

Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición[#]

Lic. Alicia Cattáneo*

Resumen

Este trabajo intenta reflejar la experiencia de un equipo de profesionales en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene como área programática una villa de emergencia y un núcleo habitacional transitorio. Los objetivos fueron: reflexionar, en función de la experiencia de intervención, sobre las modalidades de abordaje y los cambios graduales en la relación pobreza-alimentación-desnutrición en la última década y señalar posibles líneas de indagación.

Palabras clave: alimentación, salud, pobreza, desnutrición, intervención.

Summary

This paper pretends to show the work experience of a professional team in a Primary Health Care and Community Action Center in Buenos Aires, which includes as a geographical area a shanty town and a transitory dwelling nucleus. The objectives were: to reflect, according to the experience of intervention, the difficult approaches and the changes that have taken place in the relation of poverty-feeding-undernourishment in the last decade, as well as to point out possible lines of research.

Key words: feeding, health, poverty, undernourishment, intervention.

ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DE LA ALIMENTACIÓN

A veces, desde la medicina y la nutrición se considera a la alimentación predominantemente en el orden de lo biológico y se la ve sólo como un asunto de nutrientes, minerales, vitaminas y grupos de alimentos.* Los antropólogos, reconociendo la injerencia de los aspectos biológicos, edificaron su especialización en la alimentación en tanto categoría de la cultura, de la sociedad y de la historia, de ahí que la alimentación resulte un fenómeno complejo, copioso y

resultado de múltiples accesos.¹ Muchos son los elementos de la naturaleza que potencialmente podrían ser considerados alimento, sin embargo no todos lo son. Se impone un proceso de selección y clasificación de las sustancias disponibles, se eligen algunas y se descartan otras. No todo lo potencialmente comestible se considera comida y este proceso varía de una cultura a otra, estableciendo reglas y tabúes en función de lo comestible y lo incomible. El hecho de elegir algunos alimentos, de valorarlos y consumirlos de diversas maneras: comida-comida, comida para engañar el estómago, comida saludable, suficiente o insuficiente, en contextos públicos o privados, ceremoniales o cotidianos, nos muestra que comer es mucho más que satisfacer la necesidad biológica de hambre. La comida es el lugar y el momento de encuentro e intercambio entre las personas, participa en la transmisión de saberes, en la construcción de identidades sociales y, como todo consumo, comporta signos de status y se constituye en lugar de diferenciación entre clases y grupos sociales. La comida habla de quiénes somos y de nuestra sociedad.² Sin embargo, desde las ciencias sociales, cuando se vincula alimentación y pobreza, también parecen retroceder ciertas dimensiones: prima la necesidad y no el gusto, la materialidad frente a los significados, el cuerpo frente a la conciencia y los sentimientos; como si el cuerpo, los pensamientos y sentimientos fueran niveles diferentes. En general se recurre a la lógica de la optimización para explicar el comportamiento consumidor de los pobres. La pobreza, la alimentación, la desnutrición deberían analizarse desde su dimensión histórica, haciendo referencia a los contextos sociales y simbólicos en los que se inscriben.

[#] Ponencia presentada en las Jornadas de Nutrición, organizadas por el Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, octubre de 2000.

* Centro de Salud N°5, Ciudad de Buenos Aires.
accattaneo@iname.com

* Esta visión "reduccionista" no es compartida por muchos médicos y nutricionistas, no es el enfoque de los profesionales con los que he tenido el placer de trabajar.

La desnutrición, por ejemplo, que hoy construye identidades, no existió siempre como problema médico. La desnutrición infantil y la diarrea, dos de las grandes causas de mortalidad en niños, no fueron identificadas como enfermedades pediátricas hasta el siglo XX. Esta omisión se explica, para la antropóloga Nancy Sheper Hughes, en primer lugar por la incapacidad de ver el hambre como la relación social que estaba detrás de la consumición infantil, asociándola a algún defecto congénito o inherente a la constitución de los niños. Resulta irónico para la autora, que el descubrimiento de la desnutrición infantil, identificada como enfermedad pediátrica en 1933, tuviera que esperar que los médicos encontraran estos trastornos en los trópicos y adoptaran un término tradicional de Ghana como diagnóstico clínico: “*kwa-shiorkor*”, un estado de debilidad infantil causado por la ingestión insuficiente de proteínas. En el sistema etiológico nativo, Eve era una enfermedad infantil socialmente producida, la enfermedad de los niños “depuestos”, es decir los que después del nacimiento de un hermano tenían que destetarse y pasar a una dieta de maíz baja en proteínas. La desnutrición infantil de proteínas y calorías, crítica en Inglaterra en el siglo XIX, sólo entró en la nosología cuando los médicos británicos que trabajaban en las colonias la descubrieron como una enfermedad tropical. Sheper Hughes señala que el carácter rutinario de la muerte infantil –una característica constante en la historia de la infancia hasta hace poco tiempo– contribuía a que se generaran determinadas defensas individuales o colectivas y reacciones privadas y públicas. Entre las más comunes estaba el no reconocimiento de la mortalidad infantil como problema personal y social importante. La naturalización y normalización de la mortalidad infantil, hasta entrado el siglo XIX, hizo que permaneciera oculta como problema social y sanitario en el que el Estado tenía que intervenir.³ A partir de 1970, el término empieza a difundirse como enfermedad pediátrica (antes se hablaba de enfermedades de asiento incierto) y fue incluida desde 1978 por los organismos internacionales para ser abordada desde la atención primaria de la salud.

