

Imprimir en el cuerpo las prácticas alimentarias

Aportes para pensar la vinculación entre infancias, cuerpos y alimentos a partir de narrativas pediátricas



por **Nuria Caimmi**

Universidad de Buenos Aires
Orcid 0000-0003-0753-1392
nuriacaimmi@gmail.com

RESUMEN

El presente escrito busca dimensionar saberes sobre la alimentación infantil que se dirimen en Centros de Atención Primaria de la Salud, en vinculación con sentidos sobre la corporalidad, la crianza y las prácticas alimentarias de los niños que allí asisten. En diálogo con lecturas provenientes de la antropología alimentaria y de estudios sobre la niñez y la infancia; se realizaron entrevistas en profundidad y registros de campo en tres Centros de Salud localizados en las afueras del casco urbano de la Ciudad de La Plata; con un enfoque principalmente en los discursos de pediatras, aunque, desde una lógica discursiva relacional, y con la incorporación de concepciones del equipo de salud. Primeramente, se retoman algunos dispositivos biomédicos regulatorios de la corporalidad infantil, con sus formas de medirla y clasificarla, y con ello disponer de nociones sobre la infancia. En un segundo momento y con la recuperación de estas ideaciones, se analizan los vínculos con las personas a cargo de su crianza y sus modalidades de hacerlo. Finalmente, se presentan los sentidos específicos de los pediatras sobre los alimentos y las prácticas alimentarias infantiles de las personas que asisten al Centro. Con ello, se busca ahondar en la trama particular en la cual anidan estos discursos, con la intención de reponer la especificidad de la pediatría en el primer nivel de atención.

Palabras clave: *Infancia, alimentación, cuerpos, pediatría, Centros de Atención Primaria de la Salud.*

Imprinting the body with food practices: contributions to thinking about the relations between children, bodies and food in pediatric narratives



ABSTRACT

This paper seeks to assess knowledge about child nutrition in Primary Health Care Centers, in connection with senses about the body and feeding practices of children who attend these centers. This work conducted a research on the literature on anthropology of food and childhood, together with in-depth interviews in three Health Care Centers located in the outskirts of the urban area of the city of La Plata. These focused on the discourse of the pediatricians, from a relational discursive logic, incorporating conceptions of the health personnel. Firstly, some biomedical regulatory devices of children's bodies are discussed, with their ways of measuring, classifying and moralizing non-adult bodies, and thus providing notions about childhood. In a second moment, I analyze the links with the people in charge of their upbringing and their child rearing practices. Finally, the specific senses of the pediatricians about food and the infantile dietary practices of the people who attend the center are presented. I seek to analyze the way in which these discourses are trying to recover the specificity of pediatrics in the first level of attention.

Keywords: *Childhood, Nutrition, Bodies, Pediatrics, Primary Health Care Centers.*

RECIBIDO: 5 de abril de 2020

ACEPTADO: 20 de julio de 2020

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO: Caimmi, Nuria (2021) "Imprimir en el cuerpo las prácticas alimentarias: aportes para pensar la vinculación entre infancias, cuerpos y alimentos a partir de narrativas pediátricas", *Etnografías Contemporáneas*, 7(12), pp. 54-77.

El diálogo entre la infancia y la alimentación

El presente escrito busca dimensionar saberes sobre la alimentación infantil que se dirimen en Centros de Atención Primaria de la Salud, en vinculación con sentidos sobre la corporalidad, la crianza y las prácticas alimentarias de los niños que allí asisten. El cruce entre estas dos variables, la infancia y su alimentación, parte del interés de aportar a una discusión teórica que posee una trayectoria relativamente reciente, discusión que sin embargo resulta muy valiosa en términos coyunturales.

Problematizar la niñez y los elementos que recrean su especificidad como su alimentación, implica desandar aspectos que en la cotidianeidad se presentan como dato inmediato, habiendo sido la infancia históricamente reducida al reino de lo natural, sustraída de muchos procesos políticos y de su variabilidad sociocultural. Philippe Ariès (1960), elabora el momento entre los siglos XVI y XVII, cuando ciertos sentimientos vinculados a la infancia comenzaron a surgir por separado del mundo adulto, patentándose en las representaciones pictóricas con retratos de niños¹ en solitario en diferentes circunstancias de la vida cotidiana. La delimitación

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

de una esfera particular del ciclo vital configuró una serie de significados que se fueron sedimentando sobre esta, circunscribiendo un tipo de experiencia específica de la niñez. La infancia fue progresivamente capturada por agentes ubicados como portavoces, como los pediatras, habilidades a hablar sobre esta determinada etapa y construirla por una posición de autoridad científica (Rabello de Castro, 2001).

Por su parte, al igual que la niñez, la alimentación también ha sido reubicada en el plano de un saber experto y técnico, hablada y reconducida por el conocimiento científico por medio del discurso de la salud o la enfermedad. Como práctica sociocultural imbuída en relaciones humanas, los conocimientos y prácticas alimentarias expresan los vínculos sociales, a la vez que son parte de identificaciones y diferenciaciones identitarias (Fischler, 1995; Gracia Arnaiz, 2007). La particularidad que adquiere la alimentación, al tornarse objeto de un tipo de conocimiento como el médico, es la forma variante en que se ve despojada de su carácter social y situado, al naturalizar y entender la alimentación de manera universalista (Zafra Aparici, 2017).

De esta forma, ambas categorías han sido recreadas por distintas formas de conocimiento considerado experto, como lo es el biomédico, el cual ha teñido en gran medida la manera en que entiendo la infancia y su alimentación. De allí recae mi interés por recuperar la mirada de pediatras de los Centros de Atención Primaria de la Salud² sobre la alimentación infantil de quienes concurren a las instituciones. La hipótesis que guía este trabajo es que el análisis de sus saberes proporcionará un marco para adentrarnos en los sentidos que construyen sobre los cuerpos, las infancias y las distintas prácticas de crianza y alimentación; sentidos que habilitan y demarcan las esferas posibles de intervención en el consultorio.

El estudio parte de dos grandes campos bibliográficos, que abonan a repensar los núcleos temáticos de la niñez y la alimentación: lecturas que se conforman con literatura sobre la infancia (Ariès, 1960; Jenks, 1996; Fonseca, 1999; Colángelo, 2012; Leavy, 2015; Szulc, 2015) y sobre la antropología de la alimentación (Gracia Arnaiz, 2007; Aguirre, 2004, 2009; Solans, 2016; Zafra Aparici, 2017).

Luego de una breve caracterización del enfoque teórico metodológico y los referentes empíricos de esta investigación, se trabajará en tres apartados. Primeramente, se retomarán algunos dispositivos biomédicos regulatorios de la corporalidad infantil, con las formas de medirla y clasificarla, y con ellos disponer de nociones sobre la infancia. En un segundo momento y recuperando estas ideaciones, se analizarán los vínculos con las personas a cargo de su crianza y sus modalidades de hacerlo. Finalmente, se presentarán los sentidos específicos de los pediatras sobre los alimentos y las prácticas alimentarias infantiles de las personas que asisten al Centro.

