



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Huergo, Juliana; Lourdes Casabona, Eugenia

El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar?

Salud Colectiva, vol. 12, núm. 1, 2016, pp. 97-111

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar?

Child nutritional status in contexts of urban poverty: a reliable indicator of family health?

Juliana Huergo<sup>1</sup>, Eugenia Lourdes Casabona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Nutrición.  
Doctora en Estudios  
Sociales de América Latina.  
Investigadora Asistente,  
Consejo Nacional de  
Investigaciones Científicas  
y Técnicas (CONICET).  
Profesora Adjunta, Escuela  
de Nutrición, Facultad de  
Ciencias Médicas, Universidad  
Nacional de Córdoba,  
Argentina.  
julihuergo@hotmail.com

<sup>2</sup>Licenciada en Nutrición.  
Maestranda en Salud Materno  
Infantil. Profesora Adscripta,  
Escuela de Nutrición,  
Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de  
Córdoba, Argentina.  
eu\_g21@hotmail.com

**RESUMEN** Este trabajo pone en discusión la premisa de que el estado nutricional de un niño menor de seis años constituye un indicador fidedigno de la salud familiar. Para ello, se llevó adelante una estrategia de investigación basada en estudios de casos siguiendo un diseño cualitativo (observación participante y entrevistas semiestructuradas mediante un muestreo intencional) enmarcado en el paradigma interpretativista. Además, se valoraron antropométricamente 20 niños menores de seis años asistentes al Centro de Cuidado Infantil de Villa La Tela, Córdoba, Argentina. En ese marco, entendiendo al estado nutricional como un objeto que incluye procesos biológicos socialmente determinados, se lo postuló analíticamente como un cruce entre el dato estadístico y su determinación social. El estado nutricional infantil en tanto dato estadístico es meramente descriptivo y para que colabore en el entendimiento de su determinación social debe ponerse en relación dialéctica con los módulos de sociabilidad que se proponen para el análisis de la reproducción de los problemas de salud.

**PALABRAS CLAVES** Estado Nutricional; Niño; Salud de la Familia; Argentina.

**ABSTRACT** This work questions the premise that the nutritional status of children under six years of age is a reliable indicator of family health. To do so, a research strategy based in case studies was carried out, following a qualitative design (participant observation and semistructured interviews using intentional sampling) and framed within the interpretivist paradigm. The anthropometric measurements of 20 children under six years of age attending the local Child Care Center in Villa La Tela, Córdoba were evaluated. Nutritional status was understood as an object that includes socially determined biological processes, and was therefore posited analytically as a cross between statistical data and its social determination. As a statistic, child nutritional status is merely descriptive; to assist in the understanding of its social determination, it must be placed in dialectical relationship with the spheres of sociability proposed to analyze the reproduction of health problems.

**KEY WORDS** Nutritional Status; Child; Family Health; Argentina.

## INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de la existencia social de la infancia como categoría diferenciada del género humano data del siglo XVII<sup>(1)</sup>. Sin embargo, la valoración del estado nutricional y/o del estado de salud infantil no siempre constituyó una preocupación de índole médica. La desnutrición junto a la diarrea –dos de las grandes causas de mortalidad infantil– fueron reconocidas como enfermedades pediátricas recién en 1933<sup>(2)</sup>. Tales acontecimientos denuncian el carácter rutinario de la muerte durante la historia de la infancia hasta ese momento, la naturalización y normalización de la mortalidad como parte del paisaje social. Al no representar un problema social ni de salud, el Estado no era interpelado para intervenir<sup>(3)</sup>.

En el siglo XVIII, la génesis de la medicina científica o biomedicina tuvo lugar en el conjunto de clases sociales a partir de un abordaje integral de las condiciones de vida y de salud poblacionales. Esta integralidad, paulatinamente, comenzó a desvanecerse con el advenimiento y la consolidación de la cultura científica moderna que propuso la segmentación del conocimiento, reconfigurándolo disciplinariamente alrededor de la corriente de pensamiento científico positivista: alimento-combustible y cuerpo-máquina, que se presenta separado de su cualidad de sujeto (sensibilidad y cognición)<sup>(4),(5)</sup>.

En ese marco, el Estado, apoyado en la ciencia, tomó un rol de educador respecto a los *modos correctos* de alimentarse, cuidarse, higienizarse, apelando a la disciplina y al orden familiar<sup>(6)</sup>. En consecuencia, la malnutrición ya sea por déficit o por exceso quedó concebida como un estado de carácter a-histórico, a-social y a-político, cuya génesis es biológica e individual<sup>(4)</sup>. Su etiología se basa en la genética –defectos congénitos o herencia familiar– como factor predisponente a un menor o mayor tamaño corporal en comparación con el *adecuado*, según estándares de referencia para el crecimiento infantil. Esto implica que la inclusión en el análisis de conceptos tales como hábitos y

cultura, propios de la matriz simbólica de un colectivo social, se restringe a un plano individual supeditado al campo de la moral, a modo de interpelación a las madres sobre su desempeño en relación con la salud de sus hijos<sup>(5)</sup>.

El movimiento latinoamericano de medicina social se gestó en América Latina durante la década de 1960 como paradigma contrahegemónico a la biomedicina, y su bandera de lucha político-ideológica se enraizó en el intrínseco carácter histórico-social de los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones<sup>(7)</sup>. Junto a esta corriente de pensamiento se reactualizaron discusiones gestadas en el seno de las ciencias sociales dos siglos atrás<sup>(8)</sup>, que permiten postular al estado nutricional como *la expresión de qué de lo socialmente producido va a parar a cada quien*<sup>(9)</sup>.

