



Andes
ISSN: 0327-1676
ISSN: 1668-8090
andesrevistaha@gmail.com
Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y
Humanidades
Argentina

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y ALIMENTACIÓN INFANTIL EN CIUDAD DE BUENOS AIRES. EL “RITO” DE LA ENTREGA DE LECHE

Solans, Andrea; Margulies, Susana

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y ALIMENTACIÓN INFANTIL EN CIUDAD DE BUENOS AIRES. EL “RITO” DE LA ENTREGA DE LECHE

Andes, vol. 30, núm. 1, 2019

Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12760338010>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y ALIMENTACIÓN INFANTIL EN CIUDAD DE BUENOS AIRES. EL “RITO” DE LA ENTREGA DE LECHE

PUBLIC HEALTH AND CHILDREN FEEDING
POLICIES IN BUENOS AIRES CITY. THE “RITUALS”
OF THE MILK DELIVERY

Andrea Solans amsolans@hotmail.com

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Susana Margulies sumargulies@gmail.com

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Andes, vol. 30, núm. 1, 2019

Instituto de Investigaciones en Ciencias
Sociales y Humanidades, Argentina

Recepción: 06/03/2018
Aprobación: 06/12/2018

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=12760338010](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12760338010)

Resumen: En este artículo se aborda la implementación y los efectos de un programa alimentario ejecutado por el sector salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde la perspectiva de mujeres perceptoras del mismo. El programa incluye la entrega de leche en polvo fortificada en centros de atención primaria de salud. El momento de reparto de leche es analizado en función del carácter de «rito» que adquieren las políticas públicas, en el que se pueden establecer distinciones entre los agentes estatales, los/las receptores/as de los programas y el valor simbólico de las prestaciones. El análisis efectuado nos permite visualizar en la ejecución del programa la ponderación del poder técnico materializado en la caja de leche fortificada y del poder moral que consiste en la construcción de sujetos cumplidores, en especial de las mujeres en cuanto madres, subordinadas a la prescripción médica. Además, se identifican tensiones entre la prevención y la salud –como parte del sistema de valores resaltado por la política pública– el acceso a las prestaciones y los usos por parte de las familias.

Palabras clave: Programas alimentarios, Leche fortificada, Rito, Medicalización, Alimentación infantil.

Abstract: This article explores the implementation and effects of a feeding program implemented by the health sector in the Autonomous City of Buenos Aires, from the perspective of women who receive it. The program includes the delivery of fortified milk powder in primary health care centers. The moment of distribution of milk is analyzed according to the “ritual” character taken on by public policies, in which distinctions can be made between state agents, recipients of programs and the symbolic value of benefits. In the execution of the program, the analysis carried out allows us to observe the consideration of both, the technical power materialized in the fortified milk box and the moral power that consists on the construction of reliable subjects, especially of women as mothers, subordinated to medical prescription. In addition, tensions are identified between prevention and health -as part of the value system highlighted by public policy - access to benefits and uses by families.

Keywords: Nutritional programs, Fortified milk, Rituals, Medicalization, Children feeding.

Introducción

Este artículo estudia la implementación de un programa alimentario del Sector Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que busca prevenir la desnutrición y la anemia, en el marco del cual se distribuye leche en polvo fortificada con hierro y zinc a mujeres embarazadas, niños y niñas. Nuestro objetivo es describir y analizar las características de su puesta en práctica en un centro de atención primaria del sur de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2012. Además, abordamos la circulación de la leche y los usos que le dan las mujeres destinatarias. El concepto de rito o ritual (términos que en este artículo son empleados indistintamente) nos permite abordar la dinámica de ejecución del programa, pudiendo distinguir el lugar de los oficiantes, el valor simbólico asignado a la caja de leche fortificada y el sistema de valores en el que se inscribe esta política de salud pública; así como visibilizar las problemáticas de acceso a este recurso público por parte de la población.

Hacia fines del siglo pasado y los primeros años del siglo actual los problemas nutricionales en la Argentina presentaban una magnitud significativa. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENNyS) ^[1] realizada en el país en 2004-2005 a mujeres en edad reproductiva y niñas/os reveló la coexistencia de malnutrición por déficit (que incluye desde formas severas de desnutrición hasta las más leves, tales como bajo peso o carencia de micronutrientes, por ejemplo, carencia de hierro que conduce a la anemia) ^[2] y por exceso (sobrepeso y obesidad), dando cuenta de la denominada «*doble carga de enfermedad*» que constituye -tanto en el país como en otras regiones- un problema sanitario relevante ^[3]. En esa encuesta se detectaron cifras alarmantes de la situación nutricional infantil en el país: el 8,0% de acortamiento, el 1,3% de emaciación y el 10,4% de obesidad; la prevalencia de anemia fue del 16,5% en menores de 6 años y del 35,3% en niños de 6 a 23 meses. Estos datos indicaron una magnitud sorprendente de niños y niñas afectados con anemia, llamada también “*desnutrición oculta*” ^[4]. Asimismo, se observó mayor prevalencia de condiciones de inadecuación nutricional entre niñas y niños que pertenecían a hogares de bajo nivel socioeconómico ^[5]. Cabe destacar que, como veremos, para el año 2012 -período en que se realizó el trabajo de campo- diversos estudios indicaban que los índices de desnutrición infantil estaban decreciendo ^[6].

Las políticas económicas de corte neoliberal implementadas en la mayor parte de los países de América Latina en las últimas décadas del siglo pasado, incluyeron medidas de flexibilización y desregulación laboral, así como la privatización de empresas estatales que, en su conjunto, incrementaron el desempleo y el empobrecimiento de gran parte de la población. Calvo y Aguirre ^[7] plantean que Argentina entre 1995 y 2002 atravesó una crisis alimentaria relacionada con la caída en la capacidad de compra de los conjuntos sociales –profundizada con la crisis institucional de diciembre de 2001 y el estallido de la economía a comienzos del 2002. Especialmente a partir de la década de 1990, en

el país y en toda la región, se pusieron en marcha programas sociales *focalizados*, dirigidos a la población de menores recursos socioeconómicos, por ejemplo, programas de transferencia monetaria o de entrega de cajas de leche. Esos programas tuvieron el carácter de *condicionados*, porque requerían como contraprestación por parte de las/os destinatarias/os los certificados de concurrencia a los sistemas de salud y de educación.

En los años posteriores –en especial a partir del 2003- en Argentina y en varios países de la región se dieron importantes transformaciones sociales y políticas en un proceso que implicó el reposicionamiento del Estado en la programación e implementación de políticas públicas. El Estado pasó a tener un papel central en la administración política y se implementaron políticas sociales que tuvieron como objetivo promover la inclusión social de los perceptores. Si bien los programas focalizados y condicionados subsistieron –en los distintos niveles estatales-, en el nuevo contexto, las políticas públicas implementadas por algunos gobiernos modificaron en parte los diagnósticos anteriores, aun cuando siguió siendo grande la brecha entre las declaraciones y el desarrollo de las mismas.

A fines de la primera década del siglo XXI, en comparación con la década de 1990, los países de América Latina, en general, y Argentina, en particular, habían registrado mejoras en sus condiciones de vida que se veían reflejadas en la situación nutricional de niños y niñas ^[8]. En Argentina, se cuenta con un estudio publicado en 2016 sobre la información suministrada por el Plan Nacer y el Programa Sumar –que brindan asistencia sanitaria en todo el territorio nacional a embarazadas, niños y adolescentes hasta 19 años y a mujeres y varones hasta los 64 años, sin cobertura social- en el que se investigaron los registros de los controles de salud de 1,4 millones de niños y niñas menores de 5 años en más de 6.500 centros de salud en todo el territorio nacional entre 2005 y 2013. En dicho estudio se observó que la prevalencia en el retraso del crecimiento (baja talla) se redujo en un 45% (de 20,6% a 11,3%) ^[9] y la prevalencia de bajo peso disminuyó un 38% (del 4% al 2,5%); mientras que la obesidad mostró niveles persistentemente altos durante el período, con importantes diferencias entre las regiones (12,5% a 11,6% entre 2005 y 2013). El retraso en el crecimiento (baja talla) y el bajo peso (para la edad) así como la obesidad son considerados como una de las principales formas en que se expresa la desigualdad social.

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante políticas orientadas a prevenir y disminuir la desnutrición y la anemia. En el marco del Programa Materno Infantil se implementa la distribución de leche en polvo a mujeres embarazadas y niños/as –a partir de los 6 meses y hasta los 6 años de edad– que se encuentren con compromiso nutricional. Desde el año 2001, según la Ley 25.459, la leche en polvo entregada por el programa está fortificada con hierro y zinc ^[10].

En la ciudad de Buenos Aires, en los centros de salud y acción social (en adelante, CESAC) ^[11] se entrega leche en polvo fortificada a niños y niñas (desde los seis meses hasta los seis años) y a mujeres embarazadas con el propósito de “contribuir a prevenir la desnutrición”

[12]. El programa depende del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y cuenta con el aporte del Programa de Atención de la Madre y el Niño dependiente de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud de la Nación. Se trata de un programa focalizado y condicionado. Las/os destinatarios/as deben presentar como contraprestación los certificados de los controles de salud y de asistencia escolar correspondientes.

Los programas alimentarios en general priorizan como titulares a las mujeres en rol de madres. De esta manera, identifican a las mujeres como responsables y cuidadoras “naturales” de sus hijos/as [13]. Esta particular delimitación se corresponde con la reducción de la práctica social del “maternaje”, que involucra a toda la sociedad, a la maternidad siendo ésta última definida en términos biológicos y en tanto dimensión exclusivamente femenina [14]. Las categorías estatales, al nombrar, instituyen y crean identidades sociales [15] y la repetición de los “actos de nombramiento” de las destinatarias como “madres” refuerza la esencialización del rol y la identificación de las mujeres en cuanto madres en detrimento de otros atributos.

