmadas en las manos o los pies del niño de pecho, o pellizcar a los niños desde los tres meses de edad. En la ciudad, las mujeres que trabajan (por ejemplo, en los mercados), confían sus hijos (mayores a los tres meses) a parientes mujeres y sólo los amamantan dos a tres veces por día, al tiempo que el hambre del niño de pecho se calma con biberones de agua azucarada o ligeramente frutada. En las zonas rurales, el amamantamiento es más regular y "a pedido".

El destete del niño se realiza generalmente al año y medio. Las modalidades son abruptas (al igual que en África subsahariana, se confía el niño a una pariente, se aplican sustancias desagradables en los pezones, etc.), y el destete se integra a una etapa más amplia (denominada "*ayca*"), la cual, además del destete, comprende el aprendizaje de caminar. En estas sociedades, este aprendizaje es una etapa que precede el destete. Ahí donde el amamantamiento es prolongado, las dos eta-



pas pueden ser paralelas. Después del destete del niño, éste empieza a integrar un grupo de edad de sus iguales, recibe un tipo de educación por parte de los padres donde el regaño, e incluso la paliza, son frecuentemente practicados por la madre o el padre, o de los dos. Desde muy temprana edad, el niño debe saber dominar sus actos, sus palabras, conocer las fórmulas de cortesía y los gestos que las acompañan. En el mismo orden de ideas, el niño debe saber controlar sus llantos. Después del destete, el niño que llora, cubre de "vergüenza" a la madre, calificada entonces como "negligente". Cuando se pega al niño, los golpes nunca son aplicados en público sino en casa, pidiendo la madre en este asunto la colaboración del padre.

Si uno concuerda con las teorías constructivistas que atribuyen a las interacciones sociales una proporción esencial del aprendizaje del niño, se puede pensar que el modelo familiar (monógamo, polígamo, monoparental), así como las condiciones de vida y la estructura de la vida familiar (presencia o ausencia de los abuelos en la residencia de los padres, escolarización de los mayores, modos de cuidado del niño) modifican las formas de apoyo a la madre y además los esquemas de socialización del niño. En determinados casos, pueden existir contradicciones entre los consejos impartidos por las abuelas (quienes son susceptibles de sentirse cuestionadas por el sistema sanitario moderno) y los del personal médico, provocando conflictos familiares o el retiro de una madre joven del ámbito médico a fin de evitar la discordia. Tampoco en este aspecto el personal de salud es siempre capaz de aprehender la naturaleza del obstáculo encontrado en la observación de su protocolo terapéutico.

Los trabajos presentados en esta publicación deben permitir captar la variación de los criterios sobre un buen desarrollo según las sociedades, las condiciones socioeconómicas y los ámbitos de vida de las familias. También pueden desembocar, tal y como lo han deseado los autores, en la identificación e implementación de acciones de salud pública en el campo de la pediatría.

Las investigaciones presentadas muestran que el crecimiento del niño no se observa solamente a partir de una medición cuantificada de su peso y su talla. Un niño bien proporcionado es más bien un buen indicador. Una pérdida de peso no es considerada como un fenómeno alarmante. Las madres saben que aproximadamente a partir del sexto mes hasta el destete definitivo, el niño enflaquece hasta que comparte el plato familiar. Como lo indican los autores de esta publicación, la medición del peso no representa, por lo tanto, para las familias un indicador que permite alertarlos en caso de una caída de la curva de crecimiento.

El estudio de las representaciones que tienen los padres acerca de los cuidados y las enfermedades del niño permite identificar las respuestas de las madres y de los padres al respecto, los recursos disponibles; así como las dificultades de acceso a los cuidados, tanto más que estas respuestas toman en cuenta no solamente las contrariedades del ambiente (distancia, costos, dificultades de acceso según las estaciones), sino también las reacciones del entorno familiar (reticencias del padre a invertir en gastos, desacuerdo entre el cónyuge y la mujer, por un lado, y la madre y la suegra, por el otro, sobre las causa de la enfermedad). En este contexto, el estatus de la madre (estatus matrimonial, edad, rol en las alianzas matrimoniales, etc.) y el del niño (posición entre los hermanos, niño discapacitado o huérfano, etc.) al interior del núcleo familiar son particularmente determinantes.

Los resultados desarrollados en esta publicación revelan, más específicamente, que el Carnet de Salud Infantil presenta importantes desfases entre la comprensión y el uso que hacen de él tanto las madres como el personal de salud. Ninguno de los dos grupos de actores se apropia realmente de sus objetivos médicos y de su "potencial comunicacional". En los contextos estudiados por los autores, el Carnet de Salud Infantil sigue siendo una herramienta mal comprendida, escasa y mecánicamente utilizada, que más que ayudar a las madres a acercar sus puntos de vista a los del personal médico, o a resolver, de manera concertada, los problemas de salud del niño, estigmatiza a las ma-

dres. Ante esta constatación, los autores, al interior de equipos constituidos en el lugar, han tratado de construir, de manera más o menos participativa según el país, herramientas que apuntan a crear una verdadera complementariedad entre las madres y el personal de salud.

