XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

¿Qué, cuánto, dónde y con quiénes? Reflexiones sobre la alimentación infantil en un Centro de Atención Primaria de la Salud desde un enfoque de los cuidados.

Nuria Caimmi.

Cita:

Nuria Caimmi (2019). *¿Qué, cuánto, dónde y con quiénes? Reflexiones sobre la alimentación infantil en un Centro de Atención Primaria de la Salud desde un enfoque de los cuidados. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-023/509

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

XIII Jornadas de Sociología
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

¿Qué, cuánto, dónde y con quiénes? Reflexiones sobre la alimentación infantil en un Centro de Atención Primaria de la Salud, desde un enfoque de los cuidados.

Nuria Caimmi
Eje: 5, "Estado y Políticas Públicas"
Mesa: 88 "Políticas, proyectos y acciones en salud"
Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires
nuriacaimmi@gmail.com

El presente escrito tiene por finalidad recuperar sentidos y representaciones sobre el cuidado infantil vinculados con la alimentación, que circulan en un equipo de salud. Desde un enfoque etnográfico, se analizan entrevistas a trabajadores del centro, profesionales y no profesionales, junto con registros de campo realizados en dos etapas, entre los meses de septiembre y noviembre de 2018, y marzo y mayo de 2019, en un Centro de Atención Primaria localizado en la periferia de la ciudad de La Plata. En discusión con bibliografía sobre el cuidado y la antropología de la alimentación, el foco recae en las concepciones de profesionales médicos y administrativos del centro sobre el cuidado en salud infantil, en los sentidos sobre prácticas alimentarias de niños - y cómo es pensado el cuidado y el descuido a través de ellas-; y en los discursos sobre los cuidadores a cargo del acto alimentario infantil. El supuesto que atraviesa el presente trabajo parte de que la alimentación es un aspecto central del cuidado de los niños, por lo cual representa un terreno disputado con amplias cargas y valores morales que distan de ser homogéneos, y se aplican tanto a las prácticas como a los cuidadores.

Palabras clave: Cuidados- alimentación infantil- equipo de salud- centros de atención primaria- enfoque etnográfico.

1. Introducción: lineamientos sobre el cuidado

Si bien son numerosos los trabajos que han abordado los cuidados infantiles específicamente vinculados con la salud, encontramos un área de vacancia en lo que refiere a la correlación entre alimentación y cuidado. Siguiendo a Faur (2014), partimos de una noción de cuidado que no se define como tarea individual, sino como el entramado social que condensa, moldea y atraviesa esas prácticas particulares. El cuidado puede pensarse como "la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado, y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros acceden, o no, a ellos" (Faur, 2014, pp. 18). En bibliografía referida a cuidados (Faur, 2009, 2014, 1015; Pautassi, 2007; Rodríguez Enríquez, 2015), surge el concepto de organización social del cuidado, el cual refiere a la yuxta y superposición entre las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias, figurando que no se trata de un régimen de cuidado fijado, sistemático y previsible, sino que adquiere la de una configuración mixturada en la cual los roles y responsabilidades de distintos actores e instituciones se imbrican e interconectan.

Si bien la matriz que conforman agentes e instituciones en la provisión de cuidado es amplia y variable, el Estado representa un lugar nodal, efectuando tareas de provisión como de regulación (tanto por acción u omisión) de la participación de las otras esferas del cuidado. Distintos trabajos (Esquivel, Faur y Jelin, 2012; Pautassi, 2007; Rodríguez Enríquez, 2007; Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2016; Rodríguez Enríquez y Pautassi, 2014) abordan el modo en que la insuficiente oferta estatal de espacios de cuidados impacta de manera diferencial en la organización de los hogares según sean sus niveles de ingreso, escalonando las alternativas entre la mercantilización en los sectores mejor ubicados económicamente, y la familiarización en los más pobres. Es interesante retomar el concepto de "mosaico irregular de la organización del cuidado", porque ilumina la divergencia entre aquellos que poseyendo un empleo formal, reciben prestaciones de calidad y frecuencia, y aquellos que insertos en ámbitos laborales no registrados, reciben prestaciones difusas y discrecionales porque no le corresponden beneficios de la seguridad social (Pautassi, 2007).

En la génesis y el diseño de las políticas estatales se suponen y resaltan "determinados supuestos acerca de los sujetos a quienes están destinadas, imágenes que delimitan sus derechos y responsabilidades" (Faur, 2009, pp. 19). Esta focalización moviliza significantes que apelan a sujetos merecedores de una atención particular: se presupone que el cuidado recae naturalmente en los hogares y la provisión estatal y pública solo se motoriza en casos particulares, a modo paliativo. En el breve trabajo de campo realizado, el programa alimentario implementado desde el sector salud que presenciamos fue la entrega diaria de leche en polvo fortificada, enmarcada en el Programa Materno Infantil, donde los casos merecedores implicaban aquellos que no tienen

cobertura social médica. Tanto el nombre del programa, los destinatarios (mujeres embarazadas, puerperas y niños de hasta dos años) como las condiciones (no poseer cobertura social y contar excluyentemente con una historia clínica exhaustiva, entre otras) producen y reproducen una imagen de mujer homologada y reducida a su condición de madre, delimitando su lugar como responsable y como pobre. Resulta relevante recuperar la propuesta de Pautassi (2016) de desafiar la idea de beneficiarios de políticas estatales, (lo cual remite al carácter focalizado de los programas, que funcionan como remiendos a cuidados insatisfechos en el núcleo familiar) para proponer la titularidad de derechos. Esta implica correrse de la relación pasiva que existe entre el sujeto titular de derechos y la voluntad del estado, rompiendo la lógica binaria entre proveedor o dador de cuidado y destinatario.