No obstante, aún hoy, hay muertes de niños que siguen pasando desapercibidas, *sin llanto*, en disímiles sitios alrededor del mundo, cuyo denominador común es la pobreza<sup>(10)</sup>. Todavía existe una incapacidad por parte de la medicina científica para postular el hambre y la malnutrición como consecuencia de una *relación social* de dominación o colonización, tal como plantea De Castro<sup>(11)</sup>. En un intento de contribuir en esa dirección, en el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que a nivel poblacional los primeros cinco años de vida son cruciales para lograr un crecimiento y un desarrollo óptimos, lo cual depende en mayor medida de la nutrición, de las prácticas de alimentación, del ambiente, de los cuidados recibidos y de la atención sanitaria, que de los factores genéticos o étnicos<sup>(12),(13)</sup>. Con anterioridad a esos aportes, la ventana crítica para garantizar un crecimiento y desarrollo infantil adecuados respondía al tiempo comprendido entre el nacimiento y los dos años de edad<sup>(14)</sup>. En dicho escenario, el estado de salud y de nutrición de los niños menores de dos años eran considerados indicadores de la salud de la propia familia, al ser estos los miembros más vulnerables de la misma<sup>(6),(15)</sup>.

El presente trabajo, a partir del recorte etario propuesto por la OMS, tiene por

objetivo poner en discusión la premisa de que el estado nutricional de un niño menor a seis años constituye un indicador fidedigno de la salud de su familia. Particularmente, al analizar lo que ocurre en dicho sentido en Villa La Tela<sup>[a]</sup>, ciudad de Córdoba, Argentina.

La Tela es una de las villas de emergencia más grandes y antiguas de la ciudad de Córdoba, ubicada en la zona oeste. La estructura de su espacio físico expresa la presencia de necesidades básicas insatisfechas en los hogares, que brindan una nítida postal de pobreza estructural. Según el censo local del año 2007, residen allí alrededor de 594 familias que transitan el ciclo de crianza de los niños.

## METODOLOGÍA

Se llevó adelante una estrategia de investigación basada en estudios de casos siguiendo un diseño cualitativo enmarcado en el paradigma interpretativista<sup>(16),(17),(18)</sup>. Tal como se desarrolla más adelante, los dos casos de estudio estuvieron constituidos por niños de Villa La Tela seleccionados mediante la técnica de comparación analítica por similitud, que consiste en presentar una alteración simultánea en dos de los indicadores antropométricos evaluados con relación al patrón de referencia de la OMS. En ese sentido, los estudios de casos tienen la potencialidad de abordar el tema objeto de interés con la profundidad necesaria para su comprensión holística y contextual<sup>(16)</sup>. Asimismo, cabe mencionar que, con la finalidad de resguardar la identidad de los niños y sus familias, se reemplazaron sus nombres por otros de fantasía.

La elección de Villa La Tela obedece a un vínculo de trabajo previo (desde el año 2007) con los referentes del Centro Comunitario “Rincón de Luz”, creado en 1996 por una vecina del lugar en la manzana N°3. Los pobladores al describir dónde viven refieren que habitan en una “zona de mallines”, que en lengua mapuche significa tierra pantanosa, bañado o estero<sup>(19)</sup>. De hecho, encontraron en este tipo de suelo la causa del

desmoronamiento de la estructura edilicia del mencionado Centro ocurrido en 2009, circunstancias que condujeron, por estricta necesidad, a que sus actividades<sup>[b]</sup> se trasladaran a la sala de usos múltiples del Centro Integrador Comunitario (CIC), edificio gubernamental situado en la esquina de la misma manzana N°3. Su funcionamiento cesó en 2012 debido a reiterados conflictos con la gestión municipal que dirigía el CIC en aquel entonces.

Por otra parte, al entender el estado nutricional como un objeto que incluye procesos biológicos socialmente determinados<sup>(20)</sup>, se lo postuló analíticamente como un cruce entre el dato estadístico (biomedicina) y un proceso determinado socialmente.

## El estado nutricional en tanto dato estadístico

El estado nutricional, en tanto dato estadístico, constituye una variable compleja dado que presenta cuatro dimensiones relacionales: bioquímica, clínica, alimentaria y antropométrica. La valoración del estado nutricional a partir de mediciones e indicadores antropométricos constituye una herramienta valiosa, particularmente en estudios epidemiológicos<sup>(21)</sup>. En esta investigación se indagó sobre las dos últimas dimensiones señaladas.

El sitio elegido para la valoración antropométrica fue el Centro de Cuidado Infantil (CCI) que funciona en el marco del Centro Comunitario “Rincón de Luz”. En ese espacio se ofrecían servicios comunitarios de estimulación, cuidados y prestaciones alimentarias (almuerzo y merienda) a niños menores de seis años a través del financiamiento del Gobierno de la Provincia de Córdoba<sup>[c]</sup>. Por aquel momento, en palabras de una de las referentes del Centro Comunitario, el CCI era la única organización de Villa La Tela que respondía a que: “[el] alimento tangible [asistencia alimentaria] vaya de la mano del alimento intangible [estimulación, cuidados]” (nota de campo, visita a la referente del Centro).