Enfoque teórico- metodológico

La reconstrucción de los saberes de pediatras sobre la alimentación infantil, que en los casos investigados fueron todas mujeres, se realizará a partir del enfoque

2 En lo sucesivo se referenciará de esta forma, como "centros de salud", o con la abreviatura "CAPS".

etnográfico, el cual tiene la singularidad de articular las prácticas con los significados que estas adquieren para quienes las realizan (Restrepo, 2016); a partir de la incorporación de diversas maneras de mirar, comprender y transformar la vida local (Rockwell, 2009). Entendiendo que toda situación social no debería ser aislada de la referencia a la totalidad de la que es parte (Peirano, 2004), las 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 pediatras y otros 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 localidad, ubicada en las afueras del casco urbano de la ciudad de La Plata. Esta localidad, se caracteriza por presentar ciertas heterogeneidades en sus particularidades territoriales, geográficas, ambientales e infraestructurales. El CAPS N°1,³ está emplazado entre una región signada por calles asfaltadas, edificaciones altas, comercios auspiciados por grandes marcas, 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 cercana de algunas instituciones comunitarias (merenderos, comedores, ONG, y unidades básicas, entre otras). El Centro de Atención Primaria N°2, está ubicado cerca de una de las avenidas principales que conectan con el casco urbano, próximo a uno de los asentamientos con viviendas con techos de chapa, calles no asfaltadas, barro cotidiano e inundaciones periódicas. Este barrio se originó por una iniciativa del Fondo Provincial de la Vivienda a principios de la década de 1980 para la construcción de *monoblocks*. De acuerdo con las trabajadoras administrativas del CAPS, cada departamento era habitado por más de cinco personas, con la característica de ser “superpoblados” (Registro de Campo, 21-9-2018). También, de acuerdo a esas trabajadoras, el delito era algo recurrente en el barrio, hecho que a su vez es mencionado en referencia al CAPS N°1, y que ha recibido abundante cobertura periodística en los diarios locales. El último de los Centros a los que se asistió fue el CAPS N°3, el cual poseía la particularidad de que su área de referencia comprendía no solo actividades económicas de servicio, industriales y comerciales, sino también primarias (horticultura y floricultura). Asu vez, se pudo mapear la presencia de muchos comedores indicados por carteles de referencia.

En las tres instituciones me fue comunicada la ausencia de profesionales que eran 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); así como la variedad de condiciones laborales de quienes allí trabajaban. Algunos empleades eran municipales de planta o contratades; otros integrantes de cooperativas de trabajo que prestaban

3 Todos los nombres y nominaciones institucionales han sido modificados para preservar la privacidad de los referentes.

4 Las frases encomilladas pertenecen a las notas de campo o categorías enunciadas por las personas con las que se dialogó.

servicios al municipio; y muchos de ellos, con jornadas vespertinas en consultorios privados. Si bien será aludida la especificidad de la situación contextual para cada caso que lo amerite, reponerlo en esta instancia posibilita otorgar un encuadre a los espacios de investigación.

Las técnicas de investigación utilizadas fueron la observación participante, efectuando registros en las salas de espera, en la recepción, los 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. Las fuentes secundarias utilizadas incluyeron noticias periodísticas, material de folletería otorgado por los Centros, e información relevada en sitios web.

Escribiendo el cuerpo infantil

Numerosos estudios han establecido cómo la constitución y posterior institucionalización de las especialidades médicas, específicamente de la pediatría, implicaron la construcción paralela de su campo de estudio y método de abordaje, al crear la figura de los niños, así como las formas en que estos debían ser cuidados y criados, y al poner en juego diferentes concepciones de cuerpo infantil y su relación con los adultos (Colángelo, 2012; Di Liscia, 2005; Billorou, 2007). De allí que, en este apartado, se procura recuperar los sentidos de las pediatras con las que investigué sobre la corporalidad infantil, al entender que así se podrá habilitar el camino para pensar su ideación sobre las infancias, y con ello la discusión en las secciones siguientes sobre la crianza y la alimentación.

Durante la estadía en las instituciones, las voces se diversificaron entre quienes afirmaban que en los centros de salud se registraban casos de desnutrición infantil, y quienes mencionaban que aquello ya no acontecía. Al llegar al Centro N°2, el encargado de limpieza comentó que aquel era el lugar indicado para realizar una investigación sobre alimentación, porque luego de trabajar tantos años allí sabía que “al Centro asistían muchos chicos con desnutrición” (Registro de campo, 21-9-2018, CAPS N°2). En diálogo con otros trabajadores del Centro obtuve respuestas dispares, variando entre aquellos que acordaban con el encargado, y aquellos que discutían esto alegando que el problema era la mala alimentación en general, tal como refirió la enfermera: “Vos los ves y no son chicos todos flaquitos, hay algunos... Pero más que nada yo veo chicos excedidos de peso, el problema acá es que comen mal, no poco” (Registro de Campo, 16-10-2018, CAPS N°2). La pediatra del Centro, Mariana,⁵ al respecto refirió:

Si vos no hacés antropometría es difícil decir. Yo veo que muchos hacen controles de peso y talla y nada más, pero viste que a ojo uno no sabe. Te puede parecer y capaz que no es. Estás subdiagnosticando o sobrediagnosticando, no corresponde. Es tomarse el tiempo de percentilarlo y bueno, ver (Entrevista Mariana, 7-11-18, CAPS N°2).

5 Tal como se presentará en líneas posteriores, al CAPS N°2 concurrían dos pediatras.

En este recorte, Mariana introdujo una técnica que entendía como herramienta central para definir un diagnóstico, que no se reducía a la toma de medidas de peso y talla, lo cual ella cuestionaba, sino que implicaba la necesidad de la antropometría. Este es un instrumento analítico de mayor medición corporal que incorpora otras variables que se presentan como índices, registradas con un puntaje (llamado puntaje Z) que describe en qué grado y en qué dirección se desvía esa medida antropométrica del promedio de su sexo y edad⁶. (Montecinos-Correa, 2014). La antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador debido a su bajo costo, simplicidad, y validez, siendo considerada el método no-invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e, indirectamente, la composición del cuerpo humano. Para la pediatra, esta técnica funciona como indicadora de “desnutrición aguda” en el caso de resultar puntajes inferiores a determinado umbral; y de “sobrepeso”, si resultaban superiores a otro punto de corte. Sin embargo, su alusión a que “a ojo uno no sabe”, remitía a otras instancias de corroboración más allá de lo visual. Esto puede ponerse en diálogo con las propias indicaciones estipuladas desde el Ministerio de Salud, que establecen que, si bien los métodos antropométricos son válidos y confiables y por eso constituyen la mejor herramienta de tamizaje, el diagnóstico de un caso de desnutrición requiere de una confirmación clínica (Abeyá Gilardon et al., 2009).

Yo en ese momento si tengo tiempo trato de pesarlo y lo veo, lo que pasa es que eso te demora también, tenés que hacer percentil, peso, talla, índice de masa corporal...Una antropometría completa. Y acá además nos movemos con todas las curvas OMS, puntaje Z y vemos...Así que generalmente es eso. Chicos que tienen con talla Z de 2 o 3 ya te queda en alto peso, pero muy alto” (Entrevista Mariana, 7-11-18, CAPS N°2).

A su vez, Mariana enunció otra herramienta para establecer déficit o exceso de peso, como las curvas de crecimiento. Cuando estuve en el consultorio, ella mostró algunos afiches en el escritorio detrás suyo, lo cual según refirió, le posibilitaba explicar mejor a las madres dónde se ubicaba en ellas su hijo (Registro de Campo, 7-11-2018). Con esta aclaración, ella denotaba el interés por transmitir cierta información numérica y estandarizada a un lenguaje visual que lo grafique; un potencial pedagógico de su intervención que será central para la discusión del apartado siguiente. Las curvas de crecimiento tienen como función establecer un patrón etario respecto al peso, la estatura y el perímetro cefálico, en niños de cero a seis años, comparando las medidas particulares con un valor poblacional estandarizado previamente a través del gráfico.⁷

6 Las medidas que se toman son principalmente la altura; el peso; el perímetro cefálico; la circunferencia de la cadera, de la cintura, del muslo y del brazo; los pliegues cutáneos; y las distancias entre distancias entre puntos de referencia bilaterales (Montecinos Correa, 2014, pp.160-164).