2. Enfoque metodológico

El presente escrito intenta ser abordado desde un enfoque etnográfico y feminista. La etnografía tiene la singularidad de articular dos dimensiones: recupera las prácticas, es decir lo que la gente hace; como los significados que estas prácticas adquieren para quienes las realizan, lo cual permite dar cuenta de algunos aspectos de la vida de las personas sin perder de vista cómo éstas entienden tales aspectos de su mundo (Restrepo, 2016). Esta doble articulación resulta fundamental establecida nuestra intención de recuperar las narrativas de un equipo de salud, entendidas como sentidos y prácticas atribuidas a la alimentación infantil.

A la vez, entendemos que anclar las discusiones del cuidado en un enfoque feminista implica remitir el estudio sobre los cuidados a su propia génesis, atravesada por el surgimiento de la crítica feminista de los setenta[1] (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Esta crítica ha formado parte de las luchas feministas por demostrar que los roles derivados de la división sexual son una construcción social, como de hecho lo es la noción de trabajo y su vinculación al salario. (Virreira, Magaña, 2010).

El Centro de Atención Primaria a la Salud en el cual se inscribe este trabajo se localiza en el barrio de Tolosa, emplazado en las afueras de la Ciudad de La Plata. La elección de este nivel de atención radica en su centralidad para desplegar actividades de prevención/asistencia y tratamiento de diversas patologías, así como de la salud en general; y por efectivizar prácticas que atañen a la alimentación, como la entrega de leche en polvo, las planillas de crecimiento y desarrollo, y los trabajos que efectivizan las promotoras de salud dentro de la comunidad.

El trabajo de campo se desarrolló en dos etapas, entre los meses de septiembre y noviembre de 2018 y entre marzo y mayo de 2019, a partir de registros en las salas de espera (existían dos),

[1] La conceptualización del cuidado había implicado un vacío para el horizonte de preocupaciones de los teóricos clásicos de las ciencias sociales y fue recién con la revisión feminista que se problematiza la división sexual del trabajo como resultado de relaciones de poder y de la subordinación de las mujeres, que sirve para develar la naturalización de las cualidades femeninas de la sumisión y el cuidado.

permanencia en la oficina de recepción (donde circulaban profesionales como administrativos del centro), conversaciones en pasillos y en los consultorios (de manera informal); y entrevistas. En cuanto a las estas últimas, el centro contó con una particularidad, al iniciar el trabajo de campo, la única médica pediatra que asistía lo hacía *ad honorem* y una vez al mes. Durante los primeros días de noviembre del 2018, se incorporó al equipo una nueva pediatra, esta vez sí contratada y con asistencia semanal regular. Se realizaron entrevistas con ambas, diferenciadas en este informe con el número 1 a la pediatra con mayor antigüedad y número 2 a la incorporada recientemente, así como a la obstetra, a la encargada de la estimulación temprana, la odontóloga, la promotora de salud, los administrativos y a la psicóloga.

3. Medicalización y maternalización del cuidado infantil

Es profusa la literatura que ha abordado a través de una mirada histórica el proceso por el cual el cuidado y la crianza infantiles se conformaron objeto de saber e intervención médica (Colángelo, 2012; Billorou, 2007; Di Liscia, 2005). Siguiendo a Colángelo, las especialidades médicas que comenzaron a instituirse a fines del siglo XIX, lo hicieron en paralelo a yb proceso de medicalización de la vida. La prevención de la mortalidad infantil y la instrucción de las madres de sectores populares fueron los objetivos centrales de una serie de instituciones públicas de salud especializadas en la primera infancia. Imperaba la idea de que educar a la madre era la mejor forma de proteger indirectamente al hijo; un cierto ideal de razón científica teñía los métodos de crianza que la puericultura intentaba transmitir bajo una lógica pedagógica. (Colangelo, 2012). Estas reglas sobre crianza cimentaron gran parte del espectro de las ciencias médicas, constituyéndose con la función de moralizar y civilizar a la creciente población inmigrante, percibida como pobre e ignorante. Constituidas en paralelo al proceso de medicación, estuvieron impregnadas por categorías morales y valores asociados a la maternidad. El ideal maternalista, en términos de Faur (2009) refiere al conjunto de representaciones que se homologan entre la condición femenina y la maternidad; ideal que aparece en la base del proceso por el cual la medicina entiende y aborda la crianza. El denominado instinto materno estaba impregnado de sentidos no solo de espontaneidad sino de desinterés. De esta forma, al hablar del niño y sus necesidades, la puericultura y la pediatría no solo conformaban un ideal de infancia normal, sino que generaban dispositivos y saberes sobre el ser madre y el ser mujer. Si bien desde mi llegada al campo no tuve referencias literales a una determinada predisposición natural de las mujeres a conducir tareas de cuidado en salud, en el discurso cotidiano ellas eran referidas como destinatarias únicas. Yo misma no era nominada por mi propio nombre sino por el apelativo de "*mami*", apodo generalizado para cualquier persona fenotípicamente asimilable al género femenino. Algunas veces me fue aludida la razón de esta