EL ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES A FINES DE LOS 80

En nuestra experiencia de trabajo, al abordar problemas de salud vinculados a la alimentación como la desnutrición, hemos intentado incluir las posibilidades económicas de adquirir los alimentos, las pautas culturales que rigen, las identidades familiares y sociales que se recrean a la hora de cocinar, el placer y el gusto por determinadas comidas. Conocer a la población destinataria, sus condiciones de vida, sus percepciones sobre el problema de la salud y las diferentes estrategias desplegadas para afrontar las dificultades, es una de las cuestiones implicadas en la incorporación de la dimensión sociocultural. Otra es volver la mirada sobre la propia institución y el equipo, revisar las propias visiones sobre la población y analizar las modalidades de atención que se ofrecen. Una tercera cuestión es contextualizar en el marco de las políticas vigentes, para reflexionar sobre las posibilidades y límites tanto de las intervenciones del equipo como de las acciones de la población.²

Si se tiene en cuenta la experiencia de trabajo en un centro de salud, se pueden señalar algunas diferencias en cuanto al abordaje de la desnutrición en los últimos 13 años. En 1987, en el sector salud no se contaba con una normativa central para el tratamiento de la desnutrición y los propios médicos señalaban que la percepción de la desnutrición como enfermedad era débil por parte del equipo de salud y de sus colegas. En marzo de 1988 se propuso la constitución local de un equipo ad hoc con el objetivo de disminuir la incidencia de desnutrición en el área programática, que incluía una villa de emergencia y un núcleo habitacional transitorio (NHT), con una población estimada entonces en 9.000 personas. A partir de la consulta espontánea en el servicio de pediatría se observaba una prevalencia no cuantificada de desnutrición primaria que se expresaba como demanda no manifiesta. Se plantearon entonces dos ejes de trabajo: el abordaje familiar que intentaba trabajar sobre los roles y vínculos domésticos, la recuperación nutricional y del retraso psicomotor y el abordaje comunitario, tendiente a trabajar en los

espacios de intercambio comunitario sobre la percepción de la enfermedad y los problemas asociados, actividad que incluía el trabajo con las escuelas y la coordinación intersectorial de los recursos. Desde el sector salud se percibía la desnutrición como multicausal y compleja, en la que interactuaban factores socioeconómicos, culturales y psicológicos, asociando la causa principal a la falta de recursos económicos suficientes para una dieta equilibrada. Este impedimento, unido a “desajustes familiares e individuales”, quebraba el “delicado equilibrio” en las estrategias de supervivencia que caracterizaban a los sectores carenciados. La ruptura de redes, que conducía al aislamiento de ciertas familias, terminaba cerrando el llamado “círculo vicioso de la desnutrición”.⁴

Desde el consultorio de pediatría se diferenciaban dos tipos de familias con hijos desnutridos. En las primeras, la percepción que se tenía era que “se miraba adentro y todo estaba mal”; se observaban alteraciones en la ubicación temporoespacial, desconocimiento de las edades cronológicas de los hijos, de sus fechas de nacimiento, cierto aislamiento en función de la ruptura de lazos de vecindad, amistad o parentesco y dificultad para establecer y compartir códigos para interrelacionarse con el barrio. Se las asociaba con situaciones de violencia familiar, inestabilidad o inexistencia de pareja, pérdida de hijos por muerte, abandono o intervención judicial y numerosas experiencias con instituciones estatales y religiosas basadas en la asistencia. Se observaba una gran dificultad en conseguir o mantener un trabajo, analfabetismo materno, falta de escolaridad de los niños. En estas familias se había realizado diagnóstico de desnutrición crónica en más de un hijo o en todos ellos. No se percibía la desnutrición como enfermedad y desde el consultorio se planteaba la alteración en los niveles de alarma en relación con las patologías asociadas. La relación con el equipo realizada a través de pediatría era definida como asistemática, siendo la mayoría de las consultas por intercurrentes y exigiendo soluciones rápidas tanto para ellas como para la recuperación de la desnutrición, que llevaba al abandono de los controles. La demanda se asociaba a otro tipo de reclamo, pero la intervención de

otros profesionales del equipo era percibida como persecutoria en función de sus experiencias anteriores. Los representantes de la comunidad las definían como familias diferentes, problemáticas y planteaban no encontrar los canales para compartir los recursos de los que se disponía en el barrio.

En el segundo tipo de familias, desde el consultorio de pediatría se observaba que alguna situación conflictiva o crisis (migración, enfermedades intercurrentes, inestabilidad laboral, familias a cargo, madre adolescente sola o con pareja inestable) había desencadenado la aparición de desnutrición. En estos casos, en general se diagnosticaba desnutrición aguda en uno de los hijos que aparecía como síntoma del conflicto. La percepción de la desnutrición como enfermedad generaba vergüenza y culpa en la familia. Los pediatras planteaban que asumían una actitud activa frente a la resolución de los conflictos, concurrían a los controles con cierta regularidad, existían roles diferenciados en el interior de la familia y compartían códigos para interrelacionarse con los vecinos. Frente a situaciones de amenaza, como pérdida de trabajo, hospitalización de un hijo, diagnóstico de desnutrición, se activaban las redes de ayuda mutua. Y desde el consultorio se observaba la recuperación nutricional del niño, sin haber realizado el equipo más intervención que el diagnóstico y el seguimiento. Un diagnóstico y un acompañamiento realizado por personas (profesionales) comprometidas en establecer un diálogo basado en el conocimiento, la confianza y el compromiso con otras personas.