Nari [16] y Colángelo [17] muestran los esfuerzos sistemáticos realizados por los estados occidentales desde fines del siglo XVIII y principio del siglo XIX con el fin de “maternalizar a las mujeres”, es decir, volverlas exclusivamente madres, entendiendo por maternidad un proceso natural representado por el binomio madre-hijo/a como base del grupo doméstico. La medicina contribuyó a este proceso inscribiendo la maternidad en la naturaleza y biología femeninas. En relación con nuestro país, las autoras plantean que la “maternalización de las mujeres” fue un proceso que acompañó la consolidación del Estado nacional (1890-1940). En esa etapa histórica, en la que los niños comenzaron a ser considerados como un valioso capital humano, las mujeres fueron vistas como las responsables de generar y cuidar de este capital, siguiendo las recomendaciones médicas sobre su cuidado. Desde el Estado y especialmente desde las sociedades médicas se fue construyendo una pedagogía maternal que contribuyó a la definición y delimitación de una “maternidad inapropiada”, así como a la definición de una “crianza apropiada” y una inapropiada [18].

Diversos estudios abordan la alimentación infantil y destacan que, especialmente durante el primer año de vida, ésta está modelada por orientaciones y prescripciones biomédicas [19]. En este marco las indicaciones médicas enfatizan las dimensiones biológicas y nutricionales desatendiendo las dimensiones sociales y políticas que atraviesan los procesos alimentarios. A su vez, los alimentos industriales, pueden considerarse mediaciones técnicas que intervienen tanto en complejas cadenas productivas globales como en las prácticas cotidianas de los sujetos sociales. Así, la expansión de la industria alimentaria, en particular la láctea, impacta en la vida cotidiana e interviene en los cuidados y la alimentación infantil, especialmente entre bebés, niños y niñas durante los primeros años de vida [20].

En la antropología social existe una amplia tradición de estudio sobre las imbricaciones entre lo político y lo ritual en distintos grupos y sistemas socioculturales^[21]. En el caso de la antropología médica diversas investigaciones dan cuenta de la relación entre ritual, poder y el proceso salud - enfermedad - atención^[22]. Como ha planteado Menéndez^[23], el cuerpo de niñas y niños en distintos conjuntos sociales se constituye en lugar de expresión de rituales; en las sociedades occidentales éstos se realizan en relación con la intervención biomédica, por ejemplo, a través de los asiduos controles de salud durante los primeros años de vida indicados por las/os profesionales pediatras -y cuyo cumplimiento es requisito para recibir programas sociales-, la aplicación preventiva de vacunas así como de suplementación alimentaria.

El concepto de rito alude a actos fundamentalmente repetitivos que subrayan cierto momento en la actividad pública o privada. En especial, los actos públicos -cuyo desenvolvimiento sigue un esquema muy preciso o está sujeto a determinados protocolos- han sido analizados como ritos. En su acepción más general, el rito, además de remitir a la idea de formalización de la actividad social, permite tomar en cuenta el lenguaje simbólico de los encadenamientos de actos y palabras en un contexto más general. Por ejemplo, en las sociedades "tradicionales" los rituales escenificaban las imbricaciones entre lo político y lo sagrado, haciendo referencia a la tradición, presentando al oficiante como soporte de valores colectivos y territorializando las prácticas.

Abélès, al investigar las políticas públicas en el contexto de la globalización, plantea que lejos de debilitarse los rituales ante la expansión de las nuevas tecnologías y medios de comunicación masivos, emergen nuevos ritos que combinan referentes tradicionales con procedimientos modernos^[24]. En las sociedades territorializadas, en las que el sentido de pertenencia local es un marcado elemento de la identidad individual y colectiva, los ritos permiten materializar la relación entre lo político y la sociedad civil. Desde este enfoque y con el fin de no cosificar los procesos políticos, Abélès propone analizarlos atendiendo a tres tipos de intereses: el poder (el modo de acceder a él y de ejercerlo), el territorio y las identidades que se afirman en él así como los espacios que se delimitan y, por último, las prácticas que conforman la esfera de lo público.

En este trabajo, recuperamos estos desarrollos y analizamos el momento de reparto de leche en un CESAC en tanto ritual atendiendo a la implementación de una política pública en la que se establecen distinciones entre los agentes estatales, los/las receptores/as de los programas y el valor simbólico de las prestaciones. En otras palabras, el concepto de rito nos permite aquí analizar los modos de implementación del programa alimentario en el centro de salud, el valor simbólico asignado a la caja de leche fortificada con hierro y zinc, el sistema de valores colectivos al que apela la política, así como también las problemáticas en cuanto al acceso a esa prestación por parte de la población.

Este artículo se desprende de una investigación más amplia que tuvo como objetivo conocer las prácticas alimentarias de familias -cuya integrante mujer en rol de madre procedía de Bolivia, Paraguay o Perú-

residentes en CABA y usuarias del sistema de salud público de la ciudad, atendiendo en el análisis a sus trayectorias migratorias y sus condiciones de vida ^[25]. Las prácticas alimentarias fueron analizadas a la luz del concepto paisajes alimentarios, definido como espacios de relación de las personas entre sí, con los alimentos y con los mensajes atribuidos a los mismos. La idea de paisaje destaca la perspectiva del actor localmente situado y la multiplicidad de espacios que habita ^[26]. Desde este enfoque, los paisajes alimentarios están atravesados por dimensiones tecnológicas, comunicacionales, económicas, ideológicas y étnicas. Asimismo, la noción de paisaje es pensada como punto de encuentro (o desencuentro) entre personas, mensajes y alimentos que requiere atender a las interconexiones jerárquicas u horizontales, así como a las relaciones de desigualdad social que condicionan a los sujetos, sus movimientos y sus prácticas.

El grueso del trabajo de campo se realizó en barrios del sur de la CABA entre el segundo semestre del 2011 y el primero del 2012. Luego de una etapa diagnóstica y del primer acercamiento al campo se trabajó con 15 mujeres migrantes, siete procedentes de Paraguay, cuatro de Bolivia y cuatro de Perú. La entrada en terreno fue facilitada por profesionales de los CESAC. Para comprender las prácticas alimentarias de las mujeres entrevistadas se utilizaron combinadamente diversas estrategias de la metodología cualitativa: entrevistas semi-estructuradas, abiertas y en profundidad, y observación participante en centros de atención primaria de salud y en sus domicilios. Asimismo, incluimos en el análisis los resultados de la aplicación de los denominados «Recordatorios de 24 horas de ingesta de alimentos» (de ahora en más, «los recordatorios»), una herramienta utilizada por profesionales en el área de Nutrición que permite relevar información detallada de los alimentos y bebidas consumidos el día anterior, atendiendo a los tipos de alimentos, las cantidades, los modos de preparación, entre las variables más relevantes ^[27]. En conjunto con nutricionistas de un CESAC elaboramos el esquema o grilla que sirvió de base para realizar los recordatorios. El mismo constaba de tres partes: en primer lugar el relevamiento de los alimentos consumidos por los integrantes del grupo doméstico en el hogar; luego, un registro de las cantidades y detalles de preparación de alimentos para uno de los/as niños/as integrantes de la familia; por último, se buscó registrar una preparación «especial» propuesta por la mujer entrevistada, con ingredientes, cantidades, formas de preparación y «secretos» incluidos. En nuestro estudio presenciamos los recordatorios de 24 horas realizados por nutricionistas en el marco de la estrategia cualitativa de investigación. El detalle de la comida del día anterior arrojó información significativa acerca de las circunstancias en que acontecía cada situación alimentaria narrada y nos permitió un acercamiento a la perspectiva de los actores involucrados. Así es que decidimos incluir los recordatorios en el proceso de construcción de datos etnográficos.

La mayoría de las mujeres con las cuales trabajamos tenía más de diez años de residencia en la ciudad. Todas las mujeres tuvieron hijos/as en Buenos Aires. Sólo tres mujeres tenían cinco hijos/as o más; el resto, menos de tres. Diez mujeres tenían hijos/as de tres años o menos, tres

de las cuales eran primerizas y tenían bebés -menores de diez meses. Las mujeres que migraron dejando hijos/as en sus países de origen habían logrado traerlos a Buenos Aires. Con respecto a la composición familiar, al momento de la entrevista diez mujeres vivían con sus parejas y hasta con dos hijos/as; y otras tres vivían con su pareja y más de dos hijos. Dos mujeres eran separadas -sin pareja conviviente- y jefas de familia con más de dos hijos.

En relación con las fuentes de ingresos, tres de las mujeres (dos paraguayas y una peruana) tenían trabajo formal asalariado (empleadas administrativas del sistema público de salud y empleada doméstica, respectivamente) y otra mujer estaba contratada en una cooperativa de limpieza, con un contrato anual. El resto tenía trabajos informales precarios e inestables (en trabajo doméstico, comercio y trabajo textil -en taller o domicilio), otras estaban desocupadas y tres se definían como "amas de casa". Éstas últimas tenían hijos menores de un año y anteriormente habían realizado trabajo doméstico o en comercios. Las mujeres trabajadoras informales y desocupadas percibían uno de los programas alimentarios de transferencia condicionada de ingresos implementados por el Ministerio de Desarrollo Social del gobierno de la CABA. Todas las mujeres que participaron de la investigación recibían la leche fortificada suministrada por los CESAC en el marco del programa alimentario implementado por el sector salud.

En cuanto al lugar de residencia en Buenos Aires, todas las mujeres de procedencia paraguaya y una de las mujeres de Bolivia residían en asentamientos sin plan de urbanización previo denominados "villas". En cambio, tres mujeres bolivianas y las cuatro mujeres peruanas vivían en distintos barrios del sur y centro de la ciudad. En la mayor parte de las viviendas que visitamos, ya sea en las villas y también en barrios residenciales, en una misma habitación dormían adultos/as y niños/as, y eran habitaciones multifuncionales. Especialmente en las villas, las cocinas solían ubicarse en la misma habitación que servía de dormitorio y de estar. Respecto del acceso al agua potable, las viviendas visitadas en las villas disponían de una sola canilla y su ubicación variaba en cada una y el agua se recolectaba mediante bidones u otros recipientes. El relevamiento de las características de las viviendas, la infraestructura de las cocinas, el acceso al agua, las formas y fuentes de ingresos se volvieron datos insoslayables para la comprensión de las prácticas de alimentación diaria, entre ellas el uso de leche provista por el programa de apoyo alimentario. Si bien la condición migrante de las mujeres fue relevante en el marco de la investigación citada, en el presente artículo constituye una dimensión que escapa a los objetivos específicos que aquí nos proponemos.