caracterización "Y...viste que son las mamis las que vienen o las puérperas" (Registro de campo, charla con administrativas, 21 de septiembre de 2018); en otras, mi lugar como mujer habilitaba un entendimiento tácito en la conversación:

"Lo que pasa es que la pediatra es más, es crianza, no es solo enfermedad (...) Las mamás están solas, necesitan acompañante, vos que sos mujer me vas a entender lo que es" (Entrevista pediatra 1, 10 octubre 2018)

Resulta interesante retomar, en la misma clave histórica que venimos cruzando, el trabajo de Di Liscia (2005), quien expone que en paralelo al proceso de medicalización, iniciado a fines del siglo XIX, el mensaje higienista cobró fuerza dentro de diferentes instituciones y actores, sustentándose de argumentos biomédicos. Este auge del higienismo puede ser comprendido como parte de la conformación del Estado Nacional y ciertas problemáticas contemporáneas que se asociaban a una pobreza urbana emergente (problemáticas referidas a la insalubridad, hacinamiento, enfermedades contagiosas o mortalidad infantil, entre otras). Continuando con los aportes de Colángelo, la puericultura, junto con el trabajo social y la higiene, formaron parte de una empresa mayor que buscó ajustar y regularizar vidas privadas, intentando sustituir las maneras habituales de actuar por prácticas obligatorias y reglamentadas. La higiene (el "*temita de la higiene*", como me fue referido por una de las pediatras), fue un eje que emergió varias veces, específicamente en los discursos médicos profesionales.

"Y bueno por lo menos acá en este barrio vienen los chicos en condiciones higiénicas medio deficientes, con algo de pediculosis; viste que no da la impresión que salgan de la ducha y se hayan bañado para venir. Son chicos que vienen con la ropa más sucia, viste, desarreglados y la verdad que si, poca higiene. Y son las madres que después dicen que los chicos: 'Ay le pica la colita' o piensan que es parásito. Pasa que va de la mano, va todo de la mano…" (Entrevista pediatra 2, 7 de noviembre de 2018)

El método de crianza que se trasluce en el anterior párrafo implica no sólo la centralidad del higienismo para la pediatría, sino también la proscripción de un orden y necesariedad de acciones consideradas correctas y saludables. El discurso médico, que trasciende a los profesionales e impregna otras miradas del centro, define minuciosamente la secuencia y la duración de las diferentes operaciones de cuidado del niño, lo cual se traduce en un conjunto de recomendaciones y reglas que refieren a la alimentación (frecuencia, duración, posición para amamantar), el baño y la

higiene del niño en general (momentos del día en que se efectúan, frecuencia, duración), el vestido (prendas y modo de colocarlas) entre otras (Colángelo, 2012). Al centro acudía una educadora en estimulación temprana, quien enlazando con la praxis de la pediatra, mencionó:

"Por ejemplo acá lo que se veía mucho ya desde unos años es nenes que mandó la pediatra con pautas alimentarias desordenadas, retrasos en el alimentar Y vos te fijas y son familias muy numerosas, por ahí son cinco o seis hijos y están solas las mamas. (...) Y acá lo que hacemos es eso, dar pautas, sugerencias, acompañar más que nada, ordenar la vida, los hábitos, no sé, esto que te decía de la alimentación, que se levante temprano, que no esté hasta las tres de la mañana mirando televisión, son pautas de crianza que les damos a las mamás ante el desorden, también trabajamos mucho desde la prevención, poder detectar ciertas actitudes o hábitos" (Registro de campo, 26 de abril de 2019).

Dichas reglas se orientan no sólo a una disciplina de los hábitos infantiles, sino también de las actitudes y prácticas de cuidado de los padres (madres). Medicalización y maternalización del cuidado infantil, con su vertiente en el higienismo, se entrelazan y conforman un mosaico biomédico de los cuidados.

4. Medicalización de la alimentación: subjetivación, moralización y responsabilización.

En este apartado, siguiendo los aportes de Rodríguez Soya (2015) y Gracia Arnaiz (2007, 2009, 2014), abordaremos el proceso de medicalización alimentaria, la cual reviste un mecanismo tanto de subjetivación (control de sí y de los hábitos alimentarios) como de moralización. Si bien en el centro de salud donde se realizó el trabajo de campo no existían profesionales de la nutrición específicamente, interesa recuperar ciertas claves del discurso médico nutricional para dimensionar cómo se despliega este en la gestión cotidiana del centro.