En ese momento, desde el Estado se habían suspendido algunos recursos, como suplementos vitamínicos, hierro y la distribución de leche a partir del Programa Materno Infantil. La dificultad en encontrar la forma de trabajar comunitariamente el tema y la sensación de ser mediadores en el reparto de recursos que a veces no existían, no llegaban o no eran aprovechados por las familias llevó al equipo a “replegarse” en el trabajo individual y familiar desde el consultorio. Quizás no fue una mala elección. A veces hay una necesidad por parte de los equipos de salud de trabajar públicamente los temas y es necesario conocer qué espacios, tiempos y situaciones son los indicados para hacerlo. En ese mo-

mento, en el barrio no se hablaba de desnutrición o no se la percibía como problema; se hablaba de nenes chiquitos o anémicos pero no desnutridos y se relacionaba la desnutrición con casos excepcionales que tenían que ver con “la dejadez de la madre”.

La hiperinflación de los años 1989-90 obligó a cambiar la estrategia de abordaje. A mediados de 1989, al disminuir el consumo de alimentos por parte de la población, aumentó en forma sensible el porcentaje de desnutrición como demanda oculta en la consulta pediátrica. En enero de 1990, el director de la colonia municipal de vacaciones de la zona solicitó un trabajo coordinado con el centro de salud para realizar el control de peso y talla de la población infantil que asistía a la colonia y que pertenecía al barrio. De los 200 niños entre 4 y 13 años, el 34% estaba debajo del percentilo 10 y el 14%, debajo del percentilo 3. Se decidió, entonces, percentilar a todos los menores de 6 años que concurren a la consulta pediátrica. En una muestra de 1.100 niños, el 40% estaba desnutrido (desnutrición aguda), según el peso para la edad. En la encuesta se tomaron algunos de los factores de riesgo específicos de la desnutrición: algún hermano muerto por causa asociada a desnutrición o infección, madre sin cónyuge, madre adolescente, bajo nivel educacional materno, desocupación del jefe de hogar. Sólo se observó una asociación positiva entre la cantidad de hijos y la desnutrición.⁵ En ese período, los “antiguos desnutridos” no empeoraron, pero la sensación fue que “estalló la desnutrición”. La experiencia coincidió en parte con la investigación de Patricia Aguirre en el conurbano bonaerense, donde en la época de la hiperinflación, contrastando la ingesta real, los niños recibieron un aporte superior a sus requerimientos. La autora plantea que se protegió a los más débiles, desnutridos, enfermos y discapacitados, a expensas de las mujeres e hijas adolescentes, futuras madres de niños de bajo peso. Los sectores de menores recursos fueron especialmente impactados por la hiperinflación, porque se dio un saqueo en su circuito de comercialización.⁶⁻⁸ Saqueo que no mostró ningún medio de comunicación, que fue invisible para la sociedad. Cabe preguntarse si era inevitable una crisis tan dramática

o si fue uno de los medios elegidos para actuar como poderoso factor de disciplinamiento. Durante casi una década, la convertibilidad fue una de las principales expectativas en nuestra sociedad.

En esa etapa se trabajó públicamente el tema. Se incorporó la comisión del barrio a las tareas y se informó a la población acerca del problema. Las organizaciones propias de la comunidad solicitaron los datos obtenidos para petitionar a las autoridades la implementación de programas de complementación y se encargaron de la distribución de los alimentos, tomando el mismo criterio para la distribución: la cantidad de hijos. Se gestionó el refuerzo en el almuerzo y la merienda de los niños que iban a la colonia y la entrega de alimentos en la consulta de nutrición. Se hicieron reuniones con los padres de los niños desnutridos donde se trabajó sobre la percepción de la desnutrición como un problema compartido por muchas familias, vinculándola con la situación política y económica que sufría la población, buscando en forma conjunta estrategias para enfrentar el problema. En estas reuniones, frente a la descripción de los síntomas de la desnutrición, aparecieron recuerdos, historias, otras formas de nombrar el problema; la asociaban fundamentalmente con la “pata de cabra”, una enfermedad que traían los chicos al nacer, que los consumía y sobre la cual no se podía hacer demasiado. No se negó este conocimiento, se dialogó con él, se lo incluyó y se planteó que no era inevitable, se podía hacer algo. Recordemos la naturalización de la mortalidad hasta bien entrado el siglo XIX. Ahora, en la Ciudad de Buenos Aires, en este contexto, económico, social y simbólico, la desnutrición no aparecía, no podía aparecer vinculada a la muerte. Tampoco se cuestionó la práctica de visitar a curanderos, pero subrayando la importancia de concurrir paralelamente al centro de salud y planteando la contraindicación de ciertas infusiones en caso de diarrea. No se estableció una competencia entre verdad científica y creencia, se buscó el diálogo entre conocimientos y experiencias distintas. Nancy Sheper Hughes plantea que “la reflexión crítica comienza con la verdad ‘práctica’ e inmediatamente percibida, es decir, con la experiencia vivida, que está sujeta a constantes desconstrucciones,

a cuestionamientos. ¿Qué revela y qué esconde nuestra percepción de la realidad, nuestro sentido común? Desnudar las formas superficiales de la realidad para exponer las verdades escindidas y enterradas. El hambre, la sed, hablan de relaciones humanas, son al mismo tiempo estados de conciencia y estados corporales y arrastran consigo sus propios significados metafóricos y asociaciones simbólicas”.³

¿Qué cambios se realizaron en la institución?