En este sentido, en las siguientes páginas buscamos aproximar respuestas a los siguientes interrogantes: ¿qué sentidos se le atribuye a la leche?, ¿qué sentidos y valores se expresan en la entrega de leche en el centro de salud? ¿Qué efectos produce en las relaciones entre las personas y familias destinatarias y los equipos de salud?, ¿cómo impacta en las prácticas alimentarias?, ¿cuál es el uso de la leche fortificada que realizan

las mujeres embarazadas o a cargo de niños/as? y ¿cómo inciden las contraprestaciones que exige el programa en el acceso a la leche?

En primer lugar nos acercaremos al producto “leche fortificada” a partir de las características e inscripciones de su envoltorio con el propósito de explorar los sentidos inscriptos en la caja del producto mismo. Posteriormente, indagaremos el momento de la entrega de la leche en la sala de espera de un centro de salud buscando identificar los valores que se producen y refuerzan en la ejecución del programa. Por último, abordaremos la circulación, el uso y la valoración de la leche por parte de las mujeres receptoras de las cajas.

La caja de leche fortificada: entre la industria láctea y el programa de salud

En este apartado nos detenemos en la descripción y el análisis de las inscripciones de la caja de leche para analizar los símbolos inscriptos en el producto alimentario ofrecido por el sistema público de salud. La alimentación, al ser un producto cultural, está atravesada por los significados que cada grupo le atribuye. Antes de probar un alimento, de llevarlo a la boca, necesitamos identificarlo, ordenarlo, clasificarlo, combinarlo mentalmente según categorías culturalmente definidas[28]. Con el crecimiento de la producción industrial de alimentos a nivel global y la complejización de los sistemas de comercialización aparece el marketing como elemento central que, a través del envoltorio mismo de los productos y de otros medios de comunicación, atribuye mensajes y significados a los alimentos manufacturados. La publicidad de alimentos y bebidas influye en las preferencias alimentarias, las decisiones de compra y las pautas de consumo^[29]. A su vez, en la sociedad contemporánea existe una exaltación de la salud como valor y, desde las corporaciones alimentarias, los publicistas utilizan variadas estrategias para promocionar los alimentos haciendo alusión al contenido nutricional o a los efectos beneficiosos en el organismo^[30].

Los productos alimentarios, haciendo uso de instrumentos de inscripción como es el marketing y las etiquetas, constituyen un dispositivo tecnológico que se ensambla en la cadena industrial. Así, el alimento –etiquetado, publicitado y exhibido– aparece como una mediación técnica que diluye las fronteras entre «adentro» y «afuera» (organismo, persona, hogar, barrio, comercio, institución médica, campo, ciudad, corporación alimentaria, mundo) y disuelve las escalas micro y macro sociales al intervenir simultáneamente en complejas cadenas productivas globales como en las prácticas cotidianas de numerosas poblaciones. Entonces, la responsabilidad de la acción (obtención y consumo del alimento) ya deja de ser solamente una cuestión de voluntad individual y pasa a ser responsabilidad del conjunto de sistemas, sectores, sujetos y objetos que hacen posible la articulación entre la persona o grupo de personas y los alimentos^[31].

La leche en polvo entregada por el programa -como muestran las Ilustraciones 1, 2 y 3- venía presentada en una caja de color blanco y - en la parte inferior- rojo, de 23 cm de alto, por 14 cm de ancho y 6,5 cm de espesor. Las imágenes y la información inscriptas en el frente y en dorso de la caja eran las mismas: en el centro figuraba grande y en azul la marca comercial "PURÍSIMA LÁCTEOS" y, a un costado "rinde 8 litros"; más arriba se leía en azul "leche en polvo entera" y, en rojo y subrayado, "fortificada con vitamina C, hierro y zinc" (estas inscripciones están también en la parte de arriba de la caja). Abajo del nombre comercial, estaba escrito en negro "Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Programas Especiales. Departamento Materno Infante Juvenil. Programa de Apoyo Nutricional. Prohibida su Venta o Comercialización". Más abajo a la izquierda había un círculo que indicaba que el producto era "libre de gluten", "sin T.A.C.C." y el "Peso Neto 1000g". En el ángulo de abajo a la derecha decía Industria Argentina y el ícono de la bandera correspondiente. Como imagen de fondo estaba la foto de una cuchara inclinada versando leche en polvo (arriba de la inscripción de la marca comercial) y, a la altura del logo de la empresa, el polvo se transformaba en leche líquida que terminaba de caer en un vaso con leche.

Siguiendo con la descripción del envoltorio, en uno de los costados de la caja (Ilustración 2) figuraban los ingredientes ("leche entera, ácido ascórbico, sulfato ferroso, sulfato de zinc") y la información nutricional; más abajo figuraba el calendario de vacunaciones que toma como referencia el Calendario Nacional de Vacunación de la República Argentina para el año 2009. Al pie de ese costado estaban los datos de la empresa que elabora el producto "S.A. LA SIBILA" radicada en Rosario, provincia de Santa Fe. En la página web de la empresa el slogan que aparece es el siguiente: "La Sibila. Una empresa argentina, líder en el mercado global de leche en polvo"^[32]. Del otro costado de la caja se leían recomendaciones y el modo de preparación (ver Ilustración 3). Entre las recomendaciones decía:

Para preparar Leche en Polvo Entera PURÍSIMA, recomendamos utilizar agua tibia previamente hervida, utilizando la proporción indicada de polvo y revolver suavemente. La leche en polvo permite mantener los nutrientes naturales de la leche fluida. S.A. LA SIBILA implementa los máximos controles en sus procesos para asegurar la Inocuidad y Calidad de este producto, por lo cual se recomienda: **Mantener el envase cerrado, en un lugar fresco, seco y oscuro. Una vez abierto, manejar el contenido con utensilios perfectamente limpios** (resaltado así en la inscripción de la caja).

Respecto del modo de preparación, allí se explica –recurriendo a frases y a imágenes- para obtener un vaso de leche, un litro y para cualquier otro volumen. Según se indica, para un vaso, verter agua tibia (200 ml) y agregar dos cucharadas soperas colmadas de leche en polvo (25g) y revolver suavemente. Para un litro de leche se debía utilizar medio litro de agua tibia y agregar 10 cucharadas (125 g) luego, revolviendo, agregar otro medio litro de agua. Debajo de estas indicaciones llamaba la atención un cartel amarillo que decía:

IMPORTANTE: No mezcle esta leche con té o mate porque esto puede cambiar su color y disminuye la absorción del hierro. Esta leche no debe ser hervida más de 5 minutos porque pierde parte de su valor nutritivo.

Debajo de este cartel, se indicaba –en letra más pequeña- lo siguiente: *“En la preparación para lactantes, las proporciones deben ser indicadas por el médico”* (subrayado presente en la inscripción de la caja).

En la solapa superior de la caja (como muestra la Ilustración 1) estaba el sello con el número de lote y la fecha de vencimiento. También el logo de la empresa y las inscripciones señaladas. Además, un cartel amarillo que en letras pequeñas decía: “La leche materna es el mejor alimento para el bebé. Hasta los seis meses de vida no debería recibir ningún otro alimento”.



Ilustraciones N° 1, N° 2 y N° 3

Imágenes del frente y de solapa superior (1) y de laterales (2 y 3) de una caja de leche en polvo suministrada por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.



La descripción de las características e inscripciones del envoltorio ubica al producto en la intersección entre contenidos, orientaciones e indicaciones biomédicas, farmacológicas y alimentarias. En general la industria alimentaria y en particular la industria láctea suele promocionar sus productos con mensajes que aluden a la salud como valor social. Se destaca que el alimento ha sido enriquecido con diversos minerales y vitaminas. Paradójicamente, si bien es un producto de fábrica, se lo presenta asociado a mensajes e imágenes que aluden a la “naturaleza” o a la “pureza” -como el mismo nombre comercial del producto indica- idea reforzada por el diseño de fondo con el efecto del polvo transformándose en el aire en leche líquida. Si bien se presenta el producto asociado a la noción de pureza, se trata de un alimento procesado

industrialmente y fortificado con diversas sustancias. Justamente las propiedades nutricionales que se señalan, lejos de ser los componentes intrínsecos al alimento mismo, son aquellas incorporadas en el proceso de producción sobre la base de la aplicación de tecnologías y técnicas de laboratorio. Más aun, se explica el modo de preparación aludiendo a un ámbito de asepsia como el del laboratorio, como alude la recomendación: *“manejar el contenido con utensilios perfectamente limpios”* difícilmente reproducible en viviendas, más aun en aquellas con restricciones de acceso al agua como señalamos era el caso de algunas de las mujeres entrevistadas.

Como se señaló, se desaconseja explícitamente en el mensaje del envoltorio su consumo como se suele hacer a diario con la leche común, por ejemplo, mezclarla con infusiones; en cambio, se sugiere beberla sola para reforzar su valor nutricional. De esta manera, se refuerza su status ligado a la salud y a la prevención. Así, la caja de leche, un producto técnico marcado por la intersección entre industria alimentaria, farmacéutica y la política pública, es presentada como una de las vías de resolución antes que como parte de las problemáticas alimentario-nutricionales de la población.

El ritual de la entrega de leche en un centro de atención primaria de la salud

En este apartado nos detendremos en el análisis de la implementación de este programa de apoyo alimentario, específicamente en el momento de la entrega de leche en uno de los CESAC visitados, en el sur de la ciudad. Para ello recuperamos los mencionados aportes de Abélès respecto del estudio de las políticas estatales desde tres ejes transversales: territorio, poder y prácticas y símbolos. Este enfoque nos permitirá aproximarnos a de la entrega de leche, en tanto política pública, analizando sus efectos en el territorio y las resignificaciones de los distintos actores.

Como se ha planteado, el Ministerio de Salud de la ciudad adquiría y distribuía a través de los CESAC leche en polvo fortificada con hierro, zinc y vitamina C para la complementación alimentaria y la prevención de carencias específicas en la población de niños y niñas hasta seis años y embarazadas. Para poder recibir la leche se exigía por norma la presentación del carnet sanitario que mostrara el cumplimiento de los controles de salud (de atención pediátrica o control del embarazo). La normativa vigente en la Ciudad de Buenos Aires indica los siguientes controles de salud obligatorios: controles mensuales durante el embarazo y post-parto, control quincenal durante el primer mes de vida; control mensual para niños de hasta 1 año, control bimestral para niños de 2 años, control semestral para niños de 3 a 5 años y control anual para niños de 6 a 18 años[33]. Sin embargo, con frecuencia la población no puede cumplir estos requisitos en gran parte a causa de las propias características de la oferta del sistema de salud local. La escasez de profesionales en relación con la cantidad de usuarios, entre otras cuestiones, dificulta el acceso a los turnos. En particular los CESAC ubicados en zonas cuya población es caracterizada como de “alto riesgo” sanitario (por ejemplo, los que

se ubican en villas o en barrios carenciados) presentan escaso número de pediatras en relación con la población infantil que atienden. Además tienen un espacio reducido o directamente carecen de un lugar exclusivo para almacenar la leche. En nuestro recorrido por diversos CESAC hemos visto paquetes con cajas de leche asignadas para el programa, apiladas en pasillos y consultorios.