Schecman (2008) introduce que la nutrición "sostiene su carácter científico cuyo lenguaje es análogo al de la matemática; su supuesto fundamental radica en la posibilidad de conocer, a priori, los requerimientos de los individuos (en términos de macronutrientes) y luego deducir las proporciones que tendrán sus ingestas en las diversas etapas vitales" (Scheman, 2008, pp 69). La nutricionalización de la alimentación opera bajo recomendaciones que figuran desancladas en tiempo y espacio, y particularmente descarnadas de los sujetos. En las entrevista, una particular cosmovisión acerca del alimento emergió reiteradas veces, seguida de su cuantificación y valorización.

“Uno sabe la teoría, que hay que ingerir tanta cantidad, cuántos gramos de proteína, de nutrientes, claro, más o menos, por lo menos de lo que aprendí, sabes más o menos cada edad tiene un aporte calórico, entonces al recién nacido tiene 120 kcal por kilo por día, capaz que el chico adulto baja a 70, 50, vas viendo según la edad y tiene que estar equiparado entre carbohidratos proteínas, lípidos de manera balanceada. Pero bueno es difícil a la hora de recomendar porque uno sabe muy general, no sabemos bien dónde está la vitamina D, la vitamina A, dónde está qué sé yo, el hierro lo sabes porque es muy popular, el calcio, pero después, el elemento específico solo sabes, es difícil decirle a la mama ‘Comé esto’ porque nosotros no sabemos mucho, no tenes mucha formación” (Entrevista pediatra 2, 10 de noviembre de 2018)

Según la lógica médico-nutricional, el valor de los alimentos se halla en los nutrientes que son pasibles de ser aislados, fragmentándose. Al concebir a los alimentos a partir de los nutrientes que los componen, se produce un saber que da visibilidad a estos fragmentos alimentarios por sí mismos, independientemente del alimento donde se hallan presentes (Rodriguez Soya, 2015). Esto implica que esas moléculas puedan pensarse incluso por fuera de los alimentos que las contienen; fragmentos alimenticios como el calcio, hierro, zinc, proteínas, ya no requieren estar integradas en un producto alimentario y funcionan con autonomía.

En el pasaje de la entrevista anterior entrevemos cómo estas moléculas aisladas, desvinculadas de su espacio alimenticio, remiten a una mayor funcionalidad al integrarse en el cuerpo, con un eficiente estímulo-respuesta. Pero también, estas moléculas pueden servir de diagnóstico, funcionando como señales. Durante una charla en la oficina de recepción del centro, la odontóloga comentó que no veía chicos con sobrepeso pero si con desnutrición. Al preguntarle cuáles eran los parámetros, refirió que físicos y primordialmente en forma bucal, “te das cuenta enseguida por la falta de calcio” (Notas del registro de campo, 1 de abril del 2019). Una de las pediatras, a su vez explayó:

“El examen es solo físico, vos ves los casos de coloración del pelo, las mucosas también, tienen más astas, tienen hipovitaminosis por déficit vitamina D, le sale en la piel. Si es una desnutrición más grave, hígado agrandado y la frecuentes infecciones también son otros síntomas (...), y después laboratorio, que te arroja si tiene algún déficit de alguna proteína, hipoproteinemia, le pedís proteínas totales y entonces en bases a eso uno dice, está desnutrido o no está desnutrido el chico” (Registro de campo durante una consulta, 8 de octubre de 2018)

En el caso de la enfermera al referirse a la forma que tiene para ver si hay desnutrición, si bien empleó un método numeral conocido como Índice de Masa Corporal, también utilizó los componentes nutricionales como principal elemento de solución al problema.

-"También, ¿Qué querés? algunos se levantan a las dos de la tarde y le dan una leche, y chau, entonces le sale destrucción, obvio, si no los cuidan.
-¿Y ustedes como centro qué hacen?
-Si me vienen, la mandó a la pediatra para que le haga el seguimiento y le de vitaminas, y después le damos leche por lo menos, más que eso no podemos hacer, hacemos lo que podemos
-¿Y cómo te das cuenta?
-Y le sacas percentil, viste que yo al nene le pregunté cuánto pesaba, veinte kilos, bueno, para medicarlo con el jarabe es la mitad, entonces yo ahí aprovecho y saco el índice de masa corporal para ver cómo anda, ahí sale todo" (Registro de campo, 25 de abril de 2019)