El universo estuvo constituido por los 35 niños que asistían al CCI (pertenecientes a 27

familias). Para la conformación muestral se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: que el niño asistiera al CCI y que perteneciera a una familia que aceptara voluntariamente formar parte del estudio, dentro de un plazo máximo de tres visitas domiciliarias. En función de los resguardos éticos basados en las Declaraciones de Nüremberg, Helsinki y Tokio, se visitó a cada núcleo familiar para informar al responsable de los niños sobre: objetivos de la investigación, estrategias metodológicas, tratamiento, destino y confidencialidad de la información. De manera complementaria se dejó constancia escrita de lo manifestado verbalmente. Hubo 15 niños (pertenecientes a 11 familias) que no formaron parte de la muestra por diversos motivos: cuatro habían dejado de asistir al CCI por no vivir más en Villa La Tela, dos no participaron por decisión de su familia y, por último, nueve fueron visitados más de tres veces sin obtener respuesta alguna por parte de sus padres.

Por consiguiente, se evaluaron antropométricamente 20 niños (pertenecientes a 16 familias) a partir de los nuevos estándares de crecimiento y desarrollo de la OMS<sup>(13)</sup>, siguiendo las técnicas de medición recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación en cooperación con la Organización Panamericana de la Salud<sup>(22)</sup>. Las unidades de medida de los indicadores antropométricos –peso para la edad, talla para la edad, índice de masa corporal (IMC) para la edad– se expresaron en percentiles, con valores límites situados en percentil 3 (mínimo) y percentil 97 (máximo).

### El estado nutricional en tanto proceso determinado socialmente

Resulta interesante recuperar la aclaración de Bengoa para la lectura de los datos estadísticos. El autor plantea que concebir que los niños “son” malnutridos cierra todo tipo de cuestionamiento y frente a ello pregunta si “son o están” malnutridos. Mientras el “son” cierra cualquier tipo de problematización, el “están” la abre<sup>(3)</sup>. Al decir de Marx,

citado por Breilh: “la historia de la naturaleza y la historia de los seres humanos se condicionan recíprocamente”, en una relación dialéctica y no determinística, ni en uno ni en otro sentido<sup>(20)</sup>.

En esa dirección, para poder comprender la construcción del estado nutricional infantil se puso en relación el dato antropométrico obtenido con la historicidad de su producción/reproducción en función de los módulos de sociabilidad propuestos por Samaja para el análisis de la reproducción de los problemas de salud de las sociedades humanas: biocomunal (familia), comunal-cultural (Villa La Tela), político-estatal (se abre a otras instituciones, a la universidad, al Estado), económico-societal (mercado)<sup>(23)</sup>, que ponen énfasis tanto en las condiciones materiales de vida como en la trama vincular existente. Uno de los conceptos nodales del modelo analítico que propone el mencionado autor es la *epigénesis*, que proviene del campo de la embriología y alude a los procesos de desarrollo por estadios. Todo estadio nuevo se crea sobre uno anterior. De hecho, la epigénesis se refiere al desarrollo formativo que se levanta, recursivamente, sobre los resultados anteriores, entrañándose en su interior (asimilación, según Piaget) y resignificándolo (acomodación, según Piaget).

En lo que respecta al seguimiento de las líneas de crecimiento de los niños, al no contar con acceso a sus respectivas historias clínicas, se acudió al recuerdo materno, a los fines de identificar tendencias (curvas paralelas a la mediana, planas o con aumentos/descensos leves o pronunciados) que posibilitaran interpretar las mediciones realizadas. Se interrogó a las madres sobre el recuerdo de situaciones puntuales a lo largo de la vida del niño, que se hubieran registrado como el comienzo de un cambio en el peso, la talla, y también si hubo recuperación o estancamiento de tales medidas corporales en el tiempo.

El mutuo conocimiento entre el investigador y los miembros de la familia posibilitó que el dato construido sobre el estado nutricional no fuera impersonal. Las conexiones inherentes a la *construcción social del estado*

*nutricional infantil* fueron esbozándose a partir del cruce de información obtenida a través de las siguientes técnicas y etapas de la investigación:

a. *Etapas de entrada al campo*: entrevistas semiestructuradas a siete encargadas de organizaciones comunitarias, una referente de apoyo escolar, un promotor de salud, un médico y una trabajadora social del equipo de salud, una psicóloga a cargo de un programa social alimentario con implementación local, una trabajadora social perteneciente al Centro de Participación Comunal (dependencia municipal) y dos directivos de instituciones educativas públicas de la zona. La conformación de la muestra fue intencional. Los ejes de indagación fueron: historia de la Villa, condiciones de vida, percepción sobre las problemáticas locales, cómo se organiza diariamente el comer familiar y sus razones, y actividades de las organizaciones locales vinculadas a la alimentación.

b. *Etapas de valoración antropométrica*: se realizó observación participante en cada visita al CCI, durante la preparación y las prestaciones alimentarias, la comensalidad, las actividades de recreación y estimulación; en el contexto barrial inmediato, haciendo énfasis en las dinámicas cotidianas entre vecinos, en las reuniones celebradas en instituciones y organizaciones locales y en diversos festejos (como el día del niño y de las familias); y en los encuentros domiciliarios con determinadas familias de los niños asistentes al CCI. Estas últimas interacciones posibilitaron evitar mediaciones de terceros para el conocimiento de cómo viven las familias e interactúan en su día a día y, sobre todo, en la generación de vínculos de confianza en una comunidad extremadamente intervenida, como es el caso de Villa La Tela, donde el externo que pregunta (médico, trabajador social, nutricionista) evalúa para quitar o para dar (recursos, lineamientos, líneas de acción); por lo que las respuestas –en muchos casos– podrían adecuarse al deber ser, en esta oportunidad, del nutricionista<sup>(24)</sup>. A su vez,

esas interacciones permitieron observar qué relaciones se establecen entre la construcción del estado nutricional infantil y el cuerpo de los otros miembros familiares, particularmente sus madres.