7 Un hecho importante, es que en el año 2007 las curvas que tenían una referencia a nivel nacional fueron reemplazadas por las curvas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud, las cuales estandarizan en sus tablas los resultados de un estudio multifocal que la OMS realizó entre 1997 y 2003 en Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán, y Estados Unidos (Abeyá Gilardon et al., 2009).

Ambas metodologías, trabajando de manera complementaria, implicaban una forma de leer los cuerpos, medirlos, clasificarlos y finalmente nominarlos. En el caso citado, estas operaciones se elaboraban respecto a la desnutrición, al transformar las medidas numerales corporales en un marco de referencia desde donde establecer la presencia o no de anomalías, recortando entre la variabilidad de problemas nutricionales que podían afrontar las niñas (Herkovits, 2007; Leavy, 2015).

Sin embargo, los saberes sobre la desnutrición que se encontraron en el CAPS N°2, involucraban diferentes modalidades de percibir y nominar el cuerpo de las niñas. La discusión que se tramaba allí atañía al indicador adecuado para identificar al grupo de desnutridas, estableciendo a la “desnutrición” como categoría diagnóstica. Ahora bien, este indicador y diagnóstico variaba entre un elemento exclusivamente numérico y estandarizado, como el que pronunciaba la pediatra a través de la antropometría y sus índices; combinado con uno visual, mediante el uso de gráficos de las curvas de crecimiento; uno perceptivo, como apuntaba la enfermera al referir a las niñas como “flaquitos” o “excedidos de peso”. Por último, otro indicador clínico, enunciado desde los marcos del Ministerio de Salud; y finalmente uno que retomaba un conocimiento por experiencia previa, como el encargado de maestranza que reconocía la existencia de desnutridas por su presencia desde hacía años en el Centro.

Las distintas maneras de leer la problemática de la desnutrición en el Centro eran centralizadas en la palabra de la pediatra, quien reunía los diferentes conocimientos sobre esta cuestión, lo que resultó en un diagnóstico nodal para movilizar las intervenciones posibles en materia de tratamientos. La antropometría, el puntaje Z y la ubicación de estos índices dentro de las curvas de crecimiento, funcionaban como técnicas que permitían la identificación de ciertas individuos, al seleccionarles para la implementación de intervenciones: los diagnósticos que se establecían sobre la desnutrición, habilitaban la derivación de las niñas a los centros CONIN para desnutridas.⁸ Estos, a través del vínculo con las instituciones de salud municipales, efectivizaban una serie de controles de laboratorio, un seguimiento nutricional (profesión no contemplada en los centros de salud investigados) y la entrega de un módulo de alimentos.

La particularidad de la mirada pediátrica sobre el cuerpo de las niñas, no implicaba únicamente sus medidas corporales, sino que, a través de ellas podía configurar ciertas nociones sobre la infancia. En el CAPS N°1, Laura, la pediatra, refirió,

Todo lo nutritivo de 0 a 2 años es lo que va al desarrollo del cerebro. En realidad, desde que se gesta, de la semana 1 de gestación intrauterina, hasta los dos años de vida, es cuando más crece el cerebro. Lo que no creció ahí no crece más. O sea, es la etapa más importante de la vida del ser humano, no solamente de

8 CONIN es una organización sin fines de lucro fundada en el año 1993, con el objetivo de erradicar la desnutrición infantil en el país, a través de distintas intervenciones, como los centros de internación para niñas con desnutrición grave, y los centros del consultorio ambulatorio con un soporte nutricional y seguimiento especializado, que se refieren en este trabajo. En el año 2016, CONIN firmó un convenio con el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación para el establecimiento de programas en conjunto para abordar la desnutrición (Para información al respecto visitar: <https://conin.org.ar/>)

los chicos. Porque dicen, ‘ay los chicos’, pero no, del ser humano en un futuro” (Entrevista Laura, 1-07-19, CAPS N°1).

Este pasaje dialoga con lo analizado previamente sobre las medidas corporales, pero amplía aún más la discusión. Los cuerpos infantiles que eran numerados y clasificados poseían además una cualidad que los atravesaba carnalmente y configuraba su estatus, incluso el de su persona. Para Laura, los cuerpos de los niños representaban un punto evolutivo inicial que culminaba con la adultez, refiriéndose al periodo entre los 0 y los dos años como la “etapa más importante del ser humano, no solamente de los chicos”. De esta manera, el cuerpo de los niños se conformaba a partir de un estado de latencia, durante el cual no importaba tanto en sí mismo, sino por su potencial como experiencia futura. “Lo que no creció ahí no crece más”, dimensiona que los primeros años de la infancia suponen un estado inicial de inmadurez e incompletitud, pero a su vez de maleabilidad y plasticidad. Este estado inacabado, habilitaba entonces una evolución hacia determinada etapa adulta, por cambios graduales que llevarían a la completitud de las personas, y se condensaban en la idea de crecimiento y desarrollo (Colángelo, 2003; 2008; 2012).

A partir de las concepciones de Laura sobre la corporalidad infantil, se comprende el lugar que ocupa el alimento, entendido como disparador nodal e indispensable para potenciar el correcto proceso de transición a la etapa adulta,

estipulando una relación causal entre alimento y desarrollo cerebral: “A mí me becó un laboratorio para un *workshop* que hicieron sobre la nutrición en los primeros dos años de vida, y ahí me hizo un clic donde empecé a ver que era fundamental en el crecimiento y el desarrollo de 0 a 2 años”. Al igual que el diagnóstico de Mariana que posibilitaba la llegada de los niños a los centros de desnutrición; en el caso de Laura, sus conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo infantil demarcaban sus posibilidades de intervención y solución. En relación con las leches de fórmula que un laboratorio privado le daba y ella entregaba en el Centro, Laura refirió: “A mí me regalan muestras y las traigo acá, digo, aunque sea les tiramos un poquito a estos chicos, para sus neuronas” (Entrevista Laura, 1-7-2019, CAPS N°1). De esta forma, en la medida en que el problema se centraba en la falta de atención a los niños, ella entregaba leches maternizadas especializadas en el desarrollo neuronal, que obtenía gratuitamente del laboratorio. Esto establece un puente entre lo que ella recortaba como problema, una mala nutrición vinculada a la centralidad del crecimiento cerebral y sus posibilidades de intervención, como una manera de comprometerse con la realidad social que evidenciaba.

La referencia a la beca del laboratorio, habilita tramar estos saberes con su formación específica como pediatra. Por un lado, sus conocimientos deben anclarse en la perspectiva biomédica a partir de la cual la pediatría constituye su campo de estudio e intervención, concepción que posibilita la lectura del cuerpo en términos biológicos.⁹ Esto se resalta en el énfasis que Laura establecía sobre

⁹ Un rasgo clave de la medicina lo constituye su anclaje en lo biológico, por el cual la atención de la enfermedad se realiza a través de un conjunto de prácticas, saberes, teorías y técnicas

ciertos órganos desanclados de la corporalidad total, pero con ello posibles de ser intervenidos. Por otro lado, estas ideaciones deben ser situadas en su trayectoria profesional particular, ya que Laura trabajaba a su vez en un consultorio privado, y como refiere, se había capacitado en la especificidad de la nutrición de los primeros años de vida, lo cual aporta elementos con los que enmarcar sus opiniones y comprender algunos énfasis, como el aspecto neuronal y la relación directa con el alimento.