Sin embargo, resulta interesante aquí enunciar que las formas de decidir si un niño es desnutrido o no varían enormemente, y no todas refieren a la visualización de falencias nutricionales. En ese sentido, es muy amplia la disparidad de opiniones respecto a si hay desnutrición o no en el centro de salud. Al llegar al centro, el encargado de maestranza dijo que era el lugar indicado para realizar una investigación sobre alimentación, porque estaba lleno de chicos desnutridos.
Otro punto interesante relacionado, es que en el momento en que se pregunta si hay presencia de desnutrición, si la respuesta es negativa, enseguida se hace un traspaso discursivo hacia la obesidad, apareciendo estas dos condiciones ser las únicas dentro de los problemas relacionadas con la alimentación, excluyentes y opuestas. Así como la odontóloga al hablar de la falta de calcio dentario como medida para determinar, dijo no veía chicos con sobrepeso pero si con desnutrición, una de las administrativas de recepción, refirió que:

"Siguen igual, pero ahora hay más casos de sobrepeso que desnutrición. Si, desnutridos gracias a Dios hace bastante tiempo, con todos los planes que se han instrumentado de los planes de leche, acá en la salita que entregamos, sumado a que en algún momento hubo comedores, entonces todo eso hace que desnutrición uno no vea, si ves es un caso muy aislado. Pero sobrepeso si" (Registro de campo, 16 de abril de 2019)

La medicalización alimentaria se corporiza a través de dos mecanismos prácticos-discursivos. Por un lado, se desarrolla un dispositivo de subjetivación, un trabajo sobre sí y sobre el cuerpo, que no

gira en torno a una enfermedad ni se orienta a su cura, sino que consiste en el desarrollo de un hábito alimentario de cuidado para alcanzar, mantener y potenciar un estado de bienestar (Rodriguez Soya, 2015). Este modelo de cuidado a partir de los hábitos alimentarios considerados correctos, se sostiene como patrón al cual aspirar. El trabajo de Gracia Arnaiz (2007) resulta operativo en este punto al elaborar el concepto de normalización dietética; esto es, la construcción de un patrón alimentario específico, que es la dieta equilibrada, basada en la promoción (y consecuente restricción) del consumo de ciertos alimentos, a la vez que la prescripción de disposiciones relacionadas con el modo de establecerlo, cuándo y en compañía de quiénes.

"Saber yo madre que la dieta es importante, entonces no importa tanto lo que comemos pero que tiene que haber un momento de mesa familiar. Todo eso se ha ido perdiendo, no hay una mesa, no hay una familia sentada en la mesa. Bueno, vos sos muy jovencita pero en mi época cuando yo era chica, habrás escuchado la mesa del domingo, había hasta programas de televisión que recreaban esa mesa del domingo...Se perdió la mesa del domingo, se perdió la mesa semanal, con esto de la tecnología y porque además los que tienen la posibilidad de tener trabajo corren de un trabajo a otro entonces no están en la casa" Entrevista pediatra 1, 5 de abril de 2019).

Como fue mencionado al comienzo del apartado, la medicalización alimentaria opera desplegando un segundo aparato de responsabilización, la cual comporta un cuidado personal y privado de sí mismo, atravesado por supuestos acerca de la autodeterminación y libertad de los sujetos (Gracia Arnaiz, 2007). Este mecanismo moralizante, en el caso de problemas referidos a niños, genera un traspaso hacia las madres. Nuevamente se retoma lo dicho sobre el ideal maternalista y la clasificación entre buenos y malos cuidadores. Esta división y taxonomía de las prácticas del cuidado, eleva a status de mayor importancia la vinculación con el centro de salud y la consulta médica. Esto es referido en las charlas con pediatras como es citado a continuación, así como en la permanencia en la oficina de recepción, en la cual, al llegar una mujer con un chico lo primero que se hacía era recriminarle que no venía hace mucho (de manera presencial, o una vez que se retiraba)[2].

[2] Como ejemplo, citamos una nota del registro de campo:
"-Isabel es una indigente que vino al centro y la tratamos por un año, tenía una herida así de enorme en el talón (indica con sus manos el tamaño). Al final lo tenía así, mucho más chico. Y ya este año no supimos más nada.
Le pregunto si saben donde viven o tienen algún dato. Me responde que sí, más o menos saben donde vive, con una hermana, pero "son así, no supimos más nada". La odontóloga que está parada acota dirigiéndose a mí.
-Es lo que te digo vienen por el dolor, en el momento crítico y después no vienen más. Abandonó el tratamiento."

"No, a ellas no le impresiona, 'lo noto un poco flaco, capaz que tiene parásito, no come' te dicen, ellas nunca te vienen con el diagnóstico, a menos que vos les hayas dicho que tiene bajo peso, solo lo notan un poco flaco pero nada más, no les preocupa (...) ¿y cuando se enteran vienen en seguida o tardan? (pregunta de la entrevistadora) No, te vienen pero no es de urgencia para ellos, vienen por el control de alguna otra cosa, y te van diciendo de a poco" (Entrevista 7 de noviembre, pediatra 2)

"Comen en las escuelas porque hay comedor en las escuelas, entonces cuando llegan a la casa la madre ya no les da de comer, y a veces hasta ni se preocupan si comió o no en la escuela, más allá de que la maestra a veces le indica, 'Mirá no comió nada'. Digo, no se toma a la alimentación como una actividad de servicio y de amor. Y esta cosa nueva que ahora hemos traído con la nueva sociedad, el nuevo paradigma, que las mujeres somos todas sometidas y tenemos que revelarnos, entonces por dónde nos revelamos, por donde más nos gusta 'entonces no cocino" (Entrevista pediatra 1, 26 de abril de 2019)