Considerando que *cómo comen* las familias está en relación dialéctica con *cómo viven*, entre los años 2008 y 2011, durante el tiempo de interacción, se incorporaron datos cualicuantitativos obtenidos de fuentes secundarias (censos de población, notas periódicas, trabajos locales y académicos acerca de Villa La Tela).

El análisis posterior de la información primaria y secundaria se basó en los postulados de la teoría fundamentada o método comparativo constante<sup>(25)</sup>. Se partió de la información obtenida durante el trabajo de campo, es decir, del estado nutricional como *dato estadístico* para poder enmarcarlo en su condición de *proceso*. A los fines de dar materialidad a esa relación entre lo biológico y lo social se tomaron puntualmente los casos de los niños Juan y Antonio.

## RESULTADOS

### El estado nutricional en tanto dato estadístico: diagnóstico antropométrico

Las edades de los niños valorados antropométricamente oscilaron entre los 19 y los 67 meses, presentando una distribución homogénea por sexos (50% masculino y 50% femenino).

El indicador *peso para la edad* arrojó que 17 niños (85%) se encontraron dentro del área de la normalidad (entre el percentil 10 y el 90), mientras que los tres niños restantes (15%) presentaron *riesgo de bajo peso o emaciación* (entre el percentil 10 y el 3). La malnutrición por déficit reflejada por el indicador *peso para la edad* mostró que tres de los niños valorados antropométricamente no habían alcanzado la masa corporal adecuada para su edad cronológica.

El indicador *talla para la edad* dio cuenta de que 18 niños (90%) presentaron una talla



normal para su edad (por encima del percentil 3), mientras que en dos niños (10%) se observaron valores por debajo del percentil 3, es decir, presencia de *baja talla o acortamiento*. En efecto, la malnutrición por déficit expresada a partir del indicador *talla para la edad* evidenció que dos niños no pudieron alcanzar un crecimiento lineal adecuado según su edad cronológica.

El indicador *IMC para la edad* reflejó que 14 niños (70%) presentaron un estado nutricional normal (entre el percentil 10 y el 88); dos niños (10%), un estado nutricional en condición de *riesgo de bajo peso* (entre el percentil 10 y el 3); y cuatro niños (20%) un estado nutricional con *malnutrición por exceso*. En ese sentido, dos de ellos (10%) evidenciaron *sobrepeso* (entre el percentil 85 y el 97), mientras que los otros dos (10%), *obesidad* (por encima del percentil 97). De esto se desprende que la malnutrición arrojada por el indicador *IMC para la edad* es tanto por déficit (dos niños) como por exceso (cuatro niños), siendo esta última de mayor prevalencia.

Entonces, si se retoman los hallazgos obtenidos para cada indicador: a) el 55% (n=11) de los niños evaluados presenta un estado nutricional que en su dimensión antropométrica es adecuado para su edad y sexo; y b) el 45% (n=9) posee algún tipo de malnutrición al expresar valores que se ubican por fuera del rango de la normalidad según el indicador del que se trate (Cuadro 1). No se evidenciaron casos de niños en los cuales coexistiera malnutrición por déficit y por exceso.

De manera complementaria, desde la Unidad Primaria de Atención de la Salud (UPAS) N° 31 refirieron que si bien es muy baja la prevalencia de bajo peso al nacer dentro de su área programática de cobertura (Villa La Tela y zonas aledañas), en lo que respecta a los niños evaluados antropométricamente uno de ellos nació prematuro con un peso de 1.800 kg, aunque al momento de la valoración antropométrica presentó parámetros normales (evidenciando un adecuado crecimiento compensatorio).

## El estado nutricional en tanto proceso: el dato estadístico en el marco del sistema económico capitalista y el espacio físico e interaccional barrial

A escala global, la trama entre nutrientes, energía, alimentos y cuerpos se constituye como la cartografía que (re)mapea la actual geopolítica del hambre<sup>(11)</sup>. Si adherimos a Fischler, el “comiente” se construye comiendo<sup>(26)</sup>. Empero, en una sociedad capitalista (o de clases) el alimento es una mercancía cuya apropiación difiere según la capacidad de pago. Dicha apropiación no es solo de energía y nutrientes, sino también de la posibilidad de construir significados a su alrededor. Por ello, la geopolítica encuentra en las relaciones sociales de dominación las ignominiosas causas del hambre, plasmándolas en territorios concretos. En lo que respecta a nuestro caso de interés, Villa La Tela expresa tales asimetrías sociales.

En 2003, se creó a nivel local la Unidad Primaria de Atención de la Salud (UPAS N° 31). En ese momento se instaló en la Villa un emblemático grupo de profesionales, que tenía un marcado perfil comunitario alineado con los postulados de la medicina social latinoamericana y, a la vez, un gran reconocimiento por parte de los pobladores, lo cual propiciaba un vínculo de confianza. Tales cualidades habilitaban a los usuarios a realizar visitas –con o sin turno– para charlar sobre preocupaciones y evacuar inquietudes de diversa índole, no solo vinculadas a la salud. Entre los años 2010 y 2013<sup>[d]</sup>, el equipo de salud experimentó una alta rotación por motivos político-ideológicos, básicamente debido a disidencias con la conducción municipal de turno respecto a las *formas de hacer salud* en los barrios.

