

Mesa 9: Cuidados, familias, salud y migraciones

"Es que culturalmente comen así". Aproximaciones a los sentidos y saberes sobre la alimentación y el cuidado infantil en Centros de Atención Primaria de la Salud.

Nuria Caimmi, nuriacaimmi@gmail.com, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

El presente escrito intenta dimensionar sentidos y saberes que circulan en Centros de Atención Primaria de la Salud, respecto a la alimentación y el cuidado de los niños. La metodología que lo sustenta es el trabajo de campo etnográfico realizado en tres instituciones ubicadas en las afueras del casco histórico de la ciudad de La Plata, que buscó recuperar los discursos de los trabajadores de los centros, profesionales como no profesionales. El objetivo principal de la ponencia es entrever qué elementos se constituyen como nodales a la hora de pensar las problemáticas alimentarias infantiles; cómo se entienden sus causas; y qué intervenciones y soluciones se proyectan en distintas escalas de tiempo. El horizonte principal es retomar principalmente aquellos saberes vinculados a la alimentación y el cuidado infantil, que ayuden a desentramar nociones sobre la conformación poblacional que asiste a los centros, las trayectorias migratorias, la diversidad y la desigualdad cultural.

Palabras clave: Alimentación infantil; Crianza; Centros de Atención Primaria de la Salud.

Introducción

Las prácticas alimentarias no remiten únicamente, ni de manera unívoca, a una necesidad biológica (característica de una visión mecanicista del organismo humano); sino que se sitúan dentro de las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que articulan las diferentes sociedades (Gracia Arnaiz, 2007). Las dimensiones socioculturales de la alimentación, unidas a las subjetivas, indican que esta debe ser vista como un hecho complejo, que reúne en sí mismo lo biológico y lo cultural de una manera indisoluble (Aguirre, 2004). Siguiendo con Fischler (1995), los humanos se alimentan nutrientes y sentidos, ya que lo necesario para vivir es seleccionado, procesado y entendido según categorías culturales y situadas. En el caso particular de la alimentación infantil, esta puede considerarse parte de las actividades vinculadas al cuidado y la crianza, las cuales las sociedades se han movilizadas y concretado de distintas formas. Estas actividades, involucran un conjunto de saberes teóricos y prácticos sobre el cuidado de los niños¹, definiendo maneras apropiadas de tratarlos, atenderlos, educarlos y alimentarlos (Colángelo, 2020). De esta manera, la crianza

¹ Con relación a los marcadores de género, por la decisión de presentar las ideas de forma no sexista hemos optado por utilizar un lenguaje inclusivo y no binario, a través del uso de la letra "e".

y la alimentación infantil movilizan cuestiones consideradas biológicas y culturales, a partir de un nexo entre lo público y lo privado (Jelín, 1984).

La forma en que estas actividades relacionadas con los niños fueron incluidas progresivamente dentro de la mirada médica, debe ser yuxtapuesta al proceso por el cual la infancia comenzó a considerarse como un período de transición, resaltando su supuesto estado de latencia, como realización más futura que experiencia del presente. Dichas nociones no sólo justificaron un abordaje médico específico al respecto, sino también la conformación e intervención de toda una serie de profesionales que dictaminaron aquello esperable o no de una conducta infantil para la concreción de una vida socialmente aceptada (Colángelo, 2012; Leavy, 2015). De esta manera, la medicina se erigió como fuente principal de consulta y saber respecto del cuidado infantil, tomando el lugar que antes ocupaban los curadores populares y las mujeres de la familia o cercanas a ella (Solans y Margulies, 2019).

En este trabajo se presentan algunas reflexiones surgidas del diálogo con trabajadores de tres Centros de Atención Primaria de la Salud² ubicados en las afueras del casco histórico de la ciudad de La Plata, a propósito de los desafíos que la crianza y la alimentación representaba en los consultorios. Estas líneas parten de algunas cuestiones que suscitó el trabajo de campo realizado en vistas a la preparación de la tesis de licenciatura, por lo cual de ninguna manera se busca arribar a conclusiones sólidas sino, en todo caso, realizar un primer acercamiento, abriendo algunas preguntas. El objetivo principal es entrever qué elementos se constituyen como nodales a la hora de pensar las problemáticas alimentarias infantiles; cómo se entienden sus causas; y qué intervenciones y soluciones se proyectan en distintas escalas de tiempo. El horizonte principal es principalmente aquellos saberes vinculados a la alimentación y el cuidado infantil, reflexionando particularmente acerca de los posibles lugares que "lo cultural" ocupa en el acompañamiento médico de la crianza y la alimentación infantil (Colángelo, 2014).

Enfoque teórico- metodológico y referentes empíricos

Se considera que una perspectiva antropológica puede contribuir a comprender la multiplicidad de formas presentes en nuestra sociedad de criar y alimentar a los niños, formas emergentes de distintas maneras en los consultorios de los Centros de Salud. Por ello, la reconstrucción de los saberes y actividades de crianza y alimentación infantil se realizará a partir del enfoque etnográfico, el cual tiene la singularidad de articular las prácticas, con los significados que estas prácticas adquieren para quienes las realizan, a partir de incorporar diversas maneras de mirar, comprender y transformar la vida local (Rockwell, 2009). Las

² En adelante, se utilizará indistintamente "Centros de Atención Primaria de la Salud", "Centros de Salud" o la abreviatura "CAPS".

concepciones de las personas no pueden ser escindidas de los entornos socioculturales donde transcurre su vida, de allí que el método etnográfico permita dar cuenta la forma en que las les trabajadores piensan, sienten, y resignifican los eventos, circunstancias y contextos que les involucran (Guber, 2001).