Cada CESAC recibe la leche distribuida por el Ministerio y la dispensa la define cada centro según el criterio de la persona a cargo de la dirección y algunos profesionales del equipo. En general los centros de salud no disponen de personal específico para efectuar la tarea debiendo repartirse estas funciones entre administrativos, promotores de salud, enfermeras/os, pediatras, nutricionistas, trabajadores/as sociales, entre otro/as. Estas dificultades están asociadas a la falta de asignación presupuestaria y la falta de reconocimiento a nivel político e institucional de este tipo de atención [34].

Piaggio [35] ha analizado los conflictos suscitados en torno de la entrega de leche en el nivel de atención primaria de la salud en la década de los noventa en la Ciudad de Buenos Aires. En ese momento, lo dominante era la escasez del recurso leche en los centros de atención primaria y, en el contexto de las políticas de ajuste estructural y la creciente pobreza, la entrega de leche era fuente de conflictos entre lo/as integrantes del equipo de salud, entre esto/as y los/as usuarios/as y entre la población misma generando malestares y suspicacias entre quienes daban o recibían y quienes no lo hacían. A diferencia de ese panorama, en nuestro trabajo etnográfico registramos disponibilidad del insumo provisto por el gobierno de la ciudad con el aporte del estado nacional en los centros de salud visitados [36].

En el momento de la entrega de leche *"la salita"*, así llamada tanto por profesionales como por la población, congregaba a muchas mujeres. En ese centro de salud, la leche se entregaba por la mañana y para ello el personal de seguridad repartía cuarenta números. Para la entrega era requisito presentar certificación del control pediátrico. Sin embargo, en esos días sólo se repartían diez turnos para esa especialidad. En una de las ocasiones en que visitamos el centro, se había colocado en la puerta de entrada un cartel escrito con birome que decía, precisamente *"Se reparten sólo 10 números por día"*. En la ventanilla una señora estaba consultando y escuchamos que la empleada administrativa decía que *"los turnos de la tarde también se reparten a la mañana. Se dan sólo 10 números para el día. Se empiezan a repartir los números a las 7:30 hs pero ya hay familias que están haciendo cola desde la cinco de la mañana..."*. Así informaba la empleada, con un tono de resignación.

En una de nuestras primeras visitas a ese CESAC tuvimos la oportunidad de reunirnos con la jefa del centro quien, haciendo referencia al Programa alimentario y los requisitos establecidos para la entrega de leche, planteó que la solicitud del certificado del control en salud había contribuido a que se incrementaran las consultas médicas pediátricas: *"los controles aumentaron de 200 a 1200... Está muy bien porque si no el centro de salud se transforma en un almacén y así no puede ser"*.

Hemos podido captar posturas diferentes sobre los criterios y la organización de la entrega de leche. Algunas profesionales relataron un episodio de la semana previa en relación con la entrega de leche. Ese día, al llegar a las ocho de la mañana se encontraron con 60 familias apiñadas esperando recibir la leche por un problema de la institución que no había podido coordinar con el personal de guardia la entrega de los números. Ante semejante situación, decidieron que se entregara leche a las 60 familias argumentando que había sido un problema interno. Parte del equipo de dirección estuvo en desacuerdo con esa decisión, contraria a la norma allí establecida. Al respecto, una de las profesionales comentó:

entregan la leche como si fuera el premio Nobel. (...) Hay cuarenta familias esperando y llenan las planillas preguntando a cada mamá nombre, 1° apellido, 2° apellido, dónde va el acento... cuando sólo se necesitan pocos datos para después cargar en la computadora.

El siguiente registro de campo elaborado tras una observación participante en el centro de salud en el momento de la entrega de leche permite dar una idea acerca de estos problemas en la gestión cotidiana del programa alimentario en cuestión:

Al llegar al CESAC, la sala de espera estaba llena de gente, especialmente mujeres con bebés y niños pequeños, mujeres embarazadas y –aunque en menor cantidad– varones (junto a mujeres y con sus hijos) y personas mayores. La pediatra me presentó a Silvia, una mujer peruana de 36 años que hace 15 está en Buenos Aires. Vive en un barrio lindero a ese centro de salud, en una casa alquilada. Tiene tres hijos, el mayor de once años que está en 6° grado, un nene de cuatro años que va a jardín y una nena de 10 meses. Estaba también el marido que había venido al CESAC a las tres de la mañana para sacar número para la entrega de leche –que entrega en la puerta el personal de seguridad– y había logrado obtener el primero. Empezamos la entrevista, Silvia estaba con la nena más chica en sus brazos y le dio la teta. La nena un poco tomaba teta, un poco se distraía con el grabador. El otro hijo estaba jugando por allí con otro niño. En un momento el marido se acercó y se llevó a la nena. (...). Alrededor de las once y cuarto traen a la sala de espera un escritorio y lo ubican al lado de la puerta que da a los consultorios. Sobre el escritorio comienzan a acomodar las cajas de leche, apiladas de dos en dos. Tras el escritorio hay dos sillas. A las once y media aparece una profesional con guardapolvo blanco –trabajadora social de ese centro de salud–, apoya la caja con fichas y papeles (estimo que serían historias clínicas) y se sienta tras el escritorio. Al lado de ella hay un chico (tal vez un residente) y comienzan a llamar por número. Una persona de seguridad está ahí ayudando con la entrega de la leche y apilando las cajas en el escritorio, para entregarlas. Silvia se fue con su marido atenta al llamado dado que tenía el primer número. Me quedé al fondo en la sala de espera mirando cómo transcurría la entrega de leche. Esa mañana (madrugada) se habían repartido 40 números. La trabajadora social llamaba por número, las mujeres se acercaban con el carnet de control al día, la trabajadora social registraba los datos en una planilla. Indicaba qué cantidad de leche dar (según cantidad de leche y edades). El guarda ahí mismo alcanzaba esa cantidad de cajas a la madre, la trabajadora social hablaba con la madre. A mujeres con bebés se escuchaba que les decía “esta leche no es para el bebé, el bebé toma sólo pecho, porque esta leche es muy fuerte. Esta leche es para vos, para que te hidrates y puedas darle a tu bebé”... A su vez, la trabajadora social daba indicaciones al chico sentado a su lado. En un momento le toca el turno a una mujer que se acerca al escritorio pero no le dan la leche porque el último control es de diciembre del 2011 –estábamos en marzo del 2012– y el bebé como tenía menos de un año por norma debía cumplir con los controles mensualmente. “Por una cuestión preventiva tiene que venir al control una vez por mes. Después del año ya son más espaciados los controles. Cuando venga al control le doy la leche ese día”, dice la trabajadora social. La señora

le explica que vino varias veces a pedir turno pero no consiguió. Que ha venido 4:30 de la mañana y no ha conseguido. La trabajadora social le contesta "sé que es muy difícil, pero ponga energías para conseguir el turno y le doy la leche". "Los bebés pecho, la leche es para vos, para que te hidrates.... Esta leche es muy fuerte para el bebé todavía. Es para vos y para la nena más grande" se escuchaba decir nuevamente a la trabajadora social a las mujeres que se acercaban tras el llamado por número. En un momento llama a un número y se acerca una chica embarazada. "¿Estás embarazada?... la próxima vez me avisás que estás embarazada y no te hago esperar tanto. ¿Primer bebé?...". A otra señora, se escucha que le dice: "El control está al día, te falta el número para la leche. El jueves empieza a las 8:30 hs, tenés que venir antes para retirar el número". Aparece la jefa del centro de salud, saluda al señor de seguridad, a la trabajadora social y al chico presente y vuelve a entrar nuevamente a la parte de consultorios ^[37].

Interpretado como rito, el proceso del reparto de leche en el CESAC arroja luz sobre la implementación de la política pública y permite establecer distinciones entre el papel de los/as agentes estatales, los/las receptores/as de los programas y destacar el valor simbólico de las prestaciones. El rito incluye la localización de los actores en el mismo espacio que corresponde a la sala de espera de la salita ambientada *ad hoc* para la prestación de las cajas de leche. En ese contexto las cajas de leche adquieren un valor simbólico particular. Tal como muestra el registro en esta instancia ritual operan una multiplicidad de secuencias que combinan palabras y símbolos no verbales: la exhibición de las cajas de leche fortificada, prolijamente apiladas y acomodadas, que le confieren valor simbólico, al tiempo que el personal de seguridad participa custodiándolas y manipulándolas, profesionales del centro de salud llaman por número, controlando el cumplimiento de las prestaciones y completando planillas, calculando -en caso de cumplimiento de las contraprestaciones- la cantidad de cajas de leche a cada receptora. Esa puesta en escena que incluye gestos así como la manipulación de objetos de valor simbólico, integra el conjunto de la acción/discurso según un ordenamiento convencional ^[38].

La caja de leche puede ser analizada como símbolo ritual y, en cuanto tal, condensa múltiples funciones, reúne significados dispares e incluye un "polo ideológico" y un "polo sensorial" ^[39]. En el primer polo se encuentran los significados referidos a los órdenes morales y sociales de la sociedad mayor así como a principios de organización social, normas y valores socioculturales hegemónicos. En el otro polo el contenido está ligado a las características externas del símbolo, en este caso, remite a la caja de leche analizada en el apartado anterior. En cuanto a las normas y formas de organización de la entrega de leche, tal como aparece en el registro citado, se puede identificar como nudo problemático las cuestiones de accesibilidad a las cajas de leche, recurso público y símbolo ritual de la política analizada. Por ejemplo, el caso de Silvia muestra que había debido movilizarse todo el grupo familiar, participando el marido en el acceso al turno al llegar al centro de salud a la madrugada, en tanto ella se quedó con sus hijos menores (a quienes hicieron faltar a la escuela para acceder a la prestación) y se acercó con ellos al servicio, alistados para el control médico pediátrico. Ella había "puesto energía", efectivamente se

había “concentrado”-en términos de la oficiante- para salvar la escalera de obstáculos que la propia institución le colocaba.