Por esa razón, se ha perdido el *caminar la Villa*, que los caracterizaba como institución de salud, y con ello la llegada a familias que no accedían regularmente a la UPAS. Desde 2010 hasta fines de 2011, en que termina el trabajo de campo de la presente investigación, cuando una familia recibía el diagnóstico de alguna patología infantil –desnutrición, entre otras–, este quedaba *contenido* en la

**Cuadro 1. Diagnóstico antropométrico nutricional de los niños asistentes al Centro de Cuidado Infantil del Centro Comunitario “Rincón de Luz”, Villa La Tela, ciudad de Córdoba, Argentina, 2011.**

Número de caso	Número de familia	Nombre ficticio	Edad en meses	Estado nutricional
1	1	Karen	63	Eutrófico
2	2	Martín	64	Eutrófico
3	3	Sebastián	55	Eutrófico
4	4	Tatiana	38	Malnutrición por exceso <sup>3</sup>
5	4	Celeste	58	Eutrófico
6	5	Matías	34	Eutrófico
7	6	Antonio	43	Malnutrición por déficit <sup>1</sup>
8	7	Brenda	62	Malnutrición por déficit <sup>2</sup>
9	8	Mariano	38	Malnutrición por exceso <sup>3</sup>
10	8	Darío	67	Eutrófico
11	9	Margarita	61	Eutrófico
12	9	Andrés	43	Eutrófico
13	10	Adrián	51	Malnutrición por déficit <sup>2</sup>
14	11	Fernando	30	Eutrófico
15	12	Candelaria	60	Malnutrición por exceso <sup>4</sup>
16	13	Juan	55	Malnutrición por déficit <sup>1</sup>
17	14	Alma	54	Eutrófico
18	15	Otilia	33	Malnutrición por déficit <sup>2</sup>
19	15	Cristina	50	Eutrófico
20	16	Luisa	19	Malnutrición por exceso <sup>4</sup>

Fuente: Elaboración propia.

<sup>1</sup>Peso para la edad: riesgo de bajo peso; *talla para la edad*: baja talla

<sup>2</sup>IMC para la edad: riesgo de bajo peso

<sup>3</sup>IMC para la edad: sobrepeso

<sup>4</sup>IMC para la edad: obesidad

esfera individual/familiar, circunscripto a la impotencia de no saber qué hacer con ello; cuando, paradójicamente, se dispone de un sistema público de salud responsable de dar respuesta.

Frente a los diagnósticos de malnutrición infantil, las acciones del anterior equipo de salud se orientaban a la búsqueda de alternativas que le permitieran a la familia encontrarse con ese servicio-recurso-alimento disponible en el marco de la asistencia estatal: se facilitaban certificados para refuerzos alimentarios en los comedores escolares; se

asesoraba para el acceso a programas sociales alimentarios vigentes en todos los niveles estatales (de alimentación escolar, módulos alimentarios para celíacos y/o niños con bajo peso, tarjetas magnéticas para la compra de alimentos); se aumentaba la frecuencia de controles de salud; se gestionaba de manera directa que los niños con malnutrición fueran inscriptos de forma inmediata en los comedores comunitarios barriales; y, además, se realizaba consejería alimentaria con previo conocimiento de las condiciones materiales de vida y tradiciones culturales familiares.



En este sentido, ese equipo de salud sostenía que la principal determinación de la malnutrición infantil es la pobreza, dado que performa limitadas posibilidades de acción para las familias. Y, a su vez, al hacer referencia al estado nutricional de los niños bajo su área programática, enfatizaba que:

*...la presentación del niño es una extensión de las condiciones en las que vive [...] producto de la misma alimentación familiar tenemos niños con sobrepeso/obesidad y desnutrición. (Entrevista a médico de la UPAS local, 2008).*

Tal afirmación permite dar cuenta de que los días de lluvia están todos embarrados; que en invierno se dificulta calefaccionar el hogar; que las construcciones de las casas, además de pisos de tierra, presentan el agravante de la humedad que predispone a enfermedades respiratorias; que la basura depositada en la calle promueve la presencia de gran cantidad de roedores; que al no disponer ni de cordón ni de zanjas, el agua queda estancada en los pozos de las calles, lo cual favorece la formación de criaderos de larvas, mosquitos, insectos.

A raíz de lo señalado, este médico de la UPAS N°31 discutía junto a sus compañeros acerca de “¿qué se puede hacer frente a la malnutrición infantil en esta Villa?”. Luego de largos debates, la respuesta terminó siendo: “nada”. Las causas se encontraban por fuera de la *biología infantil* y su quehacer profesional lamentablemente tenía un límite. Si bien algunos referentes comunitarios señalaron como premisa explicativa de la desnutrición infantil la presencia de parásitos que “se comen por dentro a los niños”, el equipo de salud encontró el límite manifestado en la impotencia que generan los *parásitos* entendidos en términos metafóricos, es decir, aquellos de característica estructural propios del sistema económico-político capitalista neoliberal. *Parásitos* externos que toman para sí todo tipo de energía socialmente disponible, necesaria para producir y reproducir la vida cotidiana y las interacciones que conlleva. *Parásitos* que condenan a las familias

a la pobreza y a construirse en el rol de beneficiarias de programas estatales para sobrevivir, es decir, a habitar un mundo decidido por un otro situado en el afuera barrial, configurando de este modo cuerpos colonizados por la propia necesidad de resolución de sus condiciones materiales de existencia.

### **El estado nutricional en tanto proceso: el dato estadístico en el marco de los vínculos familiares y de la curva de crecimiento infantil**

Tal como se expresó anteriormente, se tomaron los casos de Juan y Antonio dado que en ambos se observó una alteración simultánea en dos de los indicadores antropométricos evaluados: valores de *peso para la edad* y de *talla para la edad* bajos con relación al patrón de referencia utilizado por la OMS.