Para finalizar esta sección, a partir de lo referido por las pediatras sobre los centros de salud donde trabajan, se puede cruzar la información resaltada por ellas, y dimensionar cómo la antropometría, las curvas de crecimiento y sus medidas estandarizadas, entran en un diálogo casi necesario con las ideas vinculadas al desarrollo corporal, a partir de las cuales también encuentran su fundamento, al movilizar nociones sobre la infancia homologadas a una etapa incompleta y dependiente. Las pediatras, Mariana y Laura, evidencian cómo determinada reconstrucción y recorte de la problemática, se vinculaba estrechamente con sus posibilidades de intervención desde el consultorio. En otras palabras, la metodología dispuesta en los centros de salud para medir los cuerpos de las niñas afirmaba, a la vez que recreaba, los sentidos sobre los procesos de crecimiento y desarrollo, lo que permitió moldearlos, y con ello, posibilitar la actuación de las médicas en esa corporalidad, tanto por la derivación a centros específicos de desnutrición, como por la entrega de leche maternizada.

Enseñando a criar

Esta concepción de la infancia, que enfatizaba su estado de maleabilidad y vulnerabilidad, suponía una dependencia que reclamaba en el discurso médico la necesidad de cuidados específicos. Si retomamos el hilo histórico de la pediatría, la esfera privada y la familia nuclear constituyeron un eje central al cual remitir la crianza infantil, y por tanto, desprender, terreno sobre el cual intervenir (Fonseca, 1999). El modelo tradicional de cuidado estableció las esferas y las instituciones donde este debía realizarse, tal como la familia; así como legitimó determinada distribución de las obligaciones y formas de validación de esa responsabilidad parental (Colángelo, 2012). Sin embargo, estos lineamientos deben poder analizarse en los espacios particulares en los que se trabajó. Por tal motivo, al tomarlos como puntos de partida, y al recuperar las nociones de cuerpo e infancia ya analizadas, en esta sección interesa ahondar en los saberes específicos de las pediatras de los centros de salud sobre la crianza de las niñas que asistían a los consultorios.

Desde la llegada al campo acontecieron una serie de referencias, algunas soslayadas y otras más directas, respecto a determinada predisposición natural de las mujeres a conducir tareas de crianza de niñas. Por ejemplo, en el CAPS N°2, yo misma no solía ser referida por mi propio nombre sino que al recibirme o despedirme, las trabajadoras administrativas me nombraban por el apelativo de “mami” que, a su vez, servía como un apodo generalizado para cualquier persona fenotípicamente asimilable al femenino que se acercara a la ventanilla de

que establecen a la biología como determinante autónomo de los padecimientos, delimitada en la búsqueda de la de la patología o enfermedad (Menéndez, 1988).

entrada.¹⁰ Algunas veces fue aludida la razón de esta caracterización; “Y, viste que son las mamis las que vienen, o las púerperas” (Registro de campo, charla con administrativas, 21-9-2018); en otras, mi lugar como mujer habilitaba un entendimiento tácito en la conversación, como dijo Olga, la pediatra del CAPS N°2, “Vos que sos mujer lo vas a entender mejor” (Olga, Charla informal, 16-10-2018). Olga, quien asistía al mismo Centro de Salud que Mariana, el CAPS N°2, continuaba concurriendo aún después de haberse jubilado unos meses antes, por lo que entendía como una “necesidad de las madres”, ya que la otra pediatra aún estaba en un periodo de adaptación y sólo asistía una vez a la semana (Olga, Charla informal, 16-10-2018). Cuando entrevisté a Olga, ella comentó:

Si vos no sabés conducir tu vida, menos vas a poder conducir la vida de otros, y menos aún la de estos nenes, que están indefensos y solo te tienen a vos. Entonces, por ejemplo, si yo no tuve educación en mi vida, a mis hijos no les voy a poder dar educación. Hay casos que sí, hay madres que dicen ‘no quiero que mis hijos pasen lo mismo que yo’, entonces les inculcan la educación, pero la gran mayoría no, pobrecitas, entonces son historias que se repiten, los nenes quedan sin nadie que los acompañe. (Entrevista Olga, 31-10-18, CAPS N°2)

En este pasaje de la entrevista, Olga provee un acercamiento a un doble sentido respecto a la crianza. Por un lado, refería a las mujeres homologadas a su rol de madre, caracterizadas como únicas cuidadoras a cargo de los niños, quienes “solo te tienen a vos”; carentes de cierta educación, y bajo la idea del traspaso de comportamientos y actitudes como herencia a través de las generaciones. Por otra parte, esto también dispone sentidos sobre las infancias, anclando su cuidado únicamente en el rol maternal y familiar, situando a los niños como reproductores acríques de aquello a lo que estaban expuestos. Esto terminaba por abonar a un modelo de crianza repetitivo, aunque modificable según un criterio de voluntad personal de las mujeres, como en la expresión, “Hay madres que dicen ‘no quiero que mis hijos pasen lo mismo que yo’”.

No se toma la alimentación como una actividad de servicio y de amor, y esta cosa nueva que ahora hemos traído con la nueva sociedad, el nuevo paradigma, que las mujeres somos todas sometidas y tenemos que revelarnos, entonces ¿por dónde nos revelamos?, por donde más nos gustó: ‘entonces no cocino’ (risas). Porque se siente que cocinar... ‘a mí no me van a venir a doblegar, qué es eso de yo cocino para todos ustedes’. Entonces se ha dado toda una vuelta, creo que hemos dado vuelta las cosas, estamos en una sociedad muy confundida me parece’ (Entrevista Olga, 5-04-19, CAPS N°2).

Olga ubicaba a la alimentación, al menos en el proceso de preparación o producción, como tarea tradicionalmente asignada a las mujeres, anclando estas prácticas en ideales valorativos, pensados a través del prisma del amor y el servicio a los demás, y entendiendo la negación a ese rol como rebelión: “A mí no me van a venir

10 Durante la estadía en este centro, pude transitar por la sala de administración, primer espacio al que se accedía al ingresar, donde se realizaban diferentes actividades vinculadas a la entrega de turnos, de libretas médicas, llenado de planillas, recepción de medicamentos, entrega de leche en polvo maternizada, entre otras.

a doblegar”. No solo configuraba una ideación sobre la infancia y la alimentación adecuada, sino que, en el mismo proceso, moldeaba y conformaba determinada figura de ser mujer equiparada a su condición de madre, a través de una serie de dispositivos que implicaban la evaluación y valorización de gran parte de las esferas de su vida y actividades (como la educación que ellas inculcaban, o las actividades ligadas a la crianza y la alimentación en la familia). La lectura que Olga construía sobre la maternidad en torno a estos ejes terminaba por rectificar dimensiones morales, lo cual puede entrar en relación con lo que Faur (2009) nomina como *ideal maternalista*, ideal que sostiene un conjunto de representaciones que homologan la condición femenina con la maternidad, lo que ancla a este movimiento en la base del proceso por el cual la medicina entiende y aborda la crianza. Tal como se repuso en un comienzo, las organizaciones familiares se construyeron como terrenos para intervenir desde la pediatría, que devino en la modalidad más natural y la única pensable, donde el amor parecía solidificar todo vínculo en su interior (Jelin, 1984). En su interior, las madres se convirtieron en destinatarias privilegiadas de las pedagogías sobre la infancia, lo que idea la relación materno filial no sólo a partir de aspectos asociados al plano reproductivo, sino también a un vínculo psíquico y afectivo que se prolongaba a lo largo del tiempo (Nari, 2004). El denominado instinto materno aparecía entonces impregnado de nociones no solo de espontaneidad sino de desinterés, a la manera de entrega altruista.