Una ejemplificación del doble proceso de subjetivación y moralización que involucra la medicalización de la alimentación, se materializa en el abordaje de la obesidad en las sociedades occidentales. La particular definición biomédica de la obesidad se traduce en las prácticas que apuntan a solucionarla: definida como acumulación excesiva o anormal de grasa, se considera que puede prevenirse con estilos de vida *saludables* que procuren el equilibrio entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas; a modo de operación aritmética, un juego de sumas y restas. La gordura no sólo condensa simbolismos y valores culturales vinculados con el menosprecio de la glotonería o el valor de la delgadez, sino que es anclada en el terreno de la enfermedad (Gracia Arnaiz, 2009).[3] Según el enfoque medicalizado de la gordura, la obesidad y el sobrepeso, la grasa se traduce en muerte, la obesidad es en sí enfermedad y patología, y todos los obesos son sin excepción enfermos o lo serán. Aunque en el centro de salud la mayoría de los profesionales vincularon las variables del entorno y el contexto socioeconómico, fueron muy frecuentes las recriminaciones relativas a las conductas alimentarias en razón de sus dimensiones morales; y en nuestro caso particular donde las personas gordas eran niños, tal responsabilidad trasladada a los progenitores.

[3] Como mencionamos anteriormente, los discursos biomédicos impregnan la matriz del Centro de Salud, rebasando a los médicos profesionales, siendo elaborados también desde los pacientes. Durante uno de los primeros registros de campo, mientras permanecía en la sala de espera, una mujer y su hija mencionaron, mientras un niño de 8 años comía una bolsa de papas fritas, "Come todo eso porque puede, porque está flaco". Días después, en el mismo Centro, presencié una escena en la cual un niño introdujo su mano en una bolsa de galletitas que sostenía una mujer, y sacó una "pepa". La mujer le retiró la mano y le dijo: "Mirá lo gordo que estás, salí" (Registro de campo 21 de septiembre y, 10 de octubre de 2018). Lo que en el fondo subyace aquí es una concepción del alimento como detonador directo de un estado físico.

"Uno trata de facilitarlo pero que hacés si la persona no quiere, es como un desgano generalizado, más no se puede facilitar. Acá abrís la puerta y no sé, están comiendo chizitos, entonces no sé si es muy bueno eso. Allá tenemos un índice altísimo de obesidad infantil y saben que los hijos tienen y no hacen nada. Pero es esto, tenés tanto espacio, la mente tiene tanto espacio libre que se llena de ansiedad, de miedo, de falta de proyectos. Ese es el límite que tenemos desde el centro, hay un límite en lo que podes hacer." (Entrevista obstetra, 21 de mayo de 2019)

Si bien no abordaremos específicamente la cuestión del sobrepeso y los patrones hegemónicos de normalización y moralización de los cuerpos, seguimos a Contrera (2016) cuando elabora que el poder/saber médico ha patologizado la gordura del mismo modo que lo ha hecho con otras diversidades corporales. La autora sostiene que en un sistema heterocapitalista como el actual, se vive régimen mas allá de la voluntad, porque descuidarse implica no tener voluntad, no gestionarse adecuadamente, ser un mal patrón y mal producto. No transitar felizmente este tipo de cuidado de sí y sobre el cuerpo, deviene inmediatamente en encarne de la vaguedad, pereza y el ser pernicioso para el resto de la sociedad (Contrera, 2016)

"Generalmente el chico gordito no es él solo, es todo la familia, siempre va acompañado por todo el núcleo familiar (...) Pero bueno, acá yo le doy algunas pautas y bueno, ya después le pido indicación de la actividad física cuatro veces por semana, cuarenta minutos, algo de lo que puedan *adherirse*, pero más que todo tenés que *hacerle la alerta*, que *tomen conciencia del riesgo* de la enfermedad cardiovascular o diabetes, porque sino *no se dan cuenta*". (Entrevista pediatra 2, 7 de noviembre de 2018)

Este discurso, que cuestiona el abandono de los tratamientos y replica un ideal de adhesión y cumplimiento, remite a la privatización del cuidado. El ideal del autocuidado, esencial desde los tratamientos biomédicos cobra sentido y tridimension. Podemos retomar el concepto de Epele (2008) sobre la lógica de la elección, en la cual subyace un determinado ideal de sujeto que se estructura en torno a la autonomía, la capacidad de elección, la libertad, la identidad y la eficiencia. Se trata de un sujeto que conociendo a priori sus necesidades y requerimientos, puede manipular sus elecciones en pos de mejorar su salud: autonomía y voluntad aparecen en centro de escena.