La madre de Juan tiene dos hijos, vive con su pareja en Villa La Tela. Al dialogar con ella sobre la curva de crecimiento de uno de sus hijos, comenta que:

*...de peso el [Juan] estuvo bajo peso hasta el mes pasado, pero él nunca pesó mucho. La talla sigue igual, en 96 cm. La doctora dice que por el problema que él tuvo cuando nació, porque lo operaron apenas tenía horas, entonces no es un chico que va a pesar lo que tiene que pesar. Tiene 3 años y medio y pesa 11,500 kg, no pesa lo que pesa un chico de tres años... [Juan] tiene una neumonía crónica desde que nació. Desde que nació lo tenía que llevar a la nutricionista y nunca fui, no porque no quería sino que a veces no tenía ni para el cospel... para llegar al Hospital de Niños. (Entrevista a la madre de Juan, 24 años, 2010)*

De esta manera, se evidencia un ascenso de 2,830 kg en el peso durante el transcurso de aproximadamente un año y dos meses. En el año 2010 registró un peso de 11,500 kg, mientras que en 2011 fue de 14,330 kg.

En efecto, su curva de crecimiento marca un corrimiento de área en lo que respecta al

indicador *peso para la edad*, de situarse por debajo del percentil 3 (bajo peso) pasó a la zona comprendida entre el percentil 3 y el 15. Por el contrario, en lo que refiere al indicador *talla para la edad*, si bien Juan aumentó 2 cm de estatura de un año al otro (de 96 a 98 cm), se evidencia un trayecto descendente en cuanto a canales de crecimiento, pasando de aquel comprendido entre el percentil 15 y el 50 a situarse por debajo del percentil 3.

Desde el sistema público de salud, al esbozar posibles causas para su baja talla, se sospechó la presencia de alguna patología de base, particularmente, celiaquía. Durante el tiempo que duró el proceso de corroboración de este diagnóstico se observaron períodos de tiempo muy extensos entre un turno y otro, mientras que, al interior del sistema familiar, se sucedieron los siguientes desenlaces:

- a. Se le comenta el *supuesto* diagnóstico a su madre, quien no llega a comprender la denominación biomédica pero tampoco se anima a preguntar, y opta por sacarse las dudas que tal “nombre raro” le genera consultando entre sus vecinas. Una de ellas le dijo que lo iba a averiguar por Internet en el locutorio de la estación de servicio más cercana.
- b. A su vez, se le entregan las pautas alimentarias a seguir, entre ellas: el consumo de leche deslactosada y alimentos libres de gluten. Tal situación ocurre sin antes indagar acerca de las posibilidades concretas de llevarlas adelante. No se le pregunta a la madre acerca de cuál es su situación material de vida y cómo organiza la cotidianidad alimentaria familiar.
- c. Tras la sospecha del diagnóstico de celiaquía, su niño debe ser retirado del comedor barrial, dado que solo se cocina para personas sanas, y el trigo (y derivados) resulta ser el marcador de las preparaciones culinarias debido a su bajo costo, alto rendimiento y aceptación cultural. Para la madre, contar con la vianda del comedor fue un recurso considerado tanto un “logro” (ser meritoria de esa ayuda focalizada) como un “alivio” (la seguridad de que su hijo va a comer).

d. Contradictoriamente, al no estar confirmado aún el diagnóstico, no se dispone del certificado para hacer uso del *derecho a una dieta especial* en el marco del programa de alimentación escolar<sup>[e]</sup> ni para retirar el módulo alimentario que provee el Estado provincial<sup>[f]</sup>.

e. La madre dejó de tratarse por su enfermedad (dieta especial para insuficiencia renal crónica) a los fines de reservar el dinero para la compra de los alimentos que Juan necesita para llevar adelante una dieta sin gluten, y también para preservar su energía en pos de abocarla al seguimiento pormenorizado del crecimiento de su hijo.

Como resultante de estos acontecimientos, la madre manifiesta sentirse “*angustiada*” y, por sobre todo, tiene “*miedo de estar haciendo algo mal como madre*”.

Por otro lado, la situación del otro niño, Antonio, es diferente. En su caso, no se sospecha de ninguna patología de base. Su mamá no recuerda con exactitud el peso y la talla registrados en controles previos de salud de su hijo, pero da a entender que en líneas generales la curva de crecimiento en relación al *peso para la edad* ha presentado leves ascensos y descensos, anclados en el área de bajo peso. Según esta mujer, que vive en Villa La Tela con su marido y dos hijos, compartiendo terreno con la familia de su hermana:

*El [Antonio] es de por sí bajo de peso, él te sube un poquito y vuelve de vuelta al peso que tiene. [...] Yo le preguntaba a la doctora por qué... pero debe ser que viene ya de familiares de físico flaquito, debe ser que se está estirando de más* (Entrevista a la madre de Antonio, 21 años, 2011).

Sin embargo, ese *estiramiento de más*, al que alude la madre, no llegaría a ser un crecimiento pronunciado en relación a su *talla para la edad* que le permita salir del canal ubicado por debajo del percentil 3.

La madre de Antonio (embarazada de tres meses) y su papá caminaban todos los

días hasta una panadería situada a 50 cuadras de distancia, que les guardaba el pan del día anterior. Esta familia ha sido la única que explicitó el *“salir a pedir”*, el *“vender lo que juntan”* (cualquier cosa que amerite ser comprada por otra persona) y que ha solicitado al investigador la *“necesidad de ayuda material”*. Asimismo, manifestaron que *“si sobra alguna moneda”* la guardaban como *“colchoncito”* para llevar a su hijo al hospital en caso de que ocurriera alguna urgencia por fuera del horario de atención de la UPAS local (7 a 14 hs). Para esta familia el comedor era fundamental: *“el comedor es todo”*. Cuando este no abría, no tenían otra opción más que un té con pan.