Sin embargo, esta concepción no debe pensarse como una reproducción acrítica de la disciplina biomédica, sino que puede ser complejizada, al situarla en la trayectoria particular de Olga. La pediatra proponía la idea de un cambio de época, entre el “antes” y el “ahora”, que se ubicaba en la línea de tiempo conformada por su presencia en el barrio de más de tres décadas, como refirieron ella y los trabajadores del Centro. La construcción de la maternidad que se expresaba en sus fragmentos necesita, por lo tanto, pensarse en paralelo con las particularidades de la propia disciplina biomédica y su noción tradicional de cuidado, pero también con la forma en que Olga incorporó y conceptuó los cambios a lo largo del tiempo, expresado en lo que entendía como “una nueva sociedad”.

Esta noción sobre los roles de las mujeres como madres y su nodalidad en la crianza, puede cruzarse a su vez con lo que ella entendía como lugar de la pediatría en aquel centro de salud. El hecho que Olga continuara asistiendo a la institución sin ningún tipo de retribución ni contrato, e incluso estando jubilada, se vincula con lo que consideraba una necesidad de las mujeres, a partir del compromiso al asistir al Centro todas las semanas, bajo este ideal y nodalidad del rol materno en la vida de las niñas. En otras palabras, fue a partir de la consideración que el problema de la crianza estaba anclado en las madres, entendiendo este rol como acompañante y guía de las mujeres, que en la práctica médica cobró sentido.

Al continuar con la revisión de los conocimientos de las pediatras sobre la crianza y los cuidadores, Laura del CAPS N°1 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 (Entrevista Laura, 1-07-19, CAPS N°1)

Este fragmento introduce la discusión sobre la lactancia materna, vinculada con la asignación de roles de crianza y los espacios de cuidado. Antes de analizar estos aspectos, es importante retomar su trayectoria personal como pediatra (que introduce en el anterior apartado), por la cual luego de su formación de grado había tomado capacitaciones sobre nutrición infantil, y trabajaba desde hacía dos años en un consultorio privado ubicado en Palermo, donde acudía gente de estratos medios- altos según ella refirió:

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. (Entrevista Laura, 1-07-19, CAPS N°1)

Los pasajes iluminan sentidos sobre tres grandes cuestiones referidas a la maternidad que he analizado con relación a Olga; a la lactancia materna y a los espacios de crianza considerados más adecuados.

Respecto a los dos primeros puntos, la idea de lactancia que ella sugería parecía resaltar casi exclusivamente determinada necesidad de la niña vinculada a elementos nutricionales, al colocar todo el acento en la transferencia de la leche y en sus ventajas para la salud del bebé; lo cual puede llevar a establecer un puente con las formaciones vinculadas a la nutrición y el desarrollo infantil con las que la pediatra se había capacitado. En el primer párrafo, ella plantea 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”. Esto la llevó a hacer la comparación con su consultorio privado donde, “No receto una leche maternizada jamás”. 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. Si bien esta investigación no se enfoca en la experiencia de las madres, considero pertinente afirmar que frecuentemente, al centrarse en los beneficios de la leche para la salud infantil, se dejan de lado sus vivencias, llevando implícito un juicio negativo hacia las mujeres que optaron por una lactancia artificial (Wolf, 2007). Esto no solo dialoga con lo presentado sobre la maternidad a través de los pasajes de Olga, sino que permite ilustrar el hecho de que si la leche maternizada es recetada para su

entrega como intervención estatal, y que a su vez desde los centros de salud se recrean nociones sobre ella, la lactancia materna es percibida como un fenómeno social múltiple. Esta, no sólo conjuga distintos actores e instituciones, que no se reducen a la diada madre-niña como mucho tiempo fue pensado; sino que implica una praxis corporal, experiencia que está asentada en una corporeidad y dentro de un ambiente social y material (Solans, 2016).

Esta variedad de ideaciones sobre la lactancia materna debe situarse en una particular configuración histórica que ha tenido la vinculación entre la pediatría como parte de la biomedicina y la lactancia materna; ya que durante el siglo pasado, las recomendaciones médicas fueron enfatizando diferencialmente esta práctica frente al uso de la leche maternizada (Scheper Hughes, 1997).¹¹ Si bien no se puede realizar una inferencia entre las prescripciones de décadas previas y el énfasis de Laura en la lactancia materna, retomar el análisis histórico 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.

Continuando con las concepciones de Laura sobre la lactancia, ella también ahondó en relación a los espacios de crianza.

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 tendrían que estar con los chiquitos y no pueden (Entrevista Laura, 1-07-19, CAPS N°1)

Tanto Olga como Laura elaboraban representaciones sobre los espacios de crianza al ubicar a la familia como el más indicado, lo cual puede enmarcarse en las coordenadas propias de la disciplina, como se repuso previamente. Sin embargo, lo que planteaba Laura en el párrafo previo, dialoga con lo analizado sobre su asistencia al consultorio privado. La diferencia que traza respecto a los dos grupos de mujeres que frecuentaban sus espacios de trabajo, disímiles 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). Por ello se trae a esta discusión la noción de *organización social del cuidado* (Rodríguez Enríquez y Marzonetto, 2015), por la cual la crianza y el cuidado pueden ser pensados como parte de una red que vincula múltiples actores, configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado infantil y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y

11 A principios del 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 Villarrea, 2017).

sus miembros se benefician de los mismos. Dentro de esta organización social de los cuidados, el Estado representa un lugar nodal, efectuando tareas de provisión como de regulación de la participación de las otras esferas del cuidado, como la familia, los comedores o la escuela (Faur, 2014). Cuando Laura 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 una insuficiente oferta estatal de espacios de crianza y su impacto diferenciado en los dos grupos que conocía de sus trabajos. A partir de lo que ella refería, se encuentra 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).

La discusión sobre los cuidados infantiles, las personas a cargo y los lugares adecuados para hacerlo, implicaban la construcción y demarcación de lo que se constituía como problema central en el consultorio. Ambas pediatras evidenciaban ciertas vacancias en los conocimientos que poseían las madres respecto a sus actividades de crianza; entendiendo estas faltas a la manera de elementos que como pediatras debían intentar subsanar. Laura generaba sus propias hipótesis y presupuestos de lo que recortaba 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. [Hay] poca información”. Si bien desde el discurso médico, el amor y el instinto materno eran ubicados como medulares en la crianza de los niños, se resalta en las líneas previas que estos no resultaban suficientes, sino que debían ser guiados y acompañados por los saberes de las pediatras. En ello se pueden encontrar ciertas nociones que remiten a la idea de descuido, la cual implica el presupuesto de una escasa capacidad y compromiso de las madres hacia los cuidados infantiles; que justificaría entonces la intervención a través de una educación sanitaria, proceso planteado de manera unidireccional (Remorini y Palermo, 2014).