5. Complejizando los discursos

Ahora bien, si hasta el momento hemos expuesto una mirada desde el equipo médico que ancla a los cuidadores como responsables exclusivos o considerando cualquier otra factor social como simple entorno de manera abstracta, resulta necesario complejizar estas narrativas, recalcando que las perspectivas distan de ser homogéneas y esquemáticas. Así, una constante en los discursos sobre cuidadores que se trasluce al dialogar sobre saberes y prácticas alimentarias, contiene movimientos que se aproximan a una ambigüedad: los cuidadores son a la vez responsables y víctimas, sujetos libres a la vez que determinados. Por ejemplo, durante una entrevista con una de las pediatras, llamaron a la puerta para pedir un certificado médico. Era un joven, cuyo hijo no había sido atendido en ese centro ni por esa médica, pero comentaba que donde lo había hecho no quisieron dárselo y ahora lo necesitaba para su trabajo. Mientras presenciaba esta escena, tuvimos la sensación que la pediatra no estaba convencida de dárselo pero terminó por aceptarlo. Al cerrar la puerta nos comentó: "Y qué vas a hacer, no tienen ni laburo formal para pedir, ni nada". Minutos después, en diálogo en un pasillo con la misma médica, la enfermera se presentó en el consultorio hablando sobre un bebé que había sido medicado y estaba en situación considerablemente grave :

"E: El bebé que le pusimos la dexametasona, ese bebe terminó internado con bronquiolitis, parece que no va a arrancar
P: Esperemos que sí
E: Es que no los cuidan no los cuidan, tienen tres meses y ya tienen medicación para caballo (se va la enfermera)
P: Ese chiquito venía con muchos antecedentes...pero ya venia acá...no es que la mama fuese descuidada, estuvo por muchos especialistas, fue al pediatra, me decía que le habían dado leche hipoalergénica, carísima, y ya si te dice eso es porque realmente lo llevó, no te va a mentir, se preocupa, pero no se por donde... no se... recién la vi por esto. Ves a ella le tengo que hacer una historia clínica, más o menos le pregunte unas cosas, pero tendría que preguntarle más cosas" (Registro de campo, 21 de septiembre de 2018)

En el mismo sentido, la pediatra que acudía ad honorem, una tarde durante una consulta, elaboró su lugar, recalcando los sentidos de escucha y acompañamiento que reviste su propia labor:

"La verdad que yo no soy mucho de prejuzgar porque uno entiende las condiciones del paciente (en medio de un suspiro). No puedo decir a ver, la mama que viene y te trae un calendario con dos vacunas, tampoco me voy a poner a como loca que no lo trajo, que no cuida a sus hijos... uno

entiende que está trabajando, qué se yo, tampoco le podes exigir. Lo mismo si te lo traen bajo peso, vos decís cómo no me lo trajo antes…" (Entrevista pediatra 1, 10 de octubre de 2018)

La psicóloga del centro, a partir de un caso particular que se le presentó en el consultorio, estableció nociones de alimentación que se despegan de los discursos nutricionalizantes y del ideal de salud racional.

"Una señora muy mayor, de ochenta años, que llega a raíz de una de una angustia, un sufrimiento muy grande porque era diabética y ya le habían suprimido todo, tanto que no sabía que comer, le habían sacado harina, todo, era una dieta sin nada, no tenía ganas de vivir. Ella me decía que disfrutaba cocinar una tarta, cebollitas, comer otras cosas, pero le habían restringido tanto que no le quedaba nada, hay algo en la cultura sobre lo que es comer, el disfrute, que va a veces más allá de lo que nos digan qué tenemos que comer." (Entrevista psicóloga, 9 de mayo de 2019)

Si bien, como hemos trabajado, es profusa la literatura sobre los sentidos biologizantes y moralizantes que adquiere la medicalización de los cuidados infantiles y de la alimentación respecto a los cuidadores, debemos intentar darle cuerpo a los discursos que generalizan, para poder recuperar a los sujetos y su agencia. Este dar cuerpo, implica no borrar las marcas de los procesos de medicalización que se inscriben en las disciplinas, pero tampoco considerar este hecho como categoría fija y reproducida por todos los actores del sistema de salud.

5. Reflexiones finales

El supuesto del que partimos en las líneas precedentes era que la alimentación infantil podía constituirse como terreno fértil desde el cual abordar los cuidados infantiles, o a la inversa, que la mirada desde los cuidados (infantiles) tiene mucho que aportar a las discusiones sobre alimentación. En definitiva, planteábamos una relación entre cuidados y alimentación. Si bien el objetivo final no era demostrar esta vinculación, sí creemos que yuxtaponer algunos discursos puede ayudar a entender cómo se conciben y practican los cuidados alimentarios. Consideramos que estos se dirimen entre dos caminos que a priori parecen inconmensurables o ambiguos, pero que dan cuenta una vez más, que las narrativas distan de ser modelos fijados, sistemas únicos y homogéneos. Por un lado, la mirada biomédica apunta a una idea resposabilizadora tanto del cuidado, que se enmarca en la génesis de la pediatría y la puericultura como ciencias a intervenir en un nuevo sujeto, el niño, y su proceso de crecimiento y desarrollo, la crianza (Colangelo, 2012); como de la alimentación,

canalizando esta última mecanismos de subjetivación (trabajo sobre sí mismo bajo la noción "hábitos de vida"), de moralización y de responsabilización (en el momento en que los niños no pueden ser pensados como activos en sus elecciones alimentarias, opera el traspaso hacia sus progenitores, específicamente hacia las madres).