En ese marco, la madre sabía a ciencia cierta los motivos por los que su hijo no subía de peso: sin comida no hay construcción corporal posible, sobre todo durante la primera infancia, que es el tiempo-ventana para el crecimiento y el desarrollo óptimo. Este testimonio deja en explícita evidencia la construcción social de la malnutrición que expresa el cuerpo de Antonio a causa de vivir en condiciones de privación material.

*...Yo le digo a la doctora porque... cuando tengo le doy y cuando no tengo a lo mejor pasa el día que no come hasta el otro día. Puede ser por eso que él no sube de peso. Un día que ellos [los niños] no comen, no suben de peso. (Entrevista a la madre de Antonio, 21 años, 2011)*

Tanto la madre de Juan como la de Antonio en sus roles de cuidadoras, independientemente del estado nutricional de sus hijos, son una fiel representación del género femenino adulto de la Villa. Cuando la falta –en un sentido amplio: alimentación, hábitat, trabajo, transporte, salud, vestimenta– es parte constante del paisaje familiar y barrial, se debe elegir intra-familiarmente *quién* resultará *beneficiado* y en qué aspecto. En tal perspectiva, el médico entrevistado de la UPAS N° 31 refirió que todos los integrantes familiares *“soportan la violencia”* por tener que vivir donde viven, además de las peripecias que los adultos –sobre

todo mujeres– deben realizar para darle de comer a sus hijos. El criterio de focalización de los programas sociales estatales, profundizado desde la década de 1990 a esta parte, vuelve a ser puesto en acción al interior de las familias, solo que ahora sin formar parte de ningún lineamiento programático, sino como mecanismo constitutivo del *ajuste* estrictamente necesario entre lo que entra producto de la *gestión femenina*, los *subsidios estatales*, la *remuneración laboral* y cómo se distribuye entre la totalidad de los miembros de la unidad familiar. La premisa que sustenta la elección del *beneficiado* en estas familias radica, principalmente, en ser *el más pequeño de la casa*.

*...el [Juan] tenía que tomar leche espesa y era muy cara para mí [...] y no es que no quiero, no puedo. La leche salía \$40 el tarrito y con eso comemos todos un día, y no podía. Compré un mes y fue un esfuerzo re grande, porque [Juan] comía eso y [Bianca, otra hija] también, aunque no le gustaba, porque no podía hacer dos cosas diferentes. Y nosotros [el marido y ella] preferíamos que ellos comieran y nosotros tomábamos té... (Entrevista a la madre de Juan, 24 años, 2010)*

Sin embargo, *“cuando no hay”* para ofrecerles un menú especialmente diseñado, por ejemplo, en el caso de los lactantes (sobre todo, durante el primer año de vida), están *obligados* a comer lo mismo que el resto de la familia, predisponiéndolos a una precoz introducción a la alimentación adulta. Al hablar con varios de los padres varones, aparece como una hazaña digna de orgullo que el niño a corta edad (meses) coma asado y guisos muy condimentados, quedando allí expresado cómo las cualidades del alimento son transferidas a su comensal. Ambas preparaciones culinarias se identifican con el *cuerpo trabajador* y, por ello, se desea que su condición de *fortaleza* sea transferida al niño para proteger y garantizar su sano crecimiento.

## DISCUSIÓN

En este punto resulta importante recuperar algo que ya hemos mencionado: el estado nutricional es un objeto que incluye procesos biológicos socialmente determinados<sup>(20)</sup>. En ese sentido, se intentó incluir en el análisis del estado nutricional infantil las condiciones materiales de vida, el entramado vincular barrial y familiar (módulos de sociabilidad), de manera “directa”, del mismo modo que se toman en cuenta cada una de sus dimensiones constitutivas: clínica, bioquímica, alimentaria y antropométrica. Con relación a esta última dimensión, las limitaciones a señalar son las siguientes: los resultados alcanzados sobre las mediciones antropométricas de los niños no son representativos del universo infantil de Villa La Tela; y el hecho de no contar con el acceso a las historias clínicas infantiles para la toma de conocimiento acerca de sus respectivas curvas de crecimiento hizo que se acuda al recuerdo materno, lo cual dejó en evidencia los sesgos de memoria.

Teniendo en cuenta que etimológicamente la palabra “indicador” proviene del latín y significa que *sirve para dar a entender algo* y, que la salud familiar es un proceso que expresa cómo se han ido tramando *epigénéticamente* las dinámicas sociohistóricas y biológicas entre sociedad-familia-niño<sup>(27)</sup>, la pregunta que queda latente es: ¿la descripción de los indicadores antropométricos sirve para entender el complejo proceso social de construcción del estado nutricional infantil en el seno de una familia-sociedad, o es necesario problematizarla a la luz de los módulos de sociabilidad?

En esa perspectiva, De Castro<sup>(28)</sup> es uno de los tantos pensadores que postula la intrínseca relación existente entre el tamaño corporal y las condiciones ambientales. De este modo, permite dar cuenta de cómo el contexto social, político e histórico en el que viven las poblaciones opera, modeliza, abre o cierra las ventanas para el crecimiento/desarrollo corporal. En otras palabras, el autor refiere cómo el estado nutricional, en su condición de dato estadístico, expresa qué

de lo socialmente producido va a parar a cada quien.