El trabajo de campo del cual parte este estudio se desplegó en dos instancias, entre los meses de septiembre y noviembre de 2018, y entre abril y julio de 2019, en tres Centros de Atención Primaria de la Salud pertenecientes a la misma localidad, ubicada en las afueras del casco histórico de la ciudad de La Plata. Esta localidad, se caracteriza por presentar ciertas heterogeneidades en sus características territoriales, geográficas, ambientales e infraestructurales. El CAPS N°1, se emplazaba entre una región signada por calles asfaltadas, edificaciones altas, comercios y tránsito de transporte continuo y abundante; y una región ubicada bajo la autopista, cercana a la vera de un arroyo, con calles de tierra, terrenos muy fangosos los días de lluvia, servicio deficiente de alumbrado en las calles, y la presencia cada pocas cuadras de algunas instituciones comunitarias (merenderos, comedores, ONG, y unidades básicas, entre otras). El Centro de Atención Primaria N°2, se ubicaba cercano a una de las avenidas principales que conectan con el casco urbano, próximo a uno de los asentamientos de la localidad, con viviendas con techos de chapa, calles no asfaltadas, cotidiano barro e inundaciones periódicas. El barrio había nacido por una iniciativa del Fondo Provincial de la Vivienda a principios de la década de los '80, de construcción de monoblocks. Según las administrativas del centro, en cada departamento habitaban más de cinco personas, caracterizándolos como "superpoblados". (Registro de Campo, septiembre de 2018). El último de los Centros a los que asistimos fue el CAPS N°3, que poseía la particularidad que su área de referencia comprendía no solo actividades económicas de servicio, industriales y comerciales, sino también primarias (horticultura y floricultura). Pudimos mapear a su vez la presencia de muchos comedores indicados por carteles de referencia. En las tres instituciones nos fue comunicada la ausencia de los profesionales referidos en las páginas oficiales de la secretaría municipal, como el servicio de ginecología, de trabajo social o de pediatría (uno de los centros contaba con atención pediátrica realizada ad honorem).

Las técnicas utilizadas fueron observación participante, efectuando registros en las salas de espera y de recepción, en pasillos, patios, y consultorios; charlas informales con gran parte de los trabajadores de los centros; y entrevistas semiestructuradas en el caso de las pediatras, realizadas y grabadas en los consultorios, con previo consentimiento informado. Para el registro de los datos se instrumentaron notas de campo y grabador telefónico.

La crianza y la alimentación infantil en los Centros de Salud

En este apartado retomaremos algunos acercamientos a la problemática a través de los registros de campo, las charlas informales y las entrevistas, realizados durante la estadía en los tres Centros de Salud. Para ello, comenzaremos caracterizando brevemente las nociones sobre la población que asistía que movilizaban los trabajadores de las instituciones, para luego adentrarnos específicamente en los saberes sobre sus prácticas de crianza, particularmente las alimentarias.

Comenzando por la población asistente a los centros, la obstetra del CAPS N°2 comentó:

Mira, la verdad que no he hecho estadísticas, pero si vemos que es población muy cambiante (...) sabés que se mudan y que van cambiando por el trabajo mismo. La verdad que yo no lo entiendo, vienen y te dicen que se mudaron a Berisso, a Ensenada... Entonces también les cuesta más venir, pero no sé, están permanentemente yendo y viniendo (Obstetra, CAPS 2, mayo 2019).

En el mismo centro, la pediatra de la institución resaltó el hecho de que esta movilidad se vinculaba con un aspecto laboral *"Yo creo que acá también hay algunas quintas, entonces vienen a trabajar"*, considerando su condición de migrantes *"Si bueno población migrante de Bolivia o Paraguay hay muchísima...Pero bueno, en este último tiempo se ha incrementado muchísimo el número de venezolanos, colombianos"* (Pediatra, CAPS 2, Julio 2019). Esta referencia a los lugares de procedencia se solapaba con lo que en el CAPS 3 mencionó la médica pediatra *"Acá hay un 90% de población boliviana, paraguaya y peruana. Y lo que ves es que son culturalmente diferentes a nosotros"* (Pediatra, CAPS 3, abril 2019). En diálogo con la psicóloga y la trabajadora social de la misma institución, ellas agregaron: *"Acá lo que tenes de diferente es que predomina la población boliviana, pero que está organizada, saben lo que es el servicio en salud, lo que son los derechos que tienen, te saben diferenciar entre un psicólogo y otros médicos. Por ahí no tanto como los que nacieron en Argentina"* (Trabajadora social, CAPS 3, mayo 2019). La población boliviana fue también considerada en el CAPS 1 por las administrativas presentes en la sala de recepción al ingresar al centro, como se recupera del registro de campo aquí citado:

La odontóloga habla del CAPS 2 que está a pocas cuadras y dice que ahí es muy diferente. La enfermera añade *"Acá vienen villeros, allá van bolivianos. Es diferente en todo. Te dicen Doctor si sos enfermero...En el trato es muy distinto, acá te tratan mal"*. Ambas se refieren a esto, *"Dan por sentado que les tenés que dar la medicación, ni 'hola, buen día' te dicen... Con el tratamiento pasa igual"*, comenta una administrativa. Luego se abre una breve discusión y añaden que *"los pacientes de acá vienen de muchos lados, hay gente que viene de muy lejos, son como golondrinas... algunos que los ves un tiempo y después no los ves mucho más"*. (Registro de campo, noviembre de 2018)