Esta situación movilizó al equipo, que planteó como prioritario el programa de desnutridos. Se evaluó el funcionamiento del recurso institucional y del consultorio de desnutrición en particular, ampliando el equipo de intervención. Se trabajó sobre la integración y coordinación del mismo, la relación con el barrio, la relación profesional (equipo)-paciente (familia): el acceso, las distancias, el lenguaje, las percepciones sobre la enfermedad, las demandas y expectativas. Se trabajó sobre las técnicas de entrevista y de observación. Se establecieron días específicos para el seguimiento de desnutridos. Se fijó como objetivo garantizar el fácil acceso a la atención médica, desde entonces no necesitaban sacar turno para ser atendidos, evitando la demora en la sala de espera y contando con archivos especiales. Durante las interurrencias podían concurrir cualquier día y tenían el mismo médico de referencia.* Se dio prioridad a la creación de vínculos de confianza entre el profesional y la madre o adulto que acompañaba al niño. Se aprendió a ver las demandas y los ritmos de la población con respecto a los controles de salud, cuestionando el modelo tradicional de intervención y la caracterización del “desertor”, advirtiendo que las madres consultaban con un ritmo diferente y en función de alertas adecuados. Se eliminaron los controles de peso y talla planteados con una periodicidad fija al margen de la evolución de la situación de salud de los niños. Se consideraba que la recuperación de los desnutridos era muy baja cuando la causa

principal era el hipoaporte de alimentos y no se contaba con los recursos necesarios. El muy bajo porcentaje de internaciones por infecciones y la ausencia de casos de sarampión en desnutridos bajo programa durante brotes epidémicos fueron y siguen siendo considerados como intervenciones positivas por el equipo.

En ese contexto, en función de la experiencia del trabajo y de los recursos existentes, se replantearon las formas de intervención y los objetivos posibles en la recuperación del desnutrido: de intentar disminuir la prevalencia de desnutrición en la comunidad a establecer una adecuada vigilancia epidemiológica de la desnutrición. Se hablaba de vigilar el delicado equilibrio que el niño desnutrido alcanza para sobrevivir, sin dejar de informar sobre esta situación a la población, a las autoridades ni de demandar el aporte de recursos. Durante muchos años las informaciones brindadas por el equipo sobre el porcentaje de desnutrición, al hacerse públicas, fueron vividas como graves denuncias por parte de las autoridades.

LAS ESTRATEGIAS FAMILIARES DE VIDA EN UNA SOCIEDAD POLARIZADA

En todos estos años fueron cambiando las percepciones sobre la desnutrición, los objetivos del programa, las políticas, cambiaron la sociedad y las personas. En el momento de crisis aumentó la percepción de desnutrición como enfermedad y en esto tuvo un papel importante el equipo de salud. Con el tiempo se fue incorporando como una palabra conocida, incluso como una carta de presentación que permitía el acceso a recursos. No debemos confundir la intención de tener un hijo con bajo peso con la utilización de los recursos que eso implica y que representa el aprendizaje de los recorridos y prioridades institucionales.

La hiperinflación, los saqueos, las ollas populares, marcaron la consolidación de una sociedad dual que se mantiene hasta la actualidad, donde a los pobres estructurales se suman los nuevos pobres.⁹ Alvarez y Aguirre coinciden al plantear que, sobre los mismos patrones de consumo, la gente empezó a comer menos, con menos variedad y menor frecuencia de consumo. El guiso se convirtió en la comida habitual de

* Las interurrencias patológicas son la principal causa de morbilidad en los desnutridos crónicos adaptados, con virulencia mayor que la esperada para la población general.

fácil división. La cena fue sustituida por sopas, mate cocido y pan para engañar el estómago. La dieta de hidratos de carbono sustituyó a las proteínas animales, por ser más barata, producir saciedad y aportar energía a cambio de minerales y vitaminas. La mejor comida que se podía conseguir debía “rendir”, ser rica (tener aceptación), barata y “llenar”. La gente sintió y siente que el nivel de carne es socialmente escaso, no pueden “comer bien” y cuanto más profunda es la pobreza, mayor es el consumo de pan, papas, fideos y nada del resto. Coherentes con el patrón carnívoro, donde comer es “carne con algo”, la pobre cantidad de frutas y verduras no presenta reclamos. Se los marca como marginales, “el hambre del significante carne”. La creciente polarización social se materializa en “ya no comemos lo mismo”, en una demanda por volver a compartir el patrón que significaba pertenecer a una sociedad que permitía una esperanza de progreso.^{7,9} Casi todos los autores coinciden en que las mayores restricciones pasan por la regresividad de los ingresos, el aumento del desempleo, de los precios de alimentos, la reestructuración de mercados de consumo, pero esas variables no explican todo. Si la canasta de consumo se formara exclusivamente por el precio de los productos, el porcentaje de familias con desnutridos sería mayor. La diferencia entre estar bien alimentado o no tiene que ver con aspectos cualitativos. Para explicarlo se apela a las estrategias familiares de vida (EFV), se mira fundamentalmente al interior de la familia. Las familias pobres tienen otras estrategias, como la composición familiar (incluyendo o eliminando miembros), la diversificación de fuentes de ingreso y de abasto y la organización social extrafamiliar. Las EFV tienen que ver con conductas que se eligen dentro de un rango de alternativas determinadas por la inserción de clase y se plantean a largo plazo. Por ejemplo, se necesitaban cuatro hijos para mantener a un padre de 65 años; los hijos se integraban rápidamente al mercado, por eso sólo se encontraba desnutrición asociada a familias extensas en la etapa expansiva del ciclo doméstico. La estrategia para sobrevivir requiere, además, de la complementariedad de los sexos.⁶