Contrariamente, a las mujeres que no lograron alcanzar los requisitos, especialmente el previo control en salud o el número para ser llamada ese día, la oficiante no entregó la leche y, lejos de interpelar a la normativa o las condiciones estructurales que obstaculizaban el acceso, destacaba un aspecto trascendente que es la “*cuestión preventiva*” y aunque admitía que “*es muy difícil*”, llamó a las mujeres a “concentrarse”, a redoblar sus esfuerzos personales para alcanzar todas las condiciones para el acceso a la prestación: “*ponga energías para conseguir el turno y le doy la leche*”.

Como en el rito, durante la entrega de leche el eje no está puesto en lo que dice el oficiante sino en el sistema de valores en el que se inscriben sus acciones, en este caso la salud, la prevención, el mérito personal para lograr acceder a un elemento simbólico y nutricionalmente apreciado y, finalmente, el esfuerzo y la abnegación de la mujer en tanto madre por el cuidado de sus hijos/as. De esta manera, el sistema de valores y los símbolos son reactualizados por el acto ritual en el que se “sacraliza” la hegemonía de la interpretación médica, que comprende tanto el poder técnico -materializado en la caja de leche fortificada- así como también el poder moral que consiste en el deber de la subordinación a la prescripción médica, esto es, en la construcción de sujetos morales, cumplidores y adherentes. Aun más, dado que desde el programa los profesionales se dirigen primordialmente hacia las mujeres en rol de madre, uno de los efectos de la implementación del “ritual” es reforzar el lugar de ellas como responsables y cuidadoras “naturales” de sus hijos/as y, sobre todo, como una cuestión moral de subordinación a las prescripciones y proscripciones médicas para ser una “buena madre” y desempeñar una “maternidad apropiada”.

Según Conrad^[40] puede hablarse de “medicalización” cuando un fenómeno social que hasta el momento no había formado parte de la esfera médica se traduce y define en estos términos. En el terreno alimentario, la traducción del hambre como “desnutrición” o de la obesidad como “sobrealimentación” ilustran esta apropiación y naturalización que la medicina, en particular, y las ciencias de la salud, en general, realizan sobre determinadas problemáticas sociales. Contreras y Ribas^[41] retomando a Poulain plantean que es posible distinguir dos aspectos en la medicalización de la alimentación. El primero supone considerar a la alimentación en términos terapéuticos en contextos clínicos y en relación con una patología real o potencial, aquí las prescripciones nutricionales son formuladas por el profesional de la salud en el marco de la consulta médica. El segundo, denominado “nutricionalización”, se corresponde con la difusión de información nutricional en la sociedad a través de diferentes canales, como la prensa escrita, la televisión, así como las campañas de educación para la salud. En este caso, la medicalización de la alimentación no se inscribe dentro del orden de la terapéutica y de la relación médico-paciente sino, más bien, en el de la prevención, la promoción y la educación sanitaria de la población. Ambos aspectos están presentes en la implementación del programa alimentario analizado.

Un conjunto de prescripciones y proscripciones médicas rigen la entrega de leche a las mujeres (embarazadas o con hijos/as hasta seis años) destinatarias del programa. Por ejemplo, las indicaciones médicas estandarizadas que indican para quién es esa leche – *“es para vos y para la nena más grande”*- y para quién no, *“esta leche es muy fuerte para el bebé”*, exceptuando explícitamente a los bebés y, por supuesto, a los demás integrantes del hogar que no cubre el programa como hermanos/as mayores de seis años o adolescentes, hombres y adultas/os mayores.

La trabajadora social, que como parte del equipo de salud en esa ocasión se desempeña como oficiante del ritual, destaca -como muestra el registro citado- que la leche que se reparte bajo el programa es una *“leche fuerte”* dado que está fortificada con hierro, zinc y vitamina C, sustancias que hacen que sea un complemento alimentario de mejor calidad que aquellas que se consiguen en el mercado y que colaboran a mejorar la salud de los/as niños/as. Por este motivo se prescribe para las mujeres que amamantan y, en cambio, se proscribe para los/as bebés menores de seis meses. Es decir, se prescribe a las mujeres lactantes el consumo de la leche fortificada como complemento dietario *“para que te hidrates”*, situación que se inscribe en un proceso más amplio de medicalización donde los alimentos pasan a transformarse progresivamente en medicamento, es decir, asociados a la “buena salud” o a prevenir enfermedades antes que a responder a la necesidad de satisfacer el hambre o proveer energía entre otras funciones de la alimentación. Al mismo tiempo, el mismo conjunto de prescripciones naturaliza la lactancia materna: *“esta leche no es para el bebé, el bebé toma sólo pecho”*. En nuestra investigación hemos registrado que el conjunto de prescripciones y proscripciones médicas excluye a aquellas mujeres que encuentran dificultades para amamantar. Las prescripciones tampoco consideran que dar el pecho constituye una praxis corporal, esto es, una experiencia asentada en movimientos corporales dentro de un ambiente social y material^[42]. Lejos de concernir exclusivamente a la madre y al niño/a, es un fenómeno social multifacético que involucra también a las familias, a la sociedad, a los empleadores, a los/as profesionales de la salud y al gobierno en cuanto a las posibilidades de crear adecuadas estructuras de apoyo que favorezcan o dificulten el amamantamiento^[43].

Indicaciones médicas, alimentación infantil y lactancia materna

En un apartado anterior, en la descripción y análisis como rito de la entrega de leche en el centro de salud, pudimos acercarnos al poder técnico y moral de la jurisdicción médica –materializado en la caja de leche. Abordamos ahora las formas en que éste se expresa e impacta en las prácticas de las mujeres con quienes trabajamos. Como señala Menéndez^[44], los sujetos llevan adelante los cuidados y la alimentación de sus hijos/as de acuerdo con sus saberes, sus experiencias de atención y con la apropiación que realizan de las indicaciones/prescripciones/

recomendaciones médicas. En nuestro estudio las mujeres, especialmente quienes eran madres primerizas con bebés, invocaron las prescripciones médicas como las voces autorizadas en relación con la alimentación de sus hijos/as principalmente durante el primer año de vida.

Históricamente la medicina al constituirse en un saber especializado sobre el cuidado de los/as niños/as dio lugar a la expansión de un proceso de medicalización tanto de la niñez como de la crianza. De esta manera, el profesional médico se erigió como la fuente de consulta respecto del cuidado infantil, tomando el lugar que antes ocupaban los curadores populares y las mujeres de la familia o cercanas a ella. En la actualidad, los/as médicos/as pediatras continúan estableciendo la distinción entre los saberes científicos, especializados, autorizados, y los saberes comunes, a través de la prescripción, la orientación y las recomendaciones^[45].

Mirtha, procedente de Paraguay y madre primeriza de un bebé de seis meses a quien aún amamantaba y comenzaba a darle alimentos semisólidos, destacó -en una entrevista en la que también participó una nutricionista que realizó el recordatorio de 24 horas- la figura de los profesionales de pediatría y sus recomendaciones como parámetro en cuanto a los cuidados y, especialmente, en la alimentación de su bebé. En este sentido sus respuestas pusieron en evidencia la legitimidad de la autoridad médica en cuanto a los cuidados infantiles y el conjunto de indicaciones y contraindicaciones para una “crianza apropiada”:

N: ¿Él toma teta y además toma otra leche?

M: No, sólo la teta.

N: Y ayer nos contaste que al mediodía le habías dado un purecito.

M: Sí, a las once y media. Y antes de darle la comida le tengo que dar su remedio porque me dieron [en el CESAC] dos vitaminas para que le dé... (...) todos los días le tengo que poner 10 gotitas. (...) Sí, al principio no le gustaba mucho. A partir de 4 meses le dieron. Este [frasco conteniendo hierro] ya va por tres (...)

N: A las 11 que le diste el almuerzo.

E: No le diste pan ni galleta, ¿no le das nada?

M: No porque no quieren que le dé pan, ni galleta...

N: Y le pusiste... herviste el zapallo y lo pusiste, ¿le pusiste algo más?

M: No, no, nada más.

N: No le agregaste nada.

M: No quieren que le dé la sal ni nada ^[46].

A la hora de explayarse sobre la alimentación de su hijo, Mirtha aludió a las prescripciones médicas para explicar lo que “le da”, esto es, los alimentos “permitidos” como, por ejemplo, “puré de zapallo”, y lo que los profesionales “no quieren que le dé” al bebé, como sal y galletitas, los “prohibidos”.

Otra cuestión que pone en evidencia el fragmento del relato de Mirtha es la presencia de productos farmacéuticos relacionados con los cuidados diarios y la alimentación del bebé. Además, identifica los suplementos alimentarios que le suministra diariamente: “le tengo que dar su remedio” y las “10 gotitas”, indicados médicamente y provistos de modo gratuito por el centro de salud. Así, cada día desde hacía dos meses le suministraba a su hijo un complemento alimenticio de vitaminas y hierro. De este modo, los procesos de la atención médica de niños y niñas proveían al consumo

cotidiano de productos de la industria farmacéutica y alimentaria (los suplementos dietarios de vitaminas y minerales, además de la leche en polvo fortificada), uniendo nutrición infantil y fármacos en el marco de la vida doméstica. Tal como Fox y Ward^[47] plantean, en las sociedades contemporáneas se registra una “domesticación” del uso de productos farmacéuticos relacionados con acontecimientos de la vida diaria –como la alimentación infantil–, productos que tienen cada vez mayor presencia en los hogares, especialmente en habitaciones y cocinas. De esta manera, como sostienen los autores, el ámbito doméstico se ha transformado en locus del marketing y el consumo de productos farmacéuticos que incorporan a los ciudadanos y a las industrias farmacéuticas en una red de relaciones sociales que se extiende desde las arenas personales a las corporaciones industriales, vía el mercado y las políticas públicas.