Estos breves pasajes presentan nociones de algunos de los trabajadores de los centros sobre la población que asistía, siendo esta información aproximada (en los fragmentos se visibiliza

que existen dudas o inexactitud sobre los lugares de procedencia o migración); primando cierto extrañamiento e incompreensión sobre sus patrones de movilidad (*"no entiendo, vienen y van", "son como golondrinas"*); sobre sus prácticas culturales (*"culturalmente son diferentes a nosotros"*) y sobre sus modos de vinculación (*"dice que ahí es diferente", "Es diferente en todo"*). Esto último se recupera en la comparación que hicieron las trabajadoras del CAPS 1 sobre el CAPS 2, respecto a la población allí asistente, migrante y boliviana. Esta comparación, introduce un nuevo punto, no tanto referido a los patrones de movilidad o lugares de origen, sino a la condición socioeconómica de quienes concurrían a los centros. La odontóloga de la misma institución caracterizó esta falta de acceso a ciertos recursos como algo negativo para el seguimiento de tratamientos: *"Acá en el centro lo que pasa es que hay muchas cosas que no se pueden hacer, la gente no tiene acceso a hacerse otras cosas, entonces acá le sacas los dientes y no se pueden hacer las prótesis"* (Odontóloga, CAPS1, octubre 2018). Por su parte, en el CAPS 2, la pediatra que estaba hacía treinta años, elaboró un breve análisis de lo que había visto modificarse en ese tiempo:

Yo llego a un barrio humilde, y después veo la decadencia social... La humildad siguió igual, la falta de recursos, de servicios en las personas y demás, sigue siendo la misma, pero la realidad es que lo que cambia es el contexto social, yo llego a un barrio con gente humilde con algunas cuestiones sociales de por medio que implicaban la falta de educación, el hacinamiento en las viviendas, y después veo el ingreso de la droga y la destrucción de una generación infantil, porque los chiquitos que veía no sé, hace veinte años atrás, esos chiquitos hoy están presos (Pediatra, CAPS 2, septiembre 2018)

Para el caso del CAPS 3, la pediatra, además de caracterizar a la población como culturalmente distinta, agregó que *"acá la gente no es extremadamente pobre, no es que tenemos un nivel de indigencia, es pobre si, pasa la línea de pobreza, pero dentro de todo es población que está escolarizada"* (Pediatra, CAPS 3, abril 2019), tal como acompañó en otra ocasión el comentario de la trabajadora social, quien identificó que *"tenemos clase media baja o media empobrecida que no tiene cobertura médica, y clase baja"* (Trabajadora social, CAPS 3, mayo 2019).

A través de estas líneas, dimensionamos que existían sentidos construidos sobre la población que asistía a los tres centros, sentidos que, por un lado, se anclaban en su definición como población migrante y con alta movilidad; pero que también aludían a un conocimiento de su situación socioeconómica, situación que se trasladaba al trato con el personal (*"villeros"* con un mal trato), como limitante en los tratamientos (*"les sacas los dientes y no se pueden hacer prótesis"*), o por problemáticas asociadas (*"la decadencia social"*). En definitiva, en estas primeras aproximaciones encontramos que la condición migratoria y de falta de acceso a

ciertos recursos básicos era reconocida en las tres instituciones, connotando sentidos diferenciales y valoraciones cambiantes.

También en el último fragmento, se advierte una caracterización de cierta noción sobre la transmisión intergeneracional de conductas, saberes y prácticas, a través de su reproducción, de ma-padres a hijos. En el CAPS 1, la pediatra comentó que *"El mayor problema es el problema de la educación, madres sin educación que se ven desbordadas por muchos hijos, sin recursos económicos y que bueno eso genera...termina en la mayoría de los casos o en un porcentaje bastante alto en situaciones de violencia, y de falta de poder"* (Pediatra, CAPS 1, septiembre 2018). Este párrafo introduce cuestiones vinculadas a la crianza y el cuidado, entendidos desde un lugar maternalizado, *"Si vos no sabes conducir tu vida menos vas a poder conducir la vida de otros, entonces, por ejemplo, si yo no tuve educación mi vida no tuve educación mis hijos no le voy a poder dar educación"*. Estas ideaciones, terminaban colocando la transformación de las actitudes en la voluntad de las mujeres y en su capacidad de revertir la situación: *"Vos tenes casos donde alguien dice 'yo quiero para mi hijo algo mejor, entonces tal cosa no voy a hacer tal cosa no voy a repetir', hay de esos casos pero la gran mayoría es como que se repite toda esa historia familiar que se arrastra"* (Pediatra, CAPS 1, septiembre de 2018); *"Si también vienen las abuelas y si tal cual, porque además las conductas familiares se repiten, las madres son como fueron sus madres, volvemos a lo mismo"* (Pediatra, CAPS 1, noviembre 2018).

Se conformaba así una alteridad caracterizada a partir de pautas que se trasmitían de generación en generación, hilando una problemática familiar. Esta alteridad fue ubicada como problema especialmente en los consultorios bajo dos grandes aristas. Por un lado, bajo la falta de comunicación entre los saberes médicos y los saberes que poseían les pacientes. En el CAPS 2, se aportaron algunos sentidos más definidos sobre esta mirada de la cultura de quienes asistían, implicada en las formas de crianza y cuidados.