Olga y Laura, recortaban el problema en la falta de conocimiento, y al delimitarlo disponían su esfera posible de intervención como pediatras; en el momento en que el problema era la falta de conocimiento, esto podía ser potencialmente subsanado en el consultorio, al evaluar y enseñar los pros y contras de la crianza, los horarios y disposiciones corporales, todo a partir de un rol pedagógico. De allí que se construía el espectro de posibilidades dentro de las cuales la pediatría desde el consultorio podía accionar, que remitían a proveer determinada información y educación considerada correcta, valiosa y ausente en las mujeres.

Si cruzamos estas ideas con el apartado anterior, es esta imagen de educación pensada como solución lo que posibilita que entendamos la importancia, para Mariana, de las curvas de crecimiento como herramienta pedagógica. Tal como se propuso entonces, era a través de los marcos interpretativos con que las médicas entendían y leían la realidad de los consultorios (sea a partir de la noción de infancia maleable, o de crianza inadecuada por desconocimiento), que movilizaban sus acciones, apareciendo la pediatría en su rol de guía.

La regulación de las prácticas alimentarias

En este apartado, repondré los saberes de las pediatras de los centros de salud sobre las prácticas alimentarias infantiles, lo cual está relacionado con la primera sección referida a los cuerpos de las niñas y la noción movilizada de infancia; así como con lo trabajado en el segundo apartado, acerca de los sentidos sobre la crianza y los cuidadores. En primer término, es necesario adentrarse en los conocimientos de las médicas sobre la alimentación y las formas en que ellas comentaron haberlos adquirido. Un hecho recurrente en las cuatro pediatras fue la referencia a la falta de preparación universitaria de grado sobre alimentación en general, e infantil en particular, preparación que era suplida de diversas formas, como en espacios de formación de posgrado, de forma privada o en experiencias de trabajo. Mariana, una de las dos pediatras del CAPS N°2, ahondó en ello:

Una sabe la teoría, que hay que ingerir tanta cantidad, cuántos gramos de proteína, de nutrientes, sabes más o menos cada edad tiene un aporte calórico. Pero bueno, es difícil a la hora de recomendar porque una sabe muy general, no sabemos bien dónde está la vitamina D, la vitamina A, dónde está qué sé yo, el hierro lo sabés porque es muy popular, el calcio, pero después... El elemento específico solo sabés, es difícil decirle a la mamá "comé esto" porque nosotros no sabemos mucho, no tenés mucha formación. (Entrevista Mariana 07-11-18, CAPS N°2)

En este pasaje de la entrevista Mariana situaba la falta de conocimiento específico sobre la temática como un límite en el consultorio, "es difícil a la hora de recomendar", al tener que indicar, "comé esto"; a la vez que aportaba una forma de entender la alimentación a partir de sus componentes nutricionales. Si bien en este trabajo no me detendré en profundidad en este último punto, es importante retomar el proceso de *nutricionalización* direccionado por la biomedicina, que dispone saberes acerca de partículas posibles de ser fragmentadas y aisladas, como indica la pediatra al reconocer la cantidad de nutrientes indicados según cada edad, pero no su ubicación. Concebir a los alimentos a partir de los nutrientes que los componen, produce de esta forma un específico saber que da visibilidad a estos fragmentos alimentarios por sí mismos, independientemente del alimento donde estén presentes y de sus contextos de producción (Rodríguez Soya, 2015).

Tomando esto en consideración, cuando comencé a relevar las concepciones de las pediatras sobre la alimentación infantil en los centros, encontré cierta caracterización de lo que se consideraba como problema en el consultorio. Sandra, pediatra del CAPS N°3, refirió:

Yo lo que intento es adaptarme a la persona del frente, me paro en frente de esa persona y de ahí les hablo. Pero es difícil, tenés la paraguaya que no sabe leer ni escribir, entonces qué hace si le das la receta o le indicás determinados alimentos por escrito, no lo entiende. Las madres hacemos lo que podemos, lo que tenemos ganas, y con la comida pasa igual, es cultural. (Entrevista Sandra 27-05-19, CAPS N°3)

En este primer pasaje de la entrevista, Sandra introducía algunos sentidos sobre la práctica profesional pediátrica y la caracterización de las dificultades en el Centro. Ella esbozaba en estas líneas un doble movimiento. Por un lado, parecía comprender determinada situación de las mujeres, a partir de identificarse y reconocerse en ellas en su lugar de madres, evaluando las ganas y posibilidades de afrontar las responsabilidades. Por otro lado, reconocía una falta de entendimiento mutuo, caracterizada por la ausencia de lectura o comprensión, y anclada en un particular grupo poblacional, como eran las mujeres paraguayas, lo cual generaba un puente con lo que entendía como “cultural”. Respecto a este punto y ahondando en los problemas alimentarios infantiles, ella comentó:

Lo que tenemos acá es mucho bajo peso, desnutridos y con sobrepeso también. Si viven a guiso. Está bien, no podés hacer nada porque culturalmente comen únicamente guiso, guiso, y guiso; encima después no se mueven, no hacen deporte, miran la tele todo el día o juegan a la play (Entrevista Sandra, 27-05-19, CAPS N°3).

En este fragmento, Sandra ahondaba en las problemáticas específicas alimentarias, como lo eran el bajo peso, la desnutrición y el sobrepeso; y las relacionaba con ciertas prácticas alimentarias caracterizadas por una 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 7-05-19). Distintas autoras, han recuperado al guiso como preparación alimentaria que posee, como toda “comida de olla”, una larga tradición andina y criolla, resaltada 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; Solans, 2016). 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, la necesidad de enmarcarlo en cierto orden o en parámetros que la psicóloga catalogaba como conscientes y sanos.

Estas nociones, pueden cruzarse con las de Laura, pediatra del CAPS N°1 quien, como se referenció arriba, había suplido su falta de preparación específica sobre alimentación, realizando capacitaciones en nutrición infantil recientemente, “No, de nutrición la verdad que ves poco, en toda la carrera ¿viste?, y a mí me gusta saber sobre nutrición” (Entrevista Laura, 1-7-2019, CAPS N°1). Respecto a las prácticas alimentarias, Laura refirió:

Acá hay sobrepeso por mala alimentación, ¿Viste?, por desconocimiento. Acá comen muchas harinas, la gente come muchos fideos, acá no comen pollo. Entonces están anémicos y gordos. La gente no tiene una cultura de lo que es

la alimentación, acá nadie mira las etiquetas de los productos; no lo mira una clase media, menos lo va a mirar... Vos imaginate que esta gente a veces... Yo digo, tienen, a ver, se les da a los desnutridos una caja de alimentos, es bastante completa, nutritiva, la ves sana, pero ocurre que no sé si comen solamente eso, vos los ves que van y te comen un paquete de facturas en la panadería. Por eso, no se elige bien. (Entrevista Laura, 1-07-19, CAPS N° 1).

El problema alimentario para Laura se asociaba con determinadas prácticas culturales, homologadas al desconocimiento; cultura y educación aparecían aquí enlazadas. La existencia de una “cultura de la alimentación” se utilizaba como categoría para referir a la preocupación de la médica por lo que comían las personas que iban al Centro, expresada por el desinterés en el registro de los contenidos nutricionales de los alimentos a través de las etiquetas. A la vez, Laura, proponía una diferenciación respecto al acceso a los alimentos, a través de la entrega de módulos alimentarios de un programa para desnutridos (que involucraba en los centros CONIN que referí en un comienzo), desemejante de los consumos y posibilidades de las personas de “clase media”. El último párrafo sintetiza estos sentidos, al ubicar parte de la problemática alimentaria en una elección personal negativa de las personas, que contrarrestaba la calidad nutricional del módulo alimentario.