No sólo se analiza el acceso sino la uti-

lización de los recursos, las valoraciones y las relaciones de poder en la distribución del alimento. Nora Garrote, en un trabajo de mediados de la década del 80, compara en el interior del mismo grupo social, familias con niños eutróficos y con niños desnutridos. Analiza la serie de alimentos que se consumen, la matriz relacional de los actores (referente, dador y comensales),* la obtención, preparación, el reparto y las representaciones sociales, fundamentalmente la clasificación en pesado-liviano en su relación con la salud. Diferencia cuatro tipos de comidas de acuerdo al tiempo invertido, la cantidad, calidad y distribución: principal (“comida-comida”, requiere la presencia de los que trabajan), subalterna (sobras, “alguna cosita”), informal (a lo largo del día) y sustituta (infusiones y pan). En situaciones apremiantes, la última se extiende a todos pero persiste en los chicos. La diferencia entre los dos grupos aparece en la presencia de carne en el primer grupo, la desaparición de una comida, reemplazada por la sustituta o nada en el segundo y una comida informal más rica en nutrientes en el primer grupo frente a golosinas y pan en el segundo. Los niños en los dos casos se integran rápidamente a la alimentación de los adultos. La época de la introducción del alimento sólido es el período de mayor riesgo de desnutrición, cuando el niño compete en una situación desventajosa y debe arreglarse solo. La autora plantea una asociación positiva entre salud y alimentación paterna, prescriptiva en la lactancia y proscriptiva en la prueba e incorporación a la comida adulta: sacar para evitar el empacho, dar “poco”.¹⁰ Desde el consultorio de nutrición, también se diferencian estas comidas, se observa que el consumo de carne en muchas familias se reduce a los primeros días del mes y coinciden en cuanto a la percepción del período de más riesgo, reconociendo que, desde el sector salud, también se reducen los controles a partir del año de vida. Sin embargo, se plantea como importante la existencia de niños eutróficos y desnutridos en una misma familia y se cuestiona el papel del padre como referente y principal

* El referente es en quien recae la elección de patrones, horarios y distribución diferencial, el dador el que distribuye y los comensales los que comparten.

consumidor por ser la fuerza de trabajo, cuando gran parte de la población activa se percibe como desocupada. En algunas familias se manda a los chicos al comedor y los adultos no preparan comida para ellos: "viven a pan y mate con azúcar o manotean lo que pueden".

La familia aparece tradicionalmente como la instancia mediadora entre el alimento y el estado nutricional de los niños, se supone que mirando al interior de ella, se va a entender lo que pasa. Sin embargo, otras instancias, como comedores comunitarios y escolares, intervienen activamente. El hecho de reconocerlas debería llevarnos a mirar dentro de ellas y a reflexionar sobre las implicancias que tiene en la experiencia de vida la comida cotidiana en ciertos contextos públicos. Quizás deberíamos reconsiderar el ámbito de la alimentación como uno de los núcleos centrales en torno al cual se organizaba la vida de hogar. Hogar definido por algunos autores como "aquellos que comparten el fuego".

LA CONVERTIBILIDAD DE LOS COMEDORES

En 1989/90, momento de ollas populares, había sólo dos comedores-guarderías en el barrio, uno religioso y otro estatal que funcionaba desde 1987. La suspensión del PAN, el cambio de gobierno y el reemplazo por el PAMBA, un programa que incluyó la institucionalización de las organizaciones barriales como mediadoras en el reparto de recursos escasos y el consiguiente enfrentamiento entre los propios vecinos, fue seguido gradualmente por la apertura de comedores y guarderías comunitarios dependientes del Programa de Apoyo a Grupos Comunitarios de la Dirección General de Asistencia Comunitaria de la Secretaría de Promoción Social. En 1990 había dos guarderías comunitarias; en 1992, había cinco guarderías y seis comedores. En la actualidad son veinticuatro, con un porcentaje estimado de 1.200 a 1.500 raciones diarias: esto no significa que sean las raciones reales que consumen los niños del barrio.

Desde el centro de salud también se intentó trabajar con los comedores. Por pedido de las autoridades de Promoción Social, en los años 92 y 93 se realizaron reuniones entre los funcionarios, los encargados de comedores y el centro de salud para instrumentar un

trabajo conjunto. Se hizo necesario diferenciar el rol del centro de salud del de los responsables del programa y se hicieron evidentes las distancias entre el enunciado por parte de los funcionarios acerca de mejorar su funcionamiento y la necesidad de legitimar su intervención. Por pedido de las encargadas se adaptó el menú a las preferencias de los niños y a las disponibilidades materiales y humanas de los establecimientos. Se elaboró una ficha de salud individual y un diagnóstico del estado nutricional de los niños de 0-6 años, realizando controles periódicos de salud. En enero de 1993 se evaluó el estado nutricional de la población menor de 6 años del área programática que no recibía asistencia alimentaria, con el objetivo de conocer su prevalencia de desnutrición y compararla con la encontrada en guarderías y comedores barriales. El tipo de estudio fue de epidemiología descriptiva de tipo transversal. El tamaño de la muestra incluyó a 210 niños (169 de la villa y 41 del NHT). El método de selección fue aleatorio simple. La prevalencia estandarizada de desnutrición para la villa fue: peso/edad (P/E) 23%, talla/edad (T/E): 31,2%, peso/talla (P/T): 3,4%. Los niños de la villa presentaban un crecimiento deficiente tanto para P/T como para T/E, estando la curva de población desplazada hacia la izquierda con respecto a la población de referencia. La talla estaba más deteriorada que el peso, siendo predominante la desnutrición crónica. Al relacionar el peso con la talla se observó que la mayoría de los niños estaban adaptados a su cuadro de desnutrición, siendo la forma crónica adaptada la más frecuente. En el NHT, la curva de peso era normal y la de la talla, levemente desplazada; la desnutrición ahí no era un problema relevante. La prevalencia global de la desnutrición, tomando como referente la relación P/E, fue de 19,5%. En comedores y guarderías en el mismo grupo etario fue de 19,5%. No había diferencias entre ambos grupos.¹¹ Durante la convertibilidad disminuyó el porcentaje de desnutridos en comparación con el período hiperinflacionario, pero esta tendencia comenzó a revertirse a partir de 1996.*

Para evaluar si la asistencia alimentaria en comedores y guarderías tenía un efecto

* Según datos del consultorio de nutrición y muestras realizados en el barrio.