Es que lo cultural es todo, pero no digo cultural por el país, porque es mas allá de la nacionalidad, entre nosotros mismos, y eso cultural implica barreras, problemas, que generan problemas en la comunicación, eso hay muchísimo, por ejemplo viste que se dice que las bolivianas son más calladas, sumisas, entonces cuesta trabajar a veces. (Obstetra, CAPS 2, mayo 2019)

Pero también, la alteridad se presentaba específicamente en las prácticas de crianza y alimentación; la pediatra del CAPS N°2 comentó al referirse a la lactancia materna:

O sea, lo ideal sería que esa pobre madre siga con la lactancia hasta los seis meses, pero dice que le va a costar, porque la nena dos tomas no va a tener porque ella trabaja (...) Yo pienso, las leyes de lactancia no te acompañan... Y acá las madres todas trabajan, solo tienen 45 días. Te dicen, 'No, lo tengo que dejar, por eso necesito que

me des la leche´ (respecto a la leche en polvo entregada bajo el Plan Materno Infantil). Y vos decís, de qué podés trabajar, cuánto podés ganar. Les digo: 'Vos los primeros dos años tenés que estar con tu bebé'; pero bueno quieren trabajar, ganar plata, no sé, pero por eso te digo, no se valora el costo beneficio entendés, porque si vos razonás, es mejor que trabaje el padre o alguien y que ella se quede a darle la teta al bebé" (Pediatra, CAPS 2, julio 2019)

Este fragmento introduce la discusión sobre la crianza y la alimentación a través de la lactancia materna, vinculada con la asignación de roles y los espacios de cuidado. Ella planteaba el ideal de la lactancia exclusiva hasta los seis meses, reconociendo la necesidad o el interés de las mujeres por trabajar como una barrera a su concreción, ubicando esta decisión como un asunto no razonado "*Si vos razonas es mejor que trabaje el padre y ella se quede a darle la teta*". En relación a esto podemos reponer, por un lado, que la variedad de ideaciones sobre la lactancia materna debe situarse en una particular configuración histórica que ha tenido la vinculación entre la biomedicina y la lactancia materna; ya que durante el siglo pasado, las recomendaciones médicas fueron enfatizando diferencialmente esta práctica frente la leche maternizada (Scheper Hughes, 1997).³ Si bien no podemos realizar una inferencia entre las prescripciones de décadas previas y el énfasis de la médica en la lactancia materna, retomar el análisis histórico nos provee un marco para examinar los sentidos cambiantes de los saberes médicos y abrir la pregunta por las formas en que estos se experimentaron en las mujeres.

Por otro lado, la pediatra comparaba la situación de la lactancia del actual Centro de Salud, con un consultorio privado en el cual estaba trabajando desde hacía dos años, donde acudía gente de estratos medios- altos: "*En cambio, yo trabajo también en un consultorio, en Palermo, que es lo más top que hay, y te digo que no receto una leche maternizada jamás, porque todas dan la teta. Digo, son todas mamás hiper inteligentes, formadas, profesionales, pero todas dan la teta, priorizan eso a trabajar mil horas, porque lo vale*". (Pediatra, CAPS 2, julio 2019). Los dos espacios laborales aparecían diferenciados a partir de criterios valorativos, subyaciendo ideaciones sobre buenas y malas madres según amamantaran o no a sus bebés, bajo un ideal de sacrificio por los hijos, y situando la práctica y promoción de la lactancia como una cuestión eminentemente médica "*Guardería acá no pueden pagar, entonces quedan a cargo de la familia, las vecinas, las tías... Ellas se van a trabajar, tempranamente, entonces piden la fórmula para dejar los chicos, son chicas jóvenes, pero a vos te da pena viste, ellas*

³ A principios de siglo pasado, a la par que se institucionalizaba la instancia del parto, y con la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, se extendieron nociones médicas sobre los cuidados y la alimentación de los recién nacidos, consolidando la introducción masiva de las leches de fórmula. Se promovió de esta forma una alimentación cada vez más basada en fórmulas comerciales, disponiendo nociones sobre pautas de crianza que se fueron sedimentando en los conjuntos receptores de estos saberes (Olza Fernandez, Ruiz-Berdún, y Villarmea, 2017).

tendrían que estar con los chiquitos y no pueden" (Pediatra, CAPS 2, julio 2019). La diferencia que traza respecto a los dos grupos de mujeres que frecuentaban sus espacios de trabajo, disimiles en locación y accesibilidad, introduce que la oferta de espacios de crianza y cuidado era desigual en términos de clase social y lugar de residencia (como variables más sobresalientes), existiendo entonces una estratificación en el acceso a estos lugares (Esquivel, Faur y Jelin, 2012). Cuando la pediatra en la primera línea elaboraba que les niños quedaban a cargo de las familias o mujeres de círculos cercanos por no poder pagar sus cuidadores una guardería, estaba dialogando con la insuficiente oferta estatal de espacios de crianza y su impacto diferenciado en los dos grupos que conocía por sus trabajos. A partir de lo que ella refiere, encontramos que las alternativas de crianza de las mujeres de los dos consultorios se escalonaban entre la mercantilización en los sectores mejor ubicados económicamente, a través de una guardería o cuidadoras particulares; y la familiarización en el resto, con las vecinas o las tías (Pautassi, 2007).