En Bolivia, se ha enfocado en la elaboración de un nuevo Manual de Salud más comprensible para los actores (presentación más viva y más sencilla, utilización de colores, reducción del número de páginas). Además, su elaboración ha sido acompañada de sesiones de formación dirigidas al mismo tiempo a las madres y al personal de salud. La hipótesis subyacente de esta innovación es que un soporte más sencillo y más cercano a las preocupaciones de los actores implica una mejor participación por su parte en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño.

En el Perú, los investigadores han trabajado más bien sobre la manera de incorporar los conocimientos locales en materia de crecimiento y desarrollo del niño en el contenido de las consultas pediátricas. Para ello, los médicos y las poblaciones han sido estrechamente asociados en un proceso de "investigación-acción"<sup>4</sup> donde los saberes de unos y otros han sido objeto de una deconstrucción y luego de una progresiva reconstrucción. De esta manera, cada grupo de actores ha reflexionado sobre la noción de "salud del niño" exponiendo sus propios criterios, confrontándolos con los utilizados por los otros grupos, buscando al mismo tiempo lo que acerca unos a otros a fin de construir un nuevo "saber consensual". La hipótesis subyacente era que este nuevo saber permitiría al mismo tiem-

---

4 La "investigación-acción" apunta a identificar, desde un punto de vista científico, problemas específicos de desarrollo social, en concertación con una población o un grupo de actores, con la intención de resolverlos (Cornwall 1995). La investigación-acción tiene por objetivo introducir una acción innovadora a favor de los actores involucrados. Implica a un plazo más o menos largo una evaluación, con el fin de medir el impacto de los cambios sociales, sanitarios u otros del proyecto de desarrollo (véase Introducción General).

po mejorar el contenido de las consultas y las relaciones entre las madres y el personal de salud.

Las madres y el personal que han participado en la investigación en ambos países, han sido valorizados en sus respectivos roles frente al niño. A más largo plazo, los autores de este trabajo desean que esta relación de complementariedad sea durable y contribuya a definir nuevas tareas y responsabilidades, y que éstas sean más compartidas.

De manera más general, los resultados presentados en esta publicación han permitido darse cuenta de que en los países del Sur puede implementarse un enfoque global y que éste es susceptible de aportar en la mejora de la salud del niño. Además, induce –contrariamente a los años 80-90 cuando las intervenciones se inscribían en programas verticales cuyo objetivo era sobre todo el de “instruir” a las madres– una formación conjunta y compartida de los padres y del personal de salud. Ya no se trata de atribuir las dificultades sanitarias solamente a las creencias y a los –“malos” comportamientos de las poblaciones, sino también a las disfuncionalidades de los sistemas de cuidado (Jaffré & Olivier de Sardan 2003). Desde esta óptica, se trata de analizar las conductas de unos y otros, y en sus interacciones, y de tratar a la salud y los cuidados en su contexto social inmediato y específico.

Esta actitud se fundamenta en la idea de que los actores tienen buenas razones para actuar como lo hacen y que desean participar activamente en las tomas de decisión que les conciernen.

## Referencias bibliográficas

BONNET, D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso.* Paris: Orstom.

1996 “Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant”, *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.

BRIL, B. & LEHALLE, H.

1988 *Le développement de l'enfant est-il universel? Approches inter-culturelles*. Paris: Presses Universitaires de France.

COLLIÈRE, M.-F.

1982 *Promouvoir la vie*. Paris: Interéditions.

CORNWALL, A.

1995 "What is participatory research?" *Social Science & Medicine* 41(12): 1667-1676.

CRESSON, G.

1995 *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.

DELAISI de PARSEVAL, G. & LALLEMAND, S. (ed.)

1980 *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*. Paris: Odile Jacob.

DESCLAUX, A.

1996 "De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant". En: *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (Benoist, J. ed.): 251-280. Paris: Karthala.

DOZON, J.-P.

2001 "Quatre modèles de prévention". En: *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (Dozon, J.-P. & Fassin, D. ed.): 23-46. Paris: Balland.

HÉRITIER, F.

1981 *L'exercice de la parenté*. Paris: Gallimard / Le Seuil.

JAFFRÉ, Y.

1996 "Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger", *Sciences Sociales et Santé* 1(14): 41-72.

JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P. (ed.)

2003 *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris: APAD / Karthala.

KOUBI, J. & MASSARD, J.

1994 *Enfants et sociétés d'Asie du Sud-Est*. Paris: L'harmattan.

LALLEMAND, S. & JOURNET, O. (ed.)

1991 *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.

LESTAGE, F.

1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations.* Paris: L'Harmattan.

MOREL, M.-F.

1992 "L'enfant malade au 18ème et 19ème siècles". En: *L'enfant malade et le monde médical. Dialogues entre familles et soignants* (Cook, J. & Dommergues, J.-P. ed.): 19-40. Paris: Syros.

PLATT, T.

2001 "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mitohistoria en los Andes", *Anuario de Estudios Americanos* 58(2): 633-678.