En efecto, en la vivienda de Mirtha –una habitación alquilada en la villa 21-24 donde vive con su hijo de seis meses y su marido– podía observarse a un costado de la cama la presencia de una mesa pequeña con productos para el cuidado del bebé: elementos para higienizarlo, cambiarlo (un pañal, oleo calcáreo, aceite para bebé, alcohol) y también medicamentos provistos por el centro de salud (hierro y vitaminas como suplementos alimenticios) y, además, un analgésico que fue provisto por el hospital porque había estado resfriado.

Antonia, mujer nacida en Bolivia, a cargo de cinco hijos/as, con pareja conviviente, obtenía su sustento a partir de su trabajo para la industria textil que realizaba de forma precaria en su domicilio. Antonia no poseía su documentación en regla por lo cual no era beneficiaria de ningún programa social y solamente recibía las cajas de leche entregadas por el centro de salud. En su relato insistía: «Y si no trabajo, mis hijos no comen, nada... Ese es el problema». En una entrevista realizada en su casa durante su quinto embarazo (casi a término) comentó:

A: Cosas de lactancia, nada, porque no alcanza. No le doy mucho a los chicos eso, yogur, queso, no les doy porque no me alcanza la plata. La leche de la salita nomás toman ellos.

E: ¿Te reparten una caja o dos por mes? ¿Cómo es?

A: Dos kilos por mes me dan. Y eso no alcanza para ellas, apenas quince días logro. Ella es muy chiquita [dos años] y es la que toma más leche, y la otra que tengo con problemitas en la caderita, la otra que va a la escuela. Ellas las dos son las que puedo dar leche, y las otras dos no, porque si no, no alcanza la leche. Té o café, así están ellos, los más grandes^[48].

“Cosas de lactancia nada”: a diferencia del entendimiento habitual en los servicios de salud, Antonia usaba la noción de “lactancia” para aludir a productos de la industria láctea socialmente asociados a la alimentación infantil a los que ella no podía acceder. Las únicas “cosas de lactancia” a su alcance eran las cajas de leche en polvo fortificada que le entregaban en la salita en el marco del programa alimentario. Justamente, mientras ella hablaba, en la alacena de su casa a su costado se alcanzaba a ver dos cajas abiertas. Espontáneamente explicó que recibía leche sólo para dos de sus hijas, la de dos años y la de siete que tenía un problema en la cadera. Las dos hijas más grandes no consumían lácteos puesto que no entraban

en el programa de apoyo alimentario y, como tampoco percibía ningún programa de transferencia monetario y el ingreso de su trabajo era magro, entonces tenía un estrecho margen de maniobra que le impedía comprar esos productos en el mercado.

Las palabras de Antonia contradecían nuestra asociación de sentido lactancia-maternidad y nos resonaron especialmente porque ella estaba embarazada de ocho meses –poco después la vimos amamantando a su hijo– y ligaba la noción de lactancia a productos lácteos artificiales antes que a dar el pecho. En los dichos de Antonia prevalecía la asociación a “lactancia artificial” incluida como tercera acepción en el diccionario de la Real Academia Española^[49]. En su primera acepción lactancia deriva del verbo lactar que se define como amamantar o dar de mamar. Como segunda acepción se remite al “primer período de la vida de los mamíferos, en el cual se alimentan sólo de leche”. Por último, el diccionario define lactancia como el “sistema de alimentación exclusivamente de leche. *Lactancia artificial, materna o natural*” (resaltado de Real Academia Española).

Esta diferencia en la asignación de sentidos respecto del término lactancia puede dimensionarse en el trasfondo del proceso histórico de expansión de la medicalización y mercantilización de la alimentación de los niños recién nacidos. Las recomendaciones médicas sobre la nutrición infantil han variado entre la valoración diferencial de la lactancia materna vis a vis la leche maternizada en diversos momentos del siglo XX. Hacia comienzos del siglo pasado, se abrió un nuevo escenario para la lactancia con la medicalización e institucionalización del proceso embarazo-parto- puerperio y la expansión de nociones médicas sobre los cuidados y la alimentación de los recién nacidos a vastos sectores de la población. Las ciencias médicas colaboraron en la promoción de una alimentación cada vez más basada en fórmulas comerciales y, junto con la industria en general y la alimentaria en particular, aportaron a la transformación de las pautas socioculturales respecto de la alimentación y los cuidados infantiles.

En el caso de Antonia, las “cosas de lactancia” además de la leche en polvo provista por el sistema de salud, incluían esos productos de la industria láctea dirigidos a niños y niñas, como la leche, el yogur o el queso. Antonia denominaba así a productos lácteos de consumo frecuente y ampliamente legitimados en la población infantil que ella no podía proveer a sus hijos o a los que le era difícil acceder.

Cuando la visitamos por segunda vez había nacido su hijo menor que ya tenía un mes. Me comentó que tenía problemas con su capacidad de lactar y que había comenzado a comprar leche maternizada “Sancor Bebé 1”. Si bien expresó que a sus cuatro hijas más grandes las había podido amamantar sin dificultades, planteó que “ahora con él es el problema, que ya se me secó toda la leche”. Hacía dos días había ido al centro de salud para control del niño y su intención había sido pedir que la ayudaran a conseguir leche “Nutrilon” porque sabía que con prescripción médica podía conseguirla. Como se presentó en la salita un día después del turno de control de niño sano que tenía programado –porque se le pasó la fecha– ninguna médica la pudo atender y le dieron un nuevo turno para el mes siguiente.

Aun cuando la leche materna es un alimento que deviene de la fisiología humana, dar el pecho -lejos de ser una práctica natural e instintiva de los cuerpos gestantes- está atravesado por dimensiones subjetivas y socioculturales, inserto en una red de vínculos sociales e institucionales, en contextos históricos, económicos y políticos particulares, que le confieren diversas significaciones y que pueden promoverlo o desalentarlo.

La leche fortificada y su consumo: circulación, usos y resignificaciones de los grupos familiares

La leche en polvo fortificada provista por el sistema de salud se presenta como un producto valioso del cual las mujeres se apropian, utilizándolo en relación con las valoraciones propias de sus familias y grupos de pertenencia, en el contexto de sus particulares condiciones de vida. Siguiendo a Appadurai^[50], el consumo es eminentemente social, correlativo y activo en lugar de privado, atomizado y pasivo. El consumo -y la demanda que lo hace posible- está supeditado a la definición y el control social. Esto es, el autor plantea que las demandas de consumo de los individuos de nuestra sociedad están reguladas por criterios ampliamente variables de "lo apropiado". Desde este enfoque, la demanda es un impulso socialmente regulado y generado y no un mero artefacto de los caprichos o las necesidades individuales. La demanda puede manipularse mediante instancias políticas directas.

Entre las mujeres trabajadoras en condiciones informales, que contaban no sólo con menor margen en el acceso a los alimentos y a los insumos para cocinar sino también en los tiempos de aprovisionamiento, elaboración y cocción, la introducción de niñas y niños en la mesa familiar se mostraba como una cuestión compleja. En estas familias identificamos el reemplazo de comidas por mamaderas de leche en los/as niños/as de entre uno y tres años. Por ejemplo, volviendo a Antonia, en una ocasión, al hacer referencia a la comida del día anterior de Caty, su hija de dos años, señaló que había almorzado muy poco y había sustituido esa comida por mamaderas de leche:

A: Sí. Caty a la mañana se levantó a las nueve y media, toma la leche; que tiene la costumbre de que nosotros le hacemos la mamadera a esa hora. (...)

E: Mamadera. ¿Y qué leche, la que te dan en el centro de salud?

A: Sí, esa leche, esa caja. Y después al mediodía ella acostumbra a comer con nosotros. Esta semana no le dimos fruta, pero ella acostumbra a comer manzana, pero no le dimos.

E: Manzana, ¿cómo la come...?

A: Así, mordiéndolo, no, le hacemos rallada, nada.

E: ¿Pero después de comer o entre comidas?

A: A veces no come comida, a veces sólo come eso. Porque ella no está acostumbrada a comer comida seca, no lo come. Una o dos cucharas lo mete a la boca y ya está no lo quiere. Entonces, le damos más leche, más leche, más leche»^[51].

La mamadera de leche fortificada -elaborada con las cajas provistas por el centro de salud- aparecía como recurso disponible y nutricionalmente valorado. Las prescripciones médicas la definían como producto

“apropiado” en cuanto a la capacidad nutricional (excepto para bebés menores de seis meses) y también los paisajes mediáticos que difunden las campañas publicitarias de la industria láctea que vinculan la leche -y el conjunto de productos lácteos- con alegaciones nutricionales, es decir, mensajes que destacan cualidades nutricionales o beneficiosas para la salud derivadas de un ingrediente o componente del alimento.

Entre los/as niños/as de edad escolar, el consumo de estos productos era mayor en el desayuno y la merienda y en las comidas principales parecían estar en un lugar marginal, como postres. En cambio, entre niños y niñas menores de tres años, observamos una sostenida presencia de los lácteos a lo largo del día incluso, como muestra el relato de Antonia, sustituyendo comidas principales. El análisis efectuado por nutricionistas de los recordatorios alimentarios de 24 horas de 12 niños/as de entre seis meses a nueve años indicó entre cinco y nueve momentos de comidas a expensas de leche en mamadera o en vaso. A su vez, se observó que menos de la mitad de los/as niños/as menores de 3 años consumían frutas y vegetales en alguna de sus comidas; por otro lado, en sólo dos casos coincidían consumo de frutas y vegetales en el mismo día. Es decir, tanto el registro etnográfico como el nutricional coincidieron en señalar el significativo consumo de productos lácteos en relación con otros alimentos (como frutas o verduras).

Pese al valor y la legitimidad asignada a las recomendaciones de los pediatras, en nuestro trabajo hemos podido constatar que las prácticas y los saberes cotidianos sobre alimentación también juegan un importante papel en el cuidado infantil. Así, se lee en la siguiente transcripción de la narración de Silvia:

Cuando la médica me dice: ‘dale purecito, dale lo otro’ y él [el marido] me dice: “pero eso no es comida, dale lo que le tienes que dar”. Porque él dice: “acá en la Argentina muchos no se alimentan como en Perú”, los frijoles, los porotos como te decía yo... Él me dice: “milanesa no es alimento”. Y yo le digo, “milanesa es alimento pero ellos están acostumbrados a comer no como tú que es arroz y arroz”. A él no le gustan las pastas y dice: “a mí esto no me llena” y no es una cosa que te llene es una cosa que te nutra le digo. “Ah bueno, está bien”. Lo que me decían los médicos yo le daba. Y de a poquito le empecé a dar un poco más arroz, una cucharada, después dos más. Al principio hacía lo que la pediatra me decía: “dale poco para empezar”. Ya después del año, más mis comidas que hacía yo de a poco. Con los dos primeros sí, tuve más cuidado. Pero con ella no, le doy de todo [52].