Si los roles familiares y los lugares asignados dentro de las prácticas de crianza y alimentarias constituían un primer aspecto posible de intervenir desde el consultorio; podríamos plantear que uno segundo se vinculaba a la temporalidad con la cual se desarrollaba la alimentación de los niños, en relación al orden en los horarios: *"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"* (Enfermera, CAPS 1, octubre 2019); *"Me parece que estamos comiendo mal, a distintas horas podes consumir otro tipo de cosas que no son saludables y ahí está el error. a los nenes les hacen mucho eso. Capaz que, si comen mal, tienen hambre, a la tarde le dan caramelos, caramelos, caramelos. Yo lo que les digo es que en vez de darle eso es que les den snacks o galletitas saladas"* (Odontóloga, CAPS 1, octubre 2018). Esta centralidad de la secuenciación alimentaria fue referida también por la Orientadora en Estimulación Temprana del mismo centro, quien trabajaba en conjunto con la pediatra:

Por ejemplo, acá lo que se veía mucho ya desde unos años son nenes que mandó la pediatra con pautas alimentarias desordenadas, retrasos en el alimentar. 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. (Orientadora, CAPS 1, noviembre 2018)

El trabajo compartido entre las dos profesionales evidenciaba la intención de establecer ciertas pautas, hábitos y disposiciones en los espacios y horarios para la alimentación infantil. De esta forma, era en el trabajo de acompañamiento de aquello que consideraban como

irregularidades o disfuncionalidades de las prácticas alimentarias (relacionadas los tiempos y la secuenciación de las comidas), que se habilitaba un espacio de intervención posible.

Es cultural, tienen otros tiempos, por ejemplo les dan de comer muy temprano porque tienen que salir a trabajar, le dan muchísima leche maternizada muchísima, y hay poca lactancia materna exclusiva es todo un problema eso, después frutas y verduras si comen pero también porque los padres son verduleros, muchas veces trabajan de eso entonces eso sí lo tienen. (Pediatra, CAPS 3, abril 2019)

En este fragmento la referencia a los horarios alimentarios aparece asociada a cierta disposición cultural. Sin embargo, este pasaje es interesante porque introduce la caracterización de la ingesta de verduras y frutas y su relación con las actividades laborales. Tal como mencionamos al comenzar, el Centro de Salud N 3, se encontraba ubicado cercano a sectores productivos del cordón verde platense, reconocido por la afluencia de población migrante, especialmente de Bolivia y del NOA para desempeñarse en tareas agrícolas (García, 2012). Esto fue destacado por la trabajadora social y la psicóloga del mismo centro quienes mencionaron que *"Vos ves que tienen quintas, que venden verduras frutas, tienen en la casa, aunque después los veamos en el almacén del barrio comprando mortadela, Coca-Cola, pan"* (Trabajadora y Psicóloga, CAPS 3, mayo 2019). Este último fragmento se vincula otra de las aristas aludidas con relación a la alimentación infantil, es decir la referencia a los productos procesados y ultra procesados de consumo cotidiano. En el CAPS 1 la pediatra comentó, *"Acá comen muchas harinas, la gente come muchos fideos, viste, no comen pollo... Entonces están anémicos y gordos"*, consumos referidos particularmente a determinados saberes culturales, *"Ya te digo cuesta muchísimo el cambio de hábitos, porque es cultural"* (Pediatra CAPS 1, septiembre 2019); *"Hay mucha mirada naif sobre la alimentación, sobre lo que les dan...no sé, no les parece importante"* (Trabajadora social, CAPS 3, mayo 2019). Es decir, el aspecto cultural era recuperado al caracterizar las prácticas alimentarias con relación a este tipo de consumos industriales, tal como comentó la pediatra del CAPS 3 *"Acá hay sobrepeso por mala alimentación, viste, por desconocimiento. La gente no tiene una cultura de lo que es la alimentación, acá nadie mira las etiquetas de los productos, menos, no lo mira una clase media, menos lo va a mirar..."* (Pediatra, CAPS 3, abril 2019).

Con relación a esto, la caracterización cultural de los consumos alimentarios fue también referida a un tipo de preparación en particular, el guiso:

Bajo peso mucho, desnutridos y sobrepeso también. Si viven a guiso. Está bien no podes hacer nada porque culturalmente comen únicamente guiso, después lo demás es en la escuela lo que coman, y el recreo, pero es guiso, guiso, y después no se mueven, no hacen deporte, miran la tele todo el día o juegan a la *Play*. que también eso hay que decir, todos los chicos tienen *Play*. Entonces sumas, *Play*, televisión, hay una cultura ahí. (Pediatra, CAPS 1, septiembre 2018).

En este fragmento, la médica ahonda en las problemáticas específicas alimentarias, como lo son el bajo peso, la desnutrición y el sobrepeso; y las relaciona con prácticas alimentarias caracterizadas por la invariabilidad en las comidas, a partir de la reiteración del guiso. Estas prácticas se anclaban en cierta alteridad, caracterizada como cultural, que se condensaba en una preparación en especial. El *guiso*, fue referido como comida cotidiana de las personas que asistían al centro, llegando a indicar la psicóloga de la institución, la intención de realizar un taller en conjunto con la pediatra y la enfermera para modificar la ingesta de esta comida o *"que sea realizada de una forma consciente y sana"* (Registro de campo, noviembre 2018). El guiso constituye una preparación alimentaria que posee, como toda "comida de olla", una larga tradición andina y criolla, destacado por su papel en la maximización de rendimientos y saciedad, su valor nutritivo, y su accesibilidad económica, habilitando ser una comida colectiva, y funcional a los tiempos de quien la prepara (Aguirre, 2004). Sin embargo, lo repuesto por la pediatra, así como el proyecto de taller en conjunto con la psicóloga y la enfermera, instalaba dos problemas que se relacionaban a la ingesta de guiso: uno referido a su pretendida monotonía, lo cual implicaría una ausencia de diversificación con otros alimentos y comidas diarias; otro, a la necesidad de enmarcarlo en cierto orden o en parámetros que la psicóloga catalogaba como conscientes y sanos.