protector debía realizarse un estudio longitudinal del estado nutricional de los niños que asistían. Este trabajo se vio dificultado por la gran rotación de la población que concurría a los comedores, que se acentuaba en el caso de las familias de más riesgo nutricional y por la necesidad de los encargados del comedor de llegar al número de inscriptos que figuraban en los listados, estuvieran concurriendo o no. El tipo de vínculo que se mantenía con la encargada garantizaba el acceso y la permanencia. El acceso de niños con desnutrición se podía lograr por la derivación del centro de salud, pero no siempre su permanencia. Los encargados de los establecimientos, seleccionados en su mayoría a partir de contactos políticos, ocupaban un espacio de poder en la comunidad. Fue necesario conocer el funcionamiento de las instituciones, el área de influencia, la relación con grupos y sectores dentro y fuera del barrio, las exigencias y recriminaciones que se generaban entre encargadas y madres, entre vecinos.

¿Cómo vivían los adultos el hecho que sus hijos fueran a comer en espacios públicos? ¿Cómo lo vivían los niños? ¿Cómo se daba la interacción en esos espacios? ¿Cómo se valoraban las comidas y la manera en que eran preparadas y servidas? ¿Qué distinciones jugaban en el momento del reparto y el consumo del alimento? ¿Qué identidades se estaban construyendo? Todos estos interrogantes fueron cuestiones que, con limitaciones y contradicciones, hubo que contemplar para asegurar la continuidad de los niños con carencias alimenticias.²

Los comedores comenzaron a ser vistos como negocios de algunos, como un emprendimiento familiar por otros, como un recurso político por la mayoría. Los vecinos diferencian los comedores que funcionan bien, donde la comida es “rica y abundante” de los otros, que no funcionan, “el ambiente es malo”, “los niños no son bien tratados” o “la comida es aguada y monótona”, “la carne y el pollo nunca aparecen”. La desconfianza acompañó durante mucho tiempo la implementación de esta política. En 1998 se intentó una reestructuración del programa, que hoy sigue siendo evaluado con limitaciones. Sin embargo, esta práctica generó cambios importantes

en el barrio y en el interior de muchas familias. Hay una generación que incorporó como natural la alimentación en estos espacios ¿Quién es hoy el referente, el dador y el comensal?*. En algunas casas el espacio y el tiempo dedicado a la comida no es tan visible, así como el rol del adulto y su responsabilidad en la elaboración y el reparto del alimento. De ser algo privado pasó a ser público, disminuyendo la importancia del alimento como espacio y momento de intercambio dentro del ámbito familiar. El dador ahora es la encargada del comedor, no la madre. Muchos niños del programa de desnutridos utilizan el comedor escolar o el comunitario y algunas mamás no saben si comen o no, delegando esta responsabilidad en otros adultos. Algunas familias, también con niños desnutridos, se han negado a enviar a sus hijos a los comedores comunitarios, quizás por la exposición que significa comer con otros, por la experiencia de vivirlo como un acto privado, debido probablemente a todo lo que puede revelar sobre la persona. Muchas madres prefieren hacer largas colas para retirar alimentos antes de enviar a sus hijos a un comedor. Surgen recriminaciones entre los vecinos con respecto al funcionamiento de los comedores, no es bien visto aquél que no necesita y retira comida o concurre a los comedores.

El ingreso de estas unidades sociales tiene importancia para pensar la relación de alimentación-nutrición-salud, porque la definición de lo que es o no una comida sana no sólo se realiza en el ámbito familiar. Tampoco la definición de lo que es un desnutrido se realiza sólo en el ámbito de las instituciones de salud ¿Cómo intervienen en estas relaciones las interpretaciones de los agentes de salud y de la familia? ¿Se corresponden las tipologías construidas en la relación alimentación-salud-enfermedad? ¿Cómo es percibida la desnutrición y qué comportamientos genera tanto a nivel de las instituciones como de la población? ¿Cómo se percibe y vive a partir de la experiencia diaria? Creemos que es impor-

* Según muestra al azar del consultorio de nutrición, sobre 107 niños, el 70% cubría alguna asistencia alimentaria a partir de comedores comunitarios escolares o retiro de alimentos. Setiembre-diciembre 1997.

tante plantearnos estas preguntas como futuras líneas de indagación.

UN PROBLEMA DIFÍCIL DE ABORDAR

Desde el equipo de salud se plantea que la desnutrición es una realidad problemática, difícil de abordar y de evaluar, pero no se vive con el mismo dramatismo que en otras épocas.* Se generaliza al reconocer la pobreza como causa, pero para dar cuenta de la complejidad y la diversidad se menciona la particularidad de la familia, de la madre o de la situación por la que atraviesa.

A partir de 1994, el programa perdió el protagonismo que tenía en el servicio de pediatría. La evaluación nutricional en los comedores dejó de hacerse al no plantearse como confiable y al disminuir el recurso humano. La residencia de nutrición decidió, en 1998, retirarse en forma permanente del centro de salud frente al temor a enfrentar situaciones de violencia. El programa está a cargo de las dos nutricionistas de planta y de un referente de pediatría. En el consultorio de nutrición hay actualmente 350 niños bajo programa. En la institución se distribuye leche como parte del Programa Materno Infantil y se deriva a niños de bajo peso a los comedores comunitarios cuando la madre lo solicita. Desde el consultorio se observa que, en muchos casos, la recuperación del niño es más rápida cuando no concurre a comedores comunitarios y la familia cuenta con los recursos suficientes. Para los profesionales que han tenido la experiencia de trabajar con diferentes familias de niños desnutridos es difícil generalizar tomando ciertas variables, como analfabetismo materno o madre sola, tampoco acuerdan en reducirlo a un problema de vínculo. Ya no se habla de aislamiento. Se mantiene que la causa es la pobreza, definida como falta de trabajo y "ahí empieza todo". La causa es la pobreza que genera un círculo vicioso del que es difícil salir, donde en ciertas familias y situaciones se da todo "mezclado": ausen-