Aquí Silvia admite haber seguido más estrechamente la prescripción de los/as profesionales médicos/as en los primeros meses de vida – especialmente durante el primer año- de sus dos hijos mayores. En cambio, a su tercera hija de nueve meses ya le ofrecía aquello que preparaba para el menú familiar intercalando las recomendaciones médicas con su propia “gramática culinaria”, esto es, con los alimentos combinados, preparados, servidos y consumidos de acuerdo con las reglas que establecen las formas apropiadas y socialmente aceptadas en la cocina los grupos sociales de pertenencia^[53]. En definitiva, Silvia, aquella mujer que sí había podido “esforzarse” -en términos de los profesionales del equipo de salud- y conseguir la leche, sin embargo, la preparaba para sus niños/as, no para

ser bebida sola sino que, contrariamente a las prescripciones médicas, la incorporaban como ingrediente en sus "gramáticas culinarias", por ejemplo, avena con leche, arroz con leche y queso fresco. Así ella lo explica:

La uso en la avena con Quáker que preparo al desayuno porque cuando hago así le siente el gustito, "¿esta leche de qué es?" Le sienten el gustito, prefieren la otra pero igual la toman, la hago en el arroz con leche, ahí les meto, o también cuando hago la sopa le echan un chorrito de leche y ellos agarran le echan la leche en polvo, dos cucharitas y la mueven. Una vez les hice yo así entonces lo vieron y les gustó o, si no, también le echo el queso fresco en trocitos que se derrita ahí les gusta ^[54].

Nótese en este extracto la mención a una marca comercial de productos de industria alimentaria, claro ejemplo del poder de las corporaciones en imponer sus productos como referencia entre la población.

Finalizando, cabe señalar que, si bien la comercialización de la leche en polvo fortificada provista por el programa de apoyo alimentario está explícitamente prohibida, caminando por la feria de un barrio de la zona sur de la CABA hemos visto de forma aislada alguna caja para la venta en uno de los puestos. Contrariamente a lo establecido por las normas vigentes, la circulación de esa caja de leche muestra que ese producto alimentario, devenido en recurso público por la acción de una política de salud, se desvía de la ruta prevista (su consumo por parte de la población materno-infantil destinataria del programa) siendo resignificado y colocado en el circuito comercial barrial, integrado en otras redes de intercambio.

Reflexiones finales

En las páginas anteriores, analizamos el programa de entrega de leche fortificada implementado por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires atendiendo tanto al conjunto de valores en que se inscribe esta política pública, así como a las condiciones de acceso a las prestaciones y los usos por parte de las familias. Al tratarse de un programa alimentario condicionado, éstas debían satisfacer un conjunto de requisitos en términos de prestaciones en salud y educación. Los datos etnográficos mostraron que el debilitamiento del primer nivel de atención en el sistema de salud y la escasez de profesionales en relación con la demanda poblacional dificultaban la consecución de turnos obstaculizando el acceso a este y otros programas sociales. Ante las dificultades que el sistema imponía para cumplir con los requisitos, los equipos de salud, lejos de interpelar públicamente el diseño y la implementación de las políticas, apelaban a la importancia de la "prevención" como cuestión trascendental y al esfuerzo y los "méritos" de las mujeres para alcanzar las metas fijadas.

Asimismo encontramos que desde el programa de apoyo alimentario se ponderaba la caja de leche fortificada como forma de prevención de problemáticas complejas tales como la desnutrición y la anemia desatendiendo la composición de las familias, sus condicionantes socioeconómicos así como los saberes y las prácticas desplegados en la alimentación diaria. El programa de entrega de leche al estar inscripto

en procesos de medicalización y “nutricionalización” de la alimentación, aborda la prevención de enfermedades desde una óptica individual –sólo para algunos/as integrantes seleccionados de las familias que lograban alcanzar los requisitos del programa- y biológica –al enfatizar la fortificación de la leche entregada. Al mismo tiempo, la caja de leche, analizada como mediación técnica en la implementación del programa en “la salita”, mostró la articulación entre los programas públicos, las personas localmente situadas y el sistema de producción industrial. En este proceso, es posible afirmar que el sector salud contribuye a legitimar los productos de laboratorio industrial como instancias técnicas de resolución nutricional corriendo fuera del foco el carácter colectivo y político de los procesos alimentarios.

Chris Shore, al analizar las políticas públicas en los estados modernos, resalta las maneras ambiguas y disputadas en que éstas son promulgadas y recibidas por las personas “*en terreno*” [55]. Siguiendo al autor, las políticas públicas pueden ser interpretadas por sus efectos, por las relaciones que crean y los modos de asignación de identidades particulares a individuos y grupos específicos. En nuestro estudio, el análisis de la entrega de leche en cuanto rito nos acercó al sistema de valores en que se inscribe la política pública así como la “sacralización” y legitimación tanto del poder técnico de la medicina como de su poder moral que consiste en la construcción de sujetos/madres cumplidores/as y adherentes. Como explica Shore, las políticas públicas, sin bien son inherentemente instrumentales dado que contienen una voluntad de poder, no son simplemente un elemento de persuasión y legitimación sino que también objetivan a quienes se dirigen y las/os someten a la mirada de los expertos. De esta manera, las políticas públicas crean nuevas categorías de personas y nuevas formas de subjetividad. En este sentido, el programa alimentario analizado, al priorizar a las mujeres en rol de madres como destinatarias, pone en juego cuestiones morales de subordinación a las prescripciones y proscripciones médicas para alcanzar una “maternidad apropiada”.

La leche en polvo fortificada provista por los centros de salud -gestionada con empeño por parte de las mujeres- era apreciada por ellas por su valor nutricional para la alimentación infantil. En algunos casos, cabe destacar que se trataba de la principal vía de acceso a productos lácteos. A su vez, entre niños y niñas menores de tres años, especialmente entre aquellas familias en condiciones socioeconómicas más vulnerables, observamos una sostenida presencia de los lácteos a lo largo del día incluso sustituyendo comidas principales. Por otra parte, las mujeres que tenían mayor margen de maniobra para el acceso y elaboración de los alimentos, preparaban y consumían la leche, no para ser bebida sola como indicaban las prescripciones médicas, sino incorporada a sus propios estilos de cocinar y sus propias “gramáticas culinarias”. En síntesis, el análisis de la caja de leche fortificada en tanto símbolo de la política de prevención y control de los procesos de crianza, reproducción y alimentación bajo el signo de la medicina da cuenta de tensiones, contradicciones y apropiaciones, entre las recomendaciones “expertas” y las prácticas cotidianas de alimentación, entre lo prescripto y las

preferencias alimentarias, y también entre lo deseable y lo posible en contexto de subalternidad.

Agradecimientos

Agradecemos a editores y evaluadores de la Revista Andes por la lectura atenta de las versiones anteriores de este artículo y los valiosos aportes realizados.

Notas

[1] ENNyS 2007, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Documento de resultados, Ministerio de Salud de la Nación, 2007 [En línea] <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1a.pdf>. [Consulta: 15 de septiembre del 2016].

[2] La anemia es un indicador de mal estado de nutrición y de salud. Es definida como un trastorno en el que el número y tamaño de los eritrocitos, o bien la concentración de hemoglobina, caen por debajo de un determinado valor de corte disminuyendo así la capacidad de la sangre para el transporte de oxígeno en el organismo. Aunque las causas de la anemia son diversas, se estima que la mitad de los casos se deben a una deficiencia de hierro (ferropenia), un nutriente esencial para el desarrollo y el crecimiento celular en los sistemas inmunitario y neuronal, así como para la regulación del metabolismo energético y el ejercicio. La anemia afecta a la salud y el bienestar de las mujeres y aumenta el riesgo de resultados maternos y neonatales adversos. Asimismo, las/os niñas/os son particularmente vulnerables a la anemia ferropénica debido a sus mayores necesidades de hierro en los períodos de crecimiento rápido, sobre todo en los primeros cinco años de vida. [En línea] http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_anaemia/es/ [Consulta: 5 de junio del 2018]

[3] ENNyS 2007, Ob. Cit., p. 19.

[4] Kogan, Laura, Abeyá Gilardón, Enrique, Biglieri, Ana, Mangialavori, Guadalupe, Calvo, Elvira y Durán, Pablo, "Anemia: la desnutrición oculta", en Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, Buenos Aires, 2008 [En línea] <http://datos.dinami.gov.ar/produccion/nutricion/material/A1d.pdf> [Consulta: 15 de septiembre del 2014].

[5] Al momento de escribir estas páginas desde el Ministerio de Salud de la Nación se está implementando la segunda Encuesta de Nutrición y Salud (ENNyS II). www.msal.gov.ar/images/stories/Licitacionesmsal/Ver_Pliego_ENNyS_2_PNUD%2013005.pdf

[6] Calvo, Elvira Beatriz y Aguirre, Patricia, "Crisis de la seguridad alimentaria en la Argentina y estado nutricional en una población vulnerable", Archivos Argentinos de Pediatría. 2005; 103 (1):71-90; Nuñez, Pablo, Resumen, Investigación sobre resultados del Plan Nacer/ Programa SUMAR. Ministerio de Salud de La Nación, 2015 [En línea] <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/investigacion-resultados-sumar.pdf> [Consulta: 30 de julio del 2018]

[7] Calvo, Elvira Beatriz y Aguirre, Patricia, 2005, Ob. Cit.

[8] Longhi, Fernando, Gómez, Alicia, Zapata, María Elisa, Paolasso Pablo, Olmos Fernanda, Ramos Margarido, Silvina, "La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo", Salud colectiva, N° 14 (1), 2018, pp. 33-50.

[9] Nuñez, Pablo A, Fernández-Slezak, Diego, Farall, Andrés, Szretter, María Eugenia, Salomón, Oscar Daniel, Valeggia, Claudia, "Impact of Universal Health Coverage on

Child Growth and Nutrition in Argentina”, *AJPH Research*, April 2016, Vol. 106, N° 4, pp. 720-726.