Comenzamos a entrever entonces que las aristas mencionadas previamente, referidas a problemas con los horarios, la secuenciación y los consumos nutricionales, poseían una causalidad que refería a ciertos patrones culturales. La asociación entre determinada cultura y sus prácticas alimentarias, se vinculaba a una falta de preocupación y conciencia, que en definitiva podría pensarse como un descuido hacia les niños:

Pero bueno ahí otra vez tiene que ver mucho lo cultural, lo que comen, hay una mala alimentación, comida chatarra, es como que no son conscientes de la importancia (...) Acá abrí la puerta y no sé, están comiendo chizitos, entonces no se si es muy bueno eso. Tenemos un índice altísimo de obesidad infantil y saben que los hijos tienen y no hacen nada. (Obstetra, CAPS 2, mayo 2019)

La construcción de esta alteridad cultural que ingresaba a los consultorios, que las médicas no podían comprender, se veía resaltada por una supuesta falta de conciencia alimentaria que se concretaba en malas elecciones: *"Por eso, no se elige bien. Pero yo creo que pasa por el desconocimiento. y ya te digo, los chicos más gorditos por ahí le ponen mucha azúcar, ya desde antes del año, miel, chocolate, azúcar, sal"*. (Pediatra, CAPS 2, Julio 2019). Sin embargo, pudimos advertir que la apelación a que *"tiene que ver mucho lo cultural"*, *"no son conscientes"*, o que *"no se elige bien"*, no solo se constituía como limitante en los centros de salud, sino que significaban a la vez un camino a trabajar en los consultorios.

Eso es lo que pasa en el consultorio, trabajas muchísimo con la cultura del paciente. Yo lo que intento es adaptarme a la persona del frente, paro en frente de esa persona y de ahí les hablo. Pero es difícil, tenes la paraguaya que no sabe leer ni escribir, entonces qué hace si le das la receta del medicamento no lo entiende. Las madres hacemos lo que podemos, lo que tenemos ganas, y con la comida pasa igual, es cultural. (Pediatra, CAPS 1, noviembre 2019).

Es decir, el desconocimiento o la falta de información eran destacados dentro de las practicas alimentarias como centrales en la causalidad de los problemas, pero se constituían a la vez como posibilidad para revertirlos. En el CAPS 3, la pediatra utilizaba distintos argumentos para intentar transferir conocimientos sobre prácticas que consideraba correctas en los consumos cotidianos *"Yo lo que hago acá es tranzar, ya se las limitaciones económicas, pero con los sesenta mangos que te gastas en el Tang podés comprar otras cosas. Te hablo así porque es la forma de llegada, de compararle"* (Pediatra, CAPS 3, abril 2019). Era a partir de considerar el problema en alimentario anclado en las familias, especialmente en las madres, que la práctica médica cobraba sentido, entendiendo el rol de los trabajadores como acompañantes y guías en el consultorio. Por ejemplo, respecto a la lactancia se generaban hipótesis y presupuestos de lo recortado como problema: *"Yo creo que debe ser el desconocimiento de los beneficios de la lactancia, veo que es un tema de inmediatez y de falta de conocimiento. O sea, nadie les informa, faltan charlas, me parece, de lactancia, poca información"* (Pediatra, CAPS 2, julio 2019). De esta forma, si bien desde el discurso médico, el amor y el instinto materno eran ubicados como medulares en la crianza de los niños, encontramos en las líneas previas que estos no resultaban suficientes, sino que debían ser guiados y acompañados por los saberes de las pediatras. La discusión sobre los cuidados y la alimentación infantiles implicaba la construcción y demarcación de lo que se constituía como problema central en el consultorio: los trabajadores de los centros evidenciaban ciertas vacancias en los conocimientos que poseían las madres respecto a estas actividades; entendiendo estas faltas como aspectos que debían intentar subsanar, *"Entonces acá lo que hago yo es hablar explicarle, es hablar de forma puntual para cada caso, entendiendo que hay cultura y hay economía"* (Pediatra, CAPS 3, abril 2019). Así recortaban el problema en la falta de conocimiento, y al delimitarlo disponían su esfera posible de intervención; en el momento en que el problema era la falta de conocimiento, esto podía ser potencialmente subsanado en el consultorio, al evaluar y enseñar pros y contras de la crianza, sus horarios y disposiciones corporales, a partir de un rol pedagógico.

Yo hago mucho hincapié en lo que es la previsión, les hablo mucho de los alimentos como vos le viniste a preguntar, de dejar las gaseosas, los caramelos, de que, si tienen que ir al colegio y tienen la boca así, que no le lleven alfajor, que le lleven preferible chicitos, cosas saladas antes que cosas dulces, porque si ya están así que traten de

hacer hincapié en las frutas. en vez de un caramelo no sé, media banana (Odontóloga, CAPS 1, octubre 2018)

De allí se construía el espectro de posibilidades dentro de las cuales las médicas desde el consultorio podían accionar, que remitían a proveer determinada información y educación considerada correcta, valiosa y ausente en las mujeres.