cia de trabajo, muchos hijos, situaciones de violencia, a veces abuso de drogas. Se habla de familias y madres de "riesgo", pero no todas van a tener hijos desnutridos. Tampoco se considera que tener un hijo desnutrido esté asociado a lo que se define, desde la experiencia de intervención y desde la percepción de los propios vecinos, como una familia de "riesgo". No se desnutre cualquiera y no necesariamente por un problema de vínculo, a veces algún niño se enferma, se desnutre y cuesta mucho recuperarlo. Se considera que el desnutrido agudo va a consumir menos alimentos, se hace inapetente, selectivo, por eso aparece la golosina como sustituto. Una de las etapas sería ofrecerle muy poca cantidad de comida muchas veces, pero ese recurso no está en los comedores y se preguntan si la mamá está en condiciones de darle comida cada dos horas. Pobreza-infección-desnutrición aparecen íntimamente relacionadas. Se juntan la posibilidad de exposición a la enfermedad, la posibilidad de alimento, la lactancia en condiciones de pobreza, la situación por la que atraviesan los padres, ya que uno es padre diferente para cada hijo de acuerdo a la situación que esté viviendo y a las experiencias anteriores. También se considera que con los recursos existentes en el barrio no debería haber tantos desnutridos agudos o crónicos agudizados. Se siguen señalando diferencias entre las familias que tienen todos los hijos desnutridos o algún hijo desnutrido. En las primeras se incorpora, se naturaliza la desnutrición, todos fueron chiquitos, ninguno murió, es parte de la percepción corporal de una generación a otra. ¿En qué medida influye en el comportamiento la falta de asociación con riesgo de muerte o con daños graves (no es lo mismo hablar de enfermo que de adaptado, acortado o chiquito)? ¿Qué implicancias tiene en la percepción, los comportamientos y la experiencia de vida si no se asocia a riesgo mayor y sirve como carta de presentación frente a las instituciones? En muchas familias se vincula la desnutrición de sus hijos con el hecho de haber tenido alguna enfermedad, se habla de chicos caprichosos, que no quieren comer, diferenciándolos y diferenciándose de aquellos niños desnutridos por la falta de alimento o de cuidado de la madre. ¿Es evitable o no en un contexto de po-

* Se refieren a desnutridos leves o moderados y a la no internación de desnutridos graves por interconsultas. No hubo casos de sarampión en desnutridos bajo programa, tienen una buena cobertura de inmunizaciones, se realizó el seguimiento y se trató de asegurar el acceso a ciertos recursos.

breza, de restricción, la desnutrición? ¿Por qué algunas familias pobres tienen hijos desnutridos y otras no? ¿Cómo afecta los sentimientos, las emociones y el vínculo con el alimento haber sentido hambre? Para intentar responder a estas preguntas pienso en la importancia de analizar la heterogeneidad y complejidad de la pobreza como experiencia de vida desde una dimensión subjetiva e histórica. La complejidad no sólo es teórica sino que tiene implicancias personales. Trabajar en desnutrición genera angustia, conflictos, impotencia frente a causas que no se pueden modificar. Nos enfrenta a cuestionamientos morales, a dilemas éticos a la hora de intervenir.

CONSIDERACIONES FINALES: ¿QUÉ HABRÍA QUE VOLVER A PENSAR?*

Deberíamos volver a pensar cómo se construye y cómo se vive la pobreza. La pobreza implica una clasificación que remite a la sociedad de mercado, a un orden social, económico y político que la instituye como una condición de la existencia social y material especificada en torno a la noción de “restricción”. Para ser pobre hay que tener menos de algo que se debería tener; lo que homogeniza es primero haber definido la no pobreza, tiene como marco de referencia aquello que se ha definido como no pobre, es el resultado de eso. La pobreza se construye desde la escasez de algo que se debería tener, desde la restricción de bienes que, de acuerdo a estándares de suficiencia y bienestar, se consideran esenciales para la satisfacción de los requerimientos básicos de la reproducción biológica y social de la vida (NBI). En este sentido “lo vital” se manifiesta como un desafío cotidiano. En este contexto social, el alimento se mueve en el terreno de la restricción, de la dificultad de acceso que compromete diariamente ese límite de la existencia física y material. Sin embargo la pobreza no es homogénea, ni puede reducirse a ingresos o variables sociodemográficas, debería también analizarse en toda la profundidad de la experiencia de vida, de

la misma manera que la familia y la alimentación. La comida no sólo habla de cuerpos o en todo caso de varios cuerpos, el personal, el vivenciado y también el cuerpo social y político. Los cambios en la alimentación remiten a cambios en la familia y en la sociedad.

¿Hasta qué punto, en el contexto analizado, existe la misma no distancia entre alimentación y vida que se plantea desde el punto de vista teórico al analizar las percepciones y comportamientos de los pobres? ¿Hasta qué punto una mala alimentación aparece vinculada a riesgo de muerte? Quizás el riesgo de vida y de muerte y la preocupación inmediata se han desplazado en algunas familias del acceso a alimentos hacia otras problemáticas. La experiencia vivida, la multiplicación de otras instancias mediadoras a las que se ha transferido parte de la responsabilidad en el reparto de alimentos, ha modificado en cierto sentido esa percepción del acceso alimentario como un desafío cotidiano de vivir y de límite entre la vida y la muerte. Pensamos que en algunas familias ha habido un desplazamiento hacia otras situaciones que se experimentan como de riesgo en la vida cotidiana ¿Cuáles son? ¿Cómo inciden en la relación alimentación-salud?