[10] Abeyá Gilardon Enrique, “Una evaluación crítica de los programas alimentarios en Argentina”, en *Salud Colectiva*, 12(4), Buenos Aires, 2016, p. 589-604 [En línea] https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/scol/v12n4/1851-8265-scol-12-04-00589.pdf [Consulta: 15 de enero del 2017]

[11] Los CESAC conforman el Área Programática de cada Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. La ciudad cuenta con 12 áreas programáticas, una por cada Hospital General de Agudos con excepción de uno -Hospital Ramos Mejía.

[12] Red Federal de Control Público. Auditoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Atención de la Madre y el niño. Plan Nacional a Favor de la Madre y el Niño, 2010, p. 1.

[13] Pautassi, Laura y Zibecchi, Carla, La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de transferencias condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias, CEPAL, Santiago de Chile, 2010.

[14] Pozzio María, Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud, IDES-Centro de Antropología Social, Buenos Aires, 2010, p.17.

[15] Bourdieu, Pierre, “Espíritus de Estado. Génesis y estructura del campo burocrático”, en *Revista Sociedad*, N° 8 Facultad Ciencias Sociales UBA, Ciudad de Buenos Aires, 2002[1993] [En línea] <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/1042.pdf>. [Consulta: 15 de marzo del 2016]; Shore Cris, “La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas”, *Antípoda*, N°10, enero - junio de 2010, pp. 21- 49.

[16] Nari Marcela, Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004.

[17] Colángelo Adelaida, “La crianza como proceso sociocultural. Posibles aportes de la antropología al abordaje médico de la niñez”, en *Primeras Jornadas Diversidad en la Niñez*. Hospital El Dique, Ensenada, Buenos Aires, 2014, p. 3.

[18] Colángelo, Adelaida, La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la argentina, entre 1890 y 1930, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, 2012. Disponible en: http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/_documentos/tesis/tesis_1233.pdf. [Consultado el 10 de julio del 2016]

[19] Menéndez, Eduardo Luis, “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” *Alteridades*, 4 (7), Ciudad de México, 1994, pp. 71-83; Nari, Marcela, Políticas de maternidad y maternalismo político, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2004; Colángelo, Adelaida, La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la argentina, entre 1890 y 1930, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, 2012. Disponible en: http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/_documentos/tesis/tesis_1233.pdf. [Consultado el 10 de julio del 2016]

[20] Scheper-Hughes Nancy, La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil. Editorial Ariel, Barcelona, 1997.

[21] Durkheim, Emile, Las formas elementales de la vida religiosa, Akal Universitaria, Madrid, 1992; Mauss, Marcel, Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas, Katz Editores, Madrid, 2009; Van Gennep, Arnold, Los ritos de paso, Taurus, Madrid, 1986; Turner, Víctor, La Selva de los Símbolos, Siglo XXI,

Madrid, 1980; Abeles Marc, *Rituales y comunicación moderna*, En Jean-Marc Ferry el al, *El nuevo espacio público*, Gedisa, Barcelona, 1995, pp. 140 -157.

[22] De Martino, Ernesto, *La terra del rimorso*, EST, Milano, 1996 [1971]; Levi Strauss, Claude, *Antropología estructural*, Paidós Buenos Aires, 1968; Frankenberg, Ronald Time, *Health and Medicine*, Sage Publications, London; Menéndez, Eduardo Luis, "De rituales y subjetividades. Reflexiones sobre algunas características de los grupos de Alcohólicos Anónimos", *Desacatos*, N° 29, enero-abril 2009, pp. 107-120.

[23] Menéndez, Eduardo Luis, "Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales", *Relaciones*, Vol. XXVII, N° 107, 2006, pp. 147-178.

[24] Abélès, Marc, "La antropología política: nuevos objetivos, nuevos objetos", *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, N° 153, 1997, [En línea] file:///C:/Users/guill/Downloads/la-antropologia-politica-nuevos-objetivos-nuevos-objetos.pdf [Consulta: 15 de marzo del 2016].

[25] La investigación comenzó con una beca otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga en el 2011 a Andrea Solans (en carácter de investigadora becaria). El corpus empírico proporcionado por dicho estudio fue retomado por la investigadora para la elaboración de la Tesis de Maestría en Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, denominada "Mujeres migrantes y paisajes alimentarios en Buenos Aires. Entre redes de abastecimiento, políticas públicas y tradiciones culinarias", dirigida por la Dra. Susana Margulies, defendida en el año 2017. En el presente artículo se citan registros de campo y fragmentos de entrevistas que fueron realizados en el marco de dicha investigación.

[26] Appadurai, Arjun, *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*, Ediciones Trilce, Uruguay, 2001.

[27] Ferrari, Mariela Ángela, *Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas, Dieta*, Buenos Aires, Vol. 31, N° 143, 2013, pp. 20-25.

[28] Fischler, Claude, *El H'omnívoro*, Editorial Anagrama, Barcelona, 1995.

[29] Patel, Raj, *Obesos y famélicos*, Marea Editorial, Buenos Aires, 2008.

[30] Díaz Rojo, José Antonio, Morant I., Marco Ricard y Westall Pixton, Debra., "El sanismo lingüístico: recursos retóricos en la publicidad y etiquetado de los alimentos", *Revista de investigación lingüística*. Vol. III, 2005, p. 35-51.

[31] Latour, Bruno, "Un colectivo de humanos y no humanos", *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2001, pp. 208-257.

[32] Sitio web de La Sibila [En línea] <http://www.lasibila.com.ar> [Consulta: 29 de junio del 2016]

[33] Si bien entre organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) existe un consenso acerca de los beneficios para la salud de la prevención primaria y secundaria referidos a inmunizaciones y controles de salud en niños sanos y en mujeres embarazadas, no existen pautas claras sobre la frecuencia y la periodicidad con la que deben realizarse los controles de salud de los niños y en las embarazadas. Por ejemplo, la Sociedad Canadiense de Pediatría y la Sociedad de Pediatría de Estados Unidos recomiendan realizar ocho o nueve controles de salud en los dos primeros años de vida. La Sociedad Argentina de Pediatría, en cambio, recomienda realizar veinte controles en los primeros dos años de vida, un control mensual durante el primer año de vida y uno bimensual durante el segundo (Red Federal de Control público. Plan Nacional a favor de la madre y el niño 2010, 17-18).

[34] Red Federal de Control Público, 2010, Ob. Cit.

[35] Piaggio, Laura Raquel, “Del conflicto al problema de intervención. Reflexionando en torno a la inserción del antropólogo en servicios de salud”, en *Actas de las Jornadas de Antropología de la Cuenca del Plata*, Universidad Nacional de Rosario, 1997.

[36] Cabe mencionar que según un informe publicado en la Legislatura porteña, la entrega de leche fortificada con hierro en el marco del Subprograma de Apoyo Nutricional - Programa de Salud Infantil del Ministerio de Salud de CABA fue para el año 2012 de un total de 608.844 kilos y para el año 2015, 381.418 kilos. Estos datos muestran que para el 2015 el estado porteño proveyó casi un 38% menos de ese recurso en comparación con el 2012 debido a la disminución y fluctuación en la compra y distribución del insumo. Fuente: Informes a la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. - Art. 5 Ley 105/98 - S.S. PROMOCION SOCIAL (MDSGC).

[37] Registro de campo, marzo del 2012, CESAC X. Para marco institucional véase nota 27.

[38] Abélès, Marc, 1997, Ob. Cit.

[39] Turner, Víctor, 1980, Ob. Cit., p.31.

[40] Conrad Peter, “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en D. Ingleby (Ed.), *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*, Crítica- Grijalbo, Barcelona, 1982, p.129-159

[41] Contreras, Jesús y Ribas, Joan, “Los alimentos modificados. ¿El omnívoro desculturalizado?” en *Gazeta de Antropología*, 28 (3), 2012. En línea <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1708>. [Consulta: 15 de marzo del 2016]

[42] Citro, Silvia, “La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios para una genealogía (in)disciplinar”, en Citro Silvia (Ed.), *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2010, pp. 17-58.

[43] Van, Esterik, Penny y Greiner, Ted, “Breastfeeding and women’s work: constraints and opportunities”, en *Studies in Family Planning*, Vol. 12, N° 4, 1981, pp. 184–197; Narayanan, Rama, *At what cost? Women’s multiple roles and the management of breastfeeding*, Swaminathan Research Foundation, Chennai, 1997. Disponible en: http://59.160.153.185/library/sites/default/files/517-At%20what%20cost_0.pdf. [Consultado el 15 de julio del 2016].

[44] Menéndez, Eduardo Luis, “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”, *Alteridades*, Vol 4, N° 7, Ciudad de México, 1994, pp. 71-83.

[45] Colángelo, Adelaida, 2014, Ob. Cit.

[46] Fragmento de entrevista con Mirtha, realizada en su domicilio, que incluye el recordatorio de 24 hs llevado a cabo por una nutricionista. M: Mirtha, N: nutricionista, E: entrevistadora. Septiembre 2011. Para marco institucional véase nota 27.

[47] Fox Nick y Ward1 Katie, “Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalisation of everyday/night life”, en (S.J. Williams, J. Gabe and P. Davis Eds) *Pharmaceuticals and Society. Critical Discourses and Debates*, Wiley-Blackwell, West Sussex, 2009, pp. 41-53.

[48] Fragmento de entrevista con Antonia, en su hogar, Barrio Charrúa, agosto del 2011, remarcado nuestro. Para marco institucional véase nota 27. A: Antonia, E: entrevistadora.

[49] Real Academia Española [En línea] <http://dle.rae.es/?id=MlXKq2y> [Consulta: 21 de julio del 2016]

[50] Appadurai, Arjun, 2001 Ob. Cit., p. 48.

[51] Fragmento de entrevista con Antonia, en su hogar, barrio Charrúa, octubre del 2011. Para marco institucional véase nota 27. A: Antonia, E: entrevistadora.

[52] Fragmento de entrevista realizada con Silvia, marzo del 2012. Para marco institucional véase nota 27.

[53] Montanari, Massimo, La comida como cultura, Ediciones Trea, Asturias, 2006.

[54] Fragmento de entrevista con Silvia, realizada en sala de espera de CESAC, marzo 2012. Para marco institucional véase nota 27.

[55] Shore, Chris, 2010, Ob. Cit, p. 29.