Reflexiones sobre saberes respecto a la crianza y la alimentación infantil

En las líneas precedentes buscamos acercarnos a la mirada que algunos trabajadores de centros de salud construían y desplegaban sobre la crianza infantil, específicamente con relación a la alimentación. A través de los fragmentos recuperados, pudimos introducir que el problema de la alimentación se construía a partir de una determinada etiología que se depositaba primeramente en las familias, pero con relación a ciertos marcos culturales o socioeconómicas.

Si nos situamos en el nivel familiar y su anclaje por parte de los trabajadores como nodal en la crianza infantil, debemos ubicar este movimiento en el proyecto de la modernidad urbana y occidental, donde la institución escolar y la familiar se legitimaron como fundamentales para el cuidado de los niños, acompañado por la distribución de actitudes esperables, a través de obligaciones y formas de validación de la responsabilidad ma-parental (Santillán, 2009). El cuidado de la infancia no sólo se fundamentó por entonces en la separación entre un espacio público y otro privado; sino por la división entre saberes considerados especializados, como el de los médicos y pedagogos, y los "saberes legos", vinculados a la vecindad y la familia. En este proceso, se erigió un determinado modelo de familia como ideal, como un ámbito privado constituido únicamente por afectos y sentimientos, centralizado por el rol de las mujeres homologadas a madres, quienes protegerían únicamente con el amor el crecimiento y desarrollo de los niños (Jelín, 1984). La maternidad dentro de este modelo era postulada como un "don natural", constituyéndose por la contra quienes no mostraran dedicación a sus hijos como incapaces o indignos (Leavy, 2015)

A partir de los registros y entrevistas, encontramos que esta importancia de lo familiar se remarcaba por la ideación sobre la transmisión intergeneracional de saberes y prácticas, transmisión que se conceptuaba como lineal y reiterativa. Tal como vimos, el lugar "problemático" de la familia se materializaba en los conocimientos y estilos de vida que allí se desplegaban, transmitidos de generación en generación a través de la socialización familiar, lo cual se postulaba como una perpetuación generacional de problemas familiares. Por un lado, esto puede remitirnos a ciertas ideaciones ampliamente difundidas en los imaginarios sociales que se han centrado en grupos que habitan en contextos de pobreza, poniendo el foco en las formas de vida y los "valores" de los sujetos, entendiendo estos valores como

explicación misma de sus condiciones de desigualdad (Santillán, 2009). Por otro, estas nociones de los trabajadores sobre las familias y su transmisión generacional, se hallaban íntimamente enlazadas con sus coordenadas culturales o socioeconómicas. Es decir, las disposiciones, saberes y prácticas familiares, no eran concebidos aislados de marcos contextuales mayores, sino que estos eran resaltados, especialmente por la influencia de un determinado componente cultural. De esta manera, a la hora de esbozar respuestas sobre cuestiones alimentarias consideradas problemáticas en el consultorio, cierta alteridad se construía como fuente de diferencias reconociéndose que gran parte de las dificultades se debían a la existencia de diversas modalidades de crianza y alimentación, asociadas a adscripciones culturales. Estas caracterizaciones, comprendidas como origen y causa a través de la cual se reproducía el problema alimentario, remarcaban el lugar de origen al migrar (*"las paraguayas"*, *"las bolivianas"*) reproduciendo costumbres o prácticas consideradas antiguas o anticuadas; o enfatizaban las condiciones de vida de los sectores pobres, a partir de su lugar por fuera de los marcos del trabajo y movilizándolo recursos estatales, (Leavy, 2015). La noción de cultura que se desplegaba se ubicaba en la base de las explicaciones que permitían dar cuenta de aquellas prácticas de cuidado y alimentación infantil que no podían ser transformadas, y que actuaban como limitante en la comunicación o en la consecución de indicaciones y tratamientos.

En este punto consideramos reponer, siguiendo con Colángelo (2014; 2020), que el reconocimiento de la diversidad cultural puede dar lugar a más de una perspectiva en lo que respecta a la crianza y la alimentación en los Centros de Salud. Si una de ellas implicaría la interpretación de saberes y prácticas diferentes a los biomédicos como desventajas en el crecimiento de los niños (que por ello debieran ser superadas mediante la enseñanza de pautas consideradas adecuadas); otra versión posible sería entender estas prácticas no como opuestas sino como otras construcciones culturales posibles, merecedoras de respeto y con un gran potencial transformador (Colángelo 2014). Considerando la necesidad de resignificar los sentidos asociados a lo cultural para incorporarlos como una arista positiva en los distintos momentos en el consultorio, también destacamos la importancia de ubicar estas coordenadas culturales dentro de procesos sociales más amplios con los que articula, porque la cultura no se produce de manera aislada de otras relaciones sociales ni por fuera de las transformaciones históricas. Aquí recae la necesidad de rescatar la complejidad del acto alimentario (Aguirre 2017), el cual está profundamente enraizado en las relaciones sociales que condicionan las opciones y elecciones, condiciones que por su parte han modificado el patrón alimentario moderno, a través del pasaje desde los alimentos frescos, hacia los procesados y ultraprocesados industriales (Contreras, 2005). Situar el componente cultural de

crianza y alimentación dentro de los condicionamientos socioeconómicos que afectan a las familias y comunidades según su clase social y contexto histórico general, se constituye como nodal para advertir acerca de los usos ahistóricos de la cultura que al presentarla de manera descontextualizada, entrañan el riesgo tomar como producto de opciones o elecciones culturales hechos que, en realidad, provienen de la desigualdad social y la vulneración de derechos (Colángelo, 2020: 381).