Este énfasis en las dificultades de las elecciones alimentarias fue referido también por la Orientadora en Estimulación Temprana del Centro de Salud N° 1, quien trabajaba en conjunto con Laura.

Por ejemplo, acá lo que se veía mucho ya desde hace unos años eran nenes que mandaba 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, que no coma solo afuera de la casa, son pautas que les damos a las mamás ante el desorden, también trabajamos mucho desde la prevención, poder detectar ciertas actitudes o hábitos irregulares (Registro de campo, 26-4-2019).

Este trabajo compartido evidenciaba el rol de Laura y la orientadora de establecer ciertas pautas, hábitos, y disposiciones de espacios y horarios para la alimentación infantil considerados adecuados. De esta forma, era en el trabajo de acompañamiento de aquello que consideraban como irregularidades o disfuncionalidades de las prácticas alimentarias (relacionadas con los espacios de cuidado recomendados, sus tiempos y secuenciación), que habilitaba un espacio de intervención posible.

El problema de la alimentación se construía para ambas pediatras, Sandra y Laura, a partir de una etiología que acababa por depositarse primeramente en las familias, en específico en el lugar de las madres (como recuperé en la segunda sección), con relación a diferencias culturales o socioeconómicas. En estos marcos interpretativos de las pediatras, cierta cultura, sea por diferencias de lugar de origen (“las paraguayas”, “las bolivianas”) o por encontrarse fuera de los marcos del trabajo y movilizandando recursos estatales, era comprendida como origen y

causa a través de la cual se reproducía el padecimiento (Leavy, 2015). Estas ideaciones deben hilarse en paralelo a imaginarios ampliamente difundidos en la sociedad vinculados a reduccionismos referidos al origen social y cultural de determinados conjuntos sociales, resaltados cuando se dirimen dimensiones fuertemente naturalizadas como la alimentación infantil (Santillán, 2009).

Sin embargo, la forma en que se culturalizaba el problema alimentario puede acercarnos a 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 una falta de conocimiento adecuado, se constituía como problema, así como una tarea posible para las pediatras. Al ubicar el argumento en el eje cultural, situándolo por fuera de los límites del consultorio, se proveía un marco cognoscible, recortable y, ante todo, intervenible de la realidad social, de acuerdo con conocimientos propios de la trayectoria biomédica de las pediatras (Herkovits, 2007). Tal como se vio en la sección previa, gran parte del trabajo pediátrico se constituye a partir de su pedagogía, legitimando intervenciones a través de la transmisión de conocimientos válidos. Si por ese entonces recuperé este rol educativo y didáctico de las pediatras respecto a la crianza y el cuidado infantil, se continúa en esa línea para el caso de la alimentación, pero implicando un énfasis en la regulación de las prácticas alimentarias. Sandra y la psicóloga, a través de considerar negativa la reiteración y la falta de variabilidad de las comidas como el guiso; así como Laura y la orientadora, al intentar establecer cierto orden en la alimentación, tanto de horarios como de lugares, realizaban un recorte en las problemáticas alimentarias infantiles que se anclaba en su secuenciación y ordenamiento.

De allí que se pueda recuperar la noción de *normalización alimentaria* que propone Gracia Arnaiz (2007), situándose en las coordenadas específicas de las médicas de los Centros investigados. Para la autora, esta categoría remite a la construcción de un patrón alimentario específico, como la dieta equilibrada, que se basa en dos grandes aspectos, por un lado, en la restricción de determinados alimentos y la promoción de otros bajo el ideal de la nutrición; por otro, en la prescripción de disposiciones corporales respecto a los tiempos y a las formas de los actos alimentarios. Retomando la vacancia de preparación nutricional específica de las pediatras que planteé al comenzar este apartado, surge la pregunta de cómo sería posible efectivizar la restricción de ciertos alimentos y la promoción de otros según una lógica nutricional. Es factible pensar que es a partir de este vacío conceptual nutricional en la formación médica, que se comprende el traspaso y con ello énfasis en intervenir, culturalizando, los espacios de alimentación y crianza, les encargades de hacerlo, y la forma y tiempos de concretarlo. En otras palabras, resaltando la segunda de las aristas comprendidas en la *normalización alimentaria* respecto a las disposiciones corporales, los tiempos y la secuenciación de los actos alimentarios, en detrimento de su aspecto nutricionalizado.

La culturalización del problema alimentario posibilitaba el trabajo específico de las pediatras, al enseñar, recomendar, y explicitar algo que ellas suponían ausente en los conocimientos de las personas que asistían a los centros. En sintonía con la totalidad del planteo del trabajo, la forma en que las pediatras concebían una realidad y la recortaban como problema construyendo ciertos marcos

interpretativos, habilitaba su intervención; para el caso de la alimentación, esto se desplegaba en su regulación.

Palabras finales

Las líneas precedentes buscaron dimensionar algunos elementos que se tramaban en los saberes pediátricos sobre la alimentación infantil, mediante la recuperación de los sentidos de las médicas sobre el cuerpo infantil, los lugares, tiempos y formas adecuadas para criar y alimentar a les niñas, y las personas que se consideraban propicias para hacerlo. Partí de la hipótesis que la forma en que la conceptualización de estas nociones permeaba sus interacciones en los consultorios y sus líneas posibles de acción. A través de lo recuperado en este trabajo, se pudo resaltar que era a partir de considerar al cuerpo infantil como mensurable, clasificable, y maleable, que su existencia reclamaba de una manera casi vital el acompañamiento, guía y cuidado alimentario; los cuales, si bien variaban según cada pediatra, tendían a ser anclados en las familias, específicamente en las madres y a través de cierta mirada sobre la maternidad. Lo interesante en este punto no es solo analizar el proceso por el cual los cuidados alimentarios eran direccionados casi unilateralmente a sus cuidadoras; sino también cómo estos cuidados, al desviarse o realizarse erróneamente, eran leídos o en la corporalidad infantil o a partir de su culturalización, en aspectos relativos tanto a los lugares de origen al migrar, como a las situación de desigualdad en el acceso a ciertos servicios de salud y alimentarios.

Siguiendo con la hipótesis de partida, estas formas de leer la realidad que se presentaba en los consultorios, al recortar de la problemática alimentaria infantil aspectos vinculados a un particular cuerpo, crianza y alimento, proveían un cuadro posible de acción para las pediatras. Tal como se repuso en cada apartado, cierto marco interpretativo de las médicas sobre la infancia, sus cuidados y su alimentación, era lo que posibilitaba plantear determinadas intervenciones como horizonte en los Centros. Estos marcos, que se plasmaban en las lecturas que las médicas hacían sobre estos tres ejes, así como a través de su accionar para intentar remediarlos, evidenciaban los conocimientos que habían adquirido y producido no solo en su formación de grado, sino también en los vacíos conceptuales de esta (como en lo referido a la nutrición), y en las trayectorias laborales de cada pediatra, en diversos espacios de trabajo y aprendizaje.