¿Qué sucede con las estrategias a largo plazo cuando la sociedad cambia? ¿Qué pasa, por ejemplo, con los adolescentes de muchas familias, que antes producían tanto como consumían y hoy se encuentran fuera del sistema educativo y laboral, no logran un valor social y están siendo eliminados de una forma u otra? ¿En qué porcentaje aumentó la institucionalización y la muerte juvenil? Si uno pregunta a la gente del barrio, la inmediatez, la inseguridad se asocian a esto y a la ausencia de trabajo y de un proyecto, siendo percibido el de los adolescentes como el grupo más vulnerable. ¿Cómo incide en las posibilidades de criar, alimentar, amar y esperar, vivir en una sociedad que excluye, estar instalados en una cultura de la violencia y la desesperanza?

Nancy Sheper Hughes, en uno de los trabajos más conmovedores que he leído, nos hace reflexionar sobre la distinción entre causalidad y responsabilidad al analizar las percepciones y comportamientos

* Estas reflexiones surgen a partir de las líneas de indagación que intentamos desarrollar con la Lic. Victoria Arriba en un trabajo sobre “La naturalización de la pobreza”.

de mujeres víctimas de una grave negligencia social. Muestra cómo, en Brasil, en una situación de escasez extrema, la negligencia materna coexiste con un profundo apego hacia los hijos, que nos lleva a cuestionar nuestros propios parámetros culturales sobre la naturaleza del amor materno y sobre la categoría de persona. La autora nos obliga a repensar el término "estrategia". La gente en situaciones extremas, si bien imagina, inventa, sueña y actúa, no hace estrategias. "La metáfora estratégica sugiere que la gente se organiza conscientemente y se prepara para la acción... desde una posición que también sea un lugar de poder, que ve con toda claridad el estado de la situación y que tiene un cierto conocimiento del enemigo, que encara el futuro con optimismo (...) Pero no es esta la realidad (...) su vida se restringe a un estrecho margen (...) el poder que los sofoca es tal que ha oscurecido su campo de visión (...) nadie es inocente (...) las relaciones de dependencia se negocian individualmente (...), son la táctica para la supervivencia (...) No son actos autónomos, toman cuerpo ante la falta de un poder real. El espacio de la táctica es el espacio del otro (...) opera en acciones aisladas, se aprovecha de las oportunidades (...) /pero/lo que se gana no se puede conservar (...)". Algo de esto está pasando en nuestra sociedad aunque la situación extrema no se relacione necesariamente con "hambrunas".

La intervención en situaciones dramáticas, de difícil solución, genera angustia, conflictos, impotencia. Nos enfrenta a cuestionamientos morales, a dilemas éticos. Intervenir significa actuar para modificar algo, enfrentarnos a nuestros propios límites entre lo deseable y lo posible, lo tolerable y lo inaceptable. A veces pasamos de explicar por la causalidad estructural a buscar la responsabilidad individual. Algunas de las respuestas son el alejamiento, la negación, el acostumbramiento, la desconfianza frente al otro. Si este es el efecto que tiene mirar desde nuestro lugar social, ¿cómo repercute en las familias: en las

mujeres, los hombres, los adolescentes y los niños que viven estas situaciones? ¿qué impacto tiene en su experiencia de vida, en su subjetividad, en sus emociones? Deberíamos intentar comprender, con todas nuestras limitaciones, la complejidad de la experiencia de vida de las personas con las que interactuamos. Comprender sin juzgar, pero sin aceptar como inmodificable la realidad y sin abandonar nuestra responsabilidad social y profesional. Creemos que este es el camino, el difícil camino que, con limitaciones, ambigüedades, avances y retrocesos, deberíamos seguir recorriendo. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas V, Cattáneo A. La naturalización de la pobreza. 2000. [No editado].
2. Piaggio L, Mir Candal L, Cattáneo A. Antropólogos en acción: su inclusión en instituciones de salud. Publicado en Internet por la Sociedad Argentina de Antropología Médica y Medicina Antropológica. www.sama.org. 1999.
3. Sheper Hughes N. La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel, 1997.
4. Fernández D, Puertolas M, Cattáneo A, Ventura A. Enfoque del problema de la desnutrición en Villa 15. Primeras Jornadas Científicas de Centros de Salud y Acción Comunitaria. Hospital Santojanni, 1989. [No editado].
5. Ripoli M. Atención Primaria Selectiva. Una experiencia pediátrica urbana. Buenos Aires: Eudeba, 1999.
6. Aguirre P. ¿La carne es débil? Patrón alimentario y situación alimentaria en el AMBA, 1975-1992. En: INAPL. Cultura, Salud y Enfermedad. Buenos Aires: INAPL, 1995:109-152.
7. Aguirre P. Patrón alimentario, estrategias de consumo e identidad en la Argentina, 1995. En: Procesos socioculturales y alimentación. Serie Antropológica. Buenos Aires: Ed. del Sol, 1997:161-187.
8. Aguirre P. Incidencia de las estrategias domésticas de consumo en el acceso a los alimentos. En: INAPL. Antropología y Práctica Médica. Buenos Aires: INAPL, 1997:99-134.
9. Alvarez M, Pinotti L. A la mesa. Ritos y retos de la alimentación argentina. Buenos Aires: Grijalbo, 2000.
10. Garrote N. Una propuesta para el estudio de la alimentación: las estrategias alimentarias. En: INAPL. Antropología y práctica médica. Buenos Aires: INAPL, 1997:77-98.
11. Puertolas M. El acortamiento, síndrome de una comunidad desnutrida. Curso de Epidemiología del Hospital de San Isidro, 1995. [No editado].