Sin embargo, la construcción de "lo cultural" en los saberes de los trabajadores no se fundamentaba en un desconocimiento de estas condiciones materiales en las que se desenvolvían las prácticas de las familias. Los trabajadores sabían, en distintos niveles de comprensión, que la alimentación no podía ser considerada por fuera de los contextos de desigualdad en que se situaban las poblaciones que asistían a los centros. La manera en que la cuestión alimentaria era alterizada y culturalizada, puede referir también a las maneras locales de abordar una situación que traspasaba los marcos del consultorio, como lo eran distintas aristas signadas por la desigualdad. De esta forma, la cultura, homologada a la falta de conocimiento adecuado sobre alimentación infantil, se constituía como problema; pero también como tarea posible dentro de los centros de salud, habilitando el camino para introducir información correcta y enseñanzas que parecían ausentes. El argumento colocado en el eje cultural, posibilitaba situar el problema dentro de los límites del consultorio, como un marco posible, cognoscible e intervenible de la realidad social (Herkovits, 2007), siendo entonces las familias y la transmisión intergeneracional de pautas culturales, terreno fértil sobre el cual intervenir. Gran parte de las acciones que nos fueron compartidos sobre los niños, su crianza y alimentación, se abordaban a través de una pedagogía que legitimaba la transmisión de conocimientos válidos, contrarios a los que desplegaban las familias, entendidos como incorrectos. De esta manera, el rol educativo y didáctico respecto a la alimentación infantil implicaba no solo el despliegue de estrategias pedagógicas, sino también el énfasis en la regulación de las prácticas nutricionales, a partir de establecer espacios considerados adecuados, horarios y secuenciación, y consumos alimentarios variados.

Palabras finales

En el trayecto de este trabajo pudimos introducir que la culturalización del problema alimentario en los centros de salud investigados posibilitaba una específica intervención de los trabajadores de los centros de salud, al enseñar, recomendar, y explicitar algo que ellos consideraban ausente en los conocimientos de las personas que asistían a los centros, como lo eran los espacios considerados más pertinentes para alimentarse (el hogar, siendo la madre la encargada principal), los horarios y secuenciación indicada, y los contenidos nutricionales adecuados (resaltando la presencia de frutas y verduras en la alimentación, y cuestionando

el exceso de alimentos procesados y ultraprocesados industriales, o la monotonía del guiso). De esta manera, los trabajadores de la salud concebían una realidad sobre la población que asistía que recortaban como problema, destacando su alteridad como migrantes o resultante de su condición socioeconómica, construyendo marcos interpretativos que habilitaban la posibilidad de intervención: para el caso de la alimentación, esto se desplegaba en su ordenamiento y regulación. Tal como comentamos al principio, estas líneas partieron de algunas dudas que suscitó el trabajo de campo en vistas a la realización de una tesis de licenciatura, por lo cual de ninguna manera se buscó aportar respuestas sólidas y cerradas, sino abrir a preguntas en permanente replanteamiento. Llegados al final de este trabajo, concluimos con la importancia de remarcar los abordajes interdisciplinarios sobre la problemática infantil en general y alimentaria en particular, abordajes que se fundamenten en una reflexividad de las metodologías científicas. Esto, en conjunto con la necesidad de resituar el rol nodal de los trabajadores de los centros, posibilitando repensar lo que consideran como interrogantes, así como lo que construyen como respuestas.

Bibliografía

- Aguirre, P. (2004). Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Claves para Todos. Colección dirigida por José Nun. Editorial Capital.
- Colángelo, M. 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, Buenos Aires, Argentina.
- Colángelo, M.A. (2014) La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez. Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez. Hospital El Dique, Ensenada (Buenos Aires).
- Colángelo, M.A. (2020) Crianza infantil y diversidad cultural. Aportes de la antropología a la práctica pediátrica. Arch Argent Pediatr; 118(4):379-383.
- Contreras, J. (2005). La modernidad alimentaria: entre la sobreabundancia y la inseguridad. Revista internacional de sociología, 40, 109-132
- 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. IDES, UNICEF, UNFPA.
- Fischler, C. (1995). El H'omnivoro. Editorial Anagrama
- García, M. (2012). Análisis de las transformaciones de la estructura agraria hortícola platense en los últimos 20 años. El rol de los horticultores bolivianos. (Tesis de Doctorado). Universidad de La Plata.
- Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Publica Mex; 49 (3), 236-242
- Guber, R. (2001). La etnografía, método, campo y reflexividad. Grupo Editorial, Norma.
- Herkovits, D. (2007). Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires. Cuadernos de Antropología Social; 25, 189-207.
- Jelin, E. (1984). Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada. Buenos Aires: Estudios Cedes. 1-44.
- Leavy P. (2015) Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición. HS - Horizontes Sociológicos, 3 (6), 54-72.
- Olza Fernandez, I., Ruiz-Berdún, L., Villamea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. Dilemata, 25, 217-225.
- Pautassi, L. C (2007). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPAL - Serie Mujer y desarrollo, 87, 1-50.
- Rockwell, E. (2009) La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos. Paidós. 1- 224.
- 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.
- Scheper Hughes, N. (1997). La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Editorial Ariel. 1-596.
- Solans, A. M. y Margulies, S. (2019). Políticas públicas de salud y alimentación Infantil en ciudad de Buenos Aires. El "rito" de la entrega de leche". Andes, Antropología e Historia, 1 (30), 1-24.