Así, una noción de infancia que visibilizaba sus medidas corporales cuantificables, resaltando su potencialidad e importancia a futuro, viabilizaba la movilización de ciertas técnicas, como la antropometría y las curvas de crecimiento que, si bien reducían la variabilidad propia de la corporalidad infantil, habilitaban el camino a un programa social (como lo eran los centros de desnutridos), o la entrega de leche especializada en el desarrollo cerebral. Por su parte, situar a la crianza como inadecuada, por ausencia de información o educación, posibilitaba la enseñanza y el trabajo pedagógico en el consultorio. En línea con ello, la concepción de la alimentación entendida a partir de pautas regularizables facultaba el ordenamiento de lugares y horarios, evidenciándose la falta de conocimiento de las médicas respecto a la nutrición como un problema en la pedagogía general. Como advertí al comienzo, la división entre los apartados fue un esquema

apriorístico de la realidad, porque las tres dimensiones son necesarias para pensar las infancias y su alimentación, así como las líneas de intervención.

Para finalizar, es necesario resaltar que las pediatras de los centros de salud poseen un lugar esencial para abordar las infancias, sus cuidados y su alimentación; y sus sentidos revisten una gran importancia que es fundamental seguir profundizando. La manera en que entienden la realidad, habilita, a partir de los conocimientos que han adquirido en los distintos trayectos formativos, el despliegue de intervenciones que intentan modificarla. Volver a pensar sus saberes y situarlos en un lugar central en los centros de salud, posibilitará entender la realidad de las infancias, de maneras cada vez más justas y emancipadoras.

Referencias bibliográficas

Abeyá Gilardon, Enrique; Calvo, Elvira; Durán, Pablo; Longo, Elsa y Mazza, Carmen (2009). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/evaluacion-del-estado-nutricional-de-ninas-ninos-y-embarazadas-mediante-antropometria>

Aguirre, Patricia (2004). *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Claves para Todos*. Colección dirigida por José Nun. Buenos Aires, Capital.

Aguirre, Patricia (2009). *La complejidad del evento alimentario. Libro para el Docente del Proyecto de Educación Alimentaria y Nutricional*. Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación-FAO.

Ariès, Philippe (1960) 1987. *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid, Taurus.

Billorou, María José (2007). "Madres y médicos en torno a la cuna: ideas y prácticas sobre el cuidado infantil (Buenos Aires, 1930-1945)", *Revista de Estudios de la Mujer La Aljaba*, Vol. 11, pp. 167-192. Recuperado de: <https://repo.unlpam.edu.ar/handle/unlpam/5358>

Colángelo, Adelaida (2003). "La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje", en: *Seminario Internacional "La Formación Docente entre el siglo XIX y el siglo XXI"*. Recuperado de: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>

Colangelo, Adelaida (2008). "La constitución de la niñez como objeto de estudio e intervención médicos en la Argentina de comienzos del siglo XX", en: *Actas del IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Posadas, Universidad Nacional de Misiones. Recuperado de: <https://cdsa.academica.org/000-080/416.pdf>

Colángelo, Adelaida (2012). *La crianza en disputa: Medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1980 y 1930*. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26268>

Di Liscia, María Silvia (2005). "Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940", *Signos Históricos*, Vol. 7, N°13, pp. 94-119. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34401305>

Esquivel, Valeria; Faur, Esquivel y Jelin, Elizabeth (2012). *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Buenos Aires, IDES, UNICEF, UNFPA.

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

Faur, Elizabeth (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.

Fischler, Claude (1995). *El Omnívoro*. Barcelona, Anagrama.

Fonseca, Claudia (1999). “O abandono da razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a família”, en De Souza, Edson Luiz Andre (Ed.): *Psicanálise e colonização: leituras do sintoma social no Brasil*. Porto Alegre, Brasil, Artes Médicas. pp. 255-274.

Gracia-Arnaiz, Mabel (2007). “Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario”, *Salud Pública Mex*; Vol. 49, N°3, pp. 236-242. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000300009

Guber, Rosana (2001). “*La etnografía, método, campo y reflexividad*”. Bogotá, Grupo Editorial Norma. Recuperado de: <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/guber-r-2001-la-etnografia.pdf>

Herkovits, Damián (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*, N° 25, pp. 189-207. Recuperado de: <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/CAS/article/view/4385>

Jelin, Elizabeth (1984). *Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires, Estudios Cedes.

Jenks, Chris (1996). *Childhood*. London, Routledge.

Leavy, Pía (2015). “Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición”, HS - *Horizontes Sociológicos*, Vol. 3, N°6, pp. 54-72. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/71223/CONICET_Digital_Nro.e18c4ca3-0446-4fef-8ded-5efe58e0f4bb_X.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Menéndez, Eduardo (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, en *Actas de las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, pp. 451-464. Recuperado de: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Montecinos-Correa, Hortencia (2014). "Crecimiento y antropometría: aplicación clínica", *Acta Pediat Mex*, Vol. 35, N° 2, pp. 159-165. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n2/v35n2a10.pdf>

Nari, Marcela (2004). *Políticas de Maternidad y Maternalismo Político*. Buenos Aires, Biblos.

Olza Fernandez, Ibone; Ruiz-Berdún, Dolores y Villarnea, Stella (2017). "La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres", *Dilemata*, N° 25, pp. 217-225. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6124272>

Pautassi, Laura (2007). "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos". CEPAL - *Serie Mujer y desarrollo*, N° 87, pp. 1-50. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5809-cuidado-como-cuestion-social-un-enfoque-derechos>

Peirano, Marisa (2004). "A teoría vivida. Reflexões sobre a orientação em antropologia", *Ilha*, Vol. 6, N°1, pp. 209-218. Recuperado de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/download/16679/15273/51484>

Rabello de Castro, Lucía (2001). "Una teoría de la infancia en la contemporaneidad"; en Rabello de Castro, Lucía (org.): *Infancia y adolescencia en la cultura del consumo*. Buenos Aires- México, Editorial Lumen- Humanitas. pp. 9-12.

Remorini, Carolina y Palermo, María Laura (2014). "Acerca de niños en riesgo y padres no suficientemente buenos: Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina)", *Infancias y juventudes latinoamericanas*, N° 1, pp. 100-111.

Restrepo, Eduardo (2016). *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Bogotá, Enviñon editores. Recuperado de: <http://www.ram-wan.net/restrepo/documentos/libro-etnografia.pdf>

Rockwell, Elsie (2009). *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós.

Rodríguez Enríquez, Corina y Marzonetto, Gabriela (2015). "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina", *Perspectivas de Políticas Públicas*, Vol. 4, N° 8, pp. 103-134. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/949>

Rodríguez Soya, Paula (2015). "Alimentación y medicalización. Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud", *Sociológica*, Vol. 30, N° 86, pp. 201-234.

Santillán, Laura (2009). “Antropología de la crianza: la producción social de un padre responsable en barrios populares del Gran Buenos Aires”, *Etnográfica*, Vol. 13, N° 2, pp. 265-289. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/etnografica/1320>

Scheper Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona- España, Ariel.

Solans, Andrea (2016). “Mujeres migrantes y paisajes alimentarios en Buenos Aires. Entre redes de abastecimiento, políticas públicas y tradiciones culinarias”. Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires.

Szulc, Andrea (2015). “Concepciones de niñez e identidad en las experiencias escolares de niños mapuche del Neuquén”, *Anthropologica del Departamento de Ciencias Sociales*, Vol. 33, N° 35, pp. 235-253. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122015000200010

Wolf, Joan (2007). “Is Breast Really Best? Risk and Total Motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 32, N° 4, pp. 595-636. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17639013/>

Zafra Aparici, Eva (2017). “Educación alimentaria: salud y cohesión social”, *Salud Colectiva*, Vol. 13, N° 2, pp. 295-306. Recuperado: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73152115011.pdf>