Ahora bien, hacia el final del trabajo comenzamos a entretejer miradas distintas, las cuales intentamos no ubicarlas en opuestas, lo que implicaría que en los discursos aparecen contradicciones. Por el contrario, las narrativas resultan mucho más complejas. Si bien se responsabiliza, en el mismo movimiento se reconoce y consideran otros factores "condicionantes": el medio ambiente, la falta de dinero para comprar alimentos, la escasez de tiempo, los gustos subjetivos. Esto nos remite al escenario de la Atención Primaria, donde si bien se dirimen y reproducen miradas biologicistas e idividualizadoras de la biomedicina, también se trabaja en terreno, los sujetos encarnan espacios situados, en contacto directo con las personas que allí asisten y esto moldea sus propias perspectivas. La mirada desde la "lógica del cuidado" (Esquivel, 2011) implica el movimiento de localizar los cuidados en distintas esferas, haciendo manifiestos los espacios invisibilizados, así como materializando las diferencias de género, clase y generación, en los ya visibles. Es esta territorialización de los cuidados lo que habilita y posibilita que ahondemos en la singularidad de los sentidos referidos a la alimentación que circulan en un centro de salud en particular, sentidos que no pueden localizarse como reproductores de un modelo hegemónico sino que deben desandarse y cobrar su tridimensionalidad para recuperar la agencia de los individuos.

Bibliografía

Billorou, M.J. (2007) Madres y médicos en torno a la cuna: ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945). Revista de Estudios de la Mujer. La Aljaba, segunda época. 11.

Britos S, O´Donnell A, Ugalde V, Clacheo R (2003), Programas alimentarios en Argentina. Cesni, Buenos Aires.

Colángelo, A. (2012). La crianza en disputa: Medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1980 y 1830. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Colangelo, A. (2008). "La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX". IX Congreso Argentino de Antropología Social, Posadas

Contrera, Laura; Cuello, Nicolás. Cuerpos sin patrones. Resistencias desde las geografías desmezuradas de la carne. Buenos Aires: Madreselva, 2016. 189p.

Di Liscia, M. S, (2005) Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. Signos Históricos, 94-119, Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34401305

Epele, M (2008) Privatizando el cuidado: desigualdad, intimidad y uso de drogas en el Gran Buenos Aires, Revista Antípoda nº6.

Esquivel, V., Faur, E. y Jelin, E. (2012). Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado. Buenos Aires, Argentina: IDES, UNICEF, UNFPA. Faur, E. (2009). Organización social del cuidado infantil en ciudad de Buenos Aires. El rol de las instituciones públicas y privadas 2005-2008 (tesis de posgrado). FLACSO, Argentina

Faur, E. (2009). Organización social del cuidado infantil en la Ciudad de Buenos Aires : el rol de las instituciones públicas y privadas 2005 - 2008. Tesis de doctorado. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

Faur, E. (2014) El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Editorial Siglo Veintiuno

Faur, E. (2015) El maternalismo en su laberinto. Políticas sociales y cuidado infantil en Argentina. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 7, 45-61

Gracia-Arnaiz M. (2007) Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Publica Mex; 49:236-242

Gracia Arnaiz M. (2009) Qué y cuánto comer: tomando medidas frente a las sociedades obesogénicas. Salud Colectiva.;5(3):363-376

Gracia-Arnaiz, M. (2014). "Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios". Política y Sociedad, Vol.51 Núm. 1 73-94

Jelin, E. (1984). Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada. Buenos Aires: CEDES.

Leavy, P. (2014). La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil. Século XXI, 4(2), 217-241. Universidad Federal de Santa María.

Pautassi, L. (2016) Del "boom" de cuidados al ejercicio de derechos. SUR Revista Internacional de Derechos Humanos. 24 - v.13 n.24

Pautassi, L. (2017) El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPAL - Serie Mujer y desarrollo No 87

Restrepo, E. (2016). Etnografía: alcances, técnicas y éticas; Bogotá: Envión editores, 2016

Rodriguez Soya, P. (2015), Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. Sociológica, año 30, número 86, pp. 201-234

Santillán, L. (2009). Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires. Etnográfica, 13 (2), 265-289.

Schencman, P. (2008) HAZ LO QUE YO DIGO. PERCEPCIONES SOBRE ALIMENTACIÓN ENTRE MÉDICAS NUTRICIONISTAS Mitológicas, vol. XXIII, pp. 67-81 Centro Argentino de Etnología Americana Buenos Aires, Argentina

Zafra Aparici, E. (2014). Aprender a comer: Procesos de Socialización y Trastornos del comportamiento Alimentario. Barcelona: (Tesis doctoral), Universidad de Barcelona.