Lo que se llama la “raza” es, en última instancia, un poco de herencia y mucho de adaptación a las condiciones ambientales: buenas o malas. Así, la pequeña talla de pueblos que habitan las regiones tropicales es, más que un carácter racial, la consecuencia de una alimentación deficiente en proteínas.<sup>(28 p.20)</sup>

Por consiguiente, seguir tales planteos de manera complementaria a la producción del dato estadístico sobre el estado nutricional posibilita historizar cómo se ha ido construyendo socialmente el cuerpo de cada niño valorado antropométricamente. Y, de esta forma, se concuerda con Bronfman<sup>(29)</sup> en que la estructura y dinámica de la familia, entendida como sistema, modeliza su producción y reproducción. En esa dirección, en Villa La Tela la trama relacional entre la familia-niño y la sociedad inscribe el escenario de crianza y construcción corporal infantil en la privación material de las condiciones de existencia producto de la pobreza. Ello implica *“arreglárselas como se puede”* con relación al cuidado, la alimentación, la higiene, la educación, poniendo en evidencia un ámbito de elección inexistente que se deriva de una posición de dominación/subordinación (asimetría) respecto a la distribución social del poder, los conocimientos y los bienes en la sociedad<sup>(29)</sup>. Por otro lado, Scheper Hughes sostiene que en términos explicativos un solo ejemplo (un “n” igual a 1) aporta radicalmente a la investigación demográfica<sup>(30)</sup>. Por ese motivo, aquí se tomaron los casos de Juan y Antonio para dar cuenta del complejo entramado de prácticas familiares –y barriales– que un diagnóstico nutricional infantil presenta por detrás.

De este modo, el telón de fondo del estado nutricional infantil queda constituido por las prácticas alimentario-nutricionales de ajuste que ocurren en el cuerpo de los no-priorizados de las familias, es decir, los adultos. Como corolario, cabe preguntarse si, dadas las particularidades de Villa La Tela, y

a diferencia de lo señalado por Bronfman<sup>(6)</sup> y Sandoval Priego et al.<sup>(15)</sup>, el estado nutricional de un niño menor a seis años, priorizado a la hora de comer, es un indicador fidedigno del estado de salud de su familia, y si mirar analíticamente a ese niño es suficiente o hay que ampliar la mirada.

El “tener que priorizar” implica que hay que hacer consideraciones especiales en la distribución intrafamiliar de alimentos porque “desde el vamos, no alcanza para todos”, además de circunscribirlos al terreno de la “comida a secas”. Este tipo de comida se ubica culinariamente por fuera de los territorios del placer y la nutrición, sumado esto a su desanclaje respecto de lo culturalmente elegible como bueno para comer<sup>(31)</sup>. La situación de ajuste por parte de algunos miembros en pos de otros produce desajustes familiares e individuales (por desigualdad de oportunidades en la apropiación de nutrientes), siendo que estas prácticas intergeneracionales de aprendizaje y de socialización no resultan ser espontáneas, ya que acompañan la historia alimentario-nutricional de estas familias<sup>(32)</sup>.

La preocupación por la infancia y su centralidad en la unidad familiar se desprende de la valorización de la vida de los niños que, como al comienzo de este escrito se indica, no siempre fue así. La contracara se instituye en la construcción del rol de la mujer-madre como responsable de la socialización y la salud infantil, como así también de las acciones de prevención, curación y cuidado familiares en general<sup>(29)</sup>. Por ese motivo, si se alza la vista, en la inmediatez del cuerpo infantil se encuentra el cuerpo de las mujeres-madres. Su presentación social, a los ojos del equipo de salud o de las instituciones educativas, adquiere descriptores que dan cuenta de la supervivencia: “muy envejecidas, sin dientes, gordas pero desnutridas” (Entrevista a la directora de la escuela local, 2009).

Fortes, en su investigación realizada en África, reconoce en el “sacrificio alimentario” un mecanismo de solidaridad<sup>(33)</sup>. Si volvemos al caso de la madre de Juan, el sacrificio fue la única forma (y vía) para otorgar centralidad a la atención del cuadro clínico-nutricional de su hijo y, asimismo, para soportar esa inevitable condena moral. Son varios los estudios realizados en contextos de pobreza<sup>(6),(34),(35),(36)</sup> cuyos hallazgos responden a que, a la hora del reparto intrafamiliar de la comida, las mujeres son las últimas en comer, solo “si sobra”, “si alcanza”. Ello pone en jaque la preservación de su salud física y emocional, agravándose en la gravidez.

Por todo lo dicho hasta aquí, el estado nutricional infantil en tanto dato estadístico es meramente descriptivo. Para que colabore en el entendimiento de su determinación social debe ponerse en relación dialéctica con los módulos de sociabilidad antes mencionados. En esa perspectiva, Hintze<sup>(34)</sup> sostiene que analizar “lo alimentario”<sup>[8]</sup> solo desde la arista nutricional (estadísticas de estados nutricionales) no permite dar cuenta de que lo biológico está en relación dialéctica con lo social. Producto de ello, se naturalizan desigualdades sociales (por ende en salud), y la malnutrición queda concebida como un estado de carácter a-histórico, a-social y a-político, cuya génesis es biológica e individual. En consecuencia, se ocluye la posibilidad de problematizar el hecho de que para gran parte de las familias a nivel mundial la resultante de su reproducción alimentaria-nutricional se traduce en hambre y malnutrición. De esta forma, la autora provocativamente invita a pasar de la descripción a la explicación de los problemas alimentario-nutricionales<sup>(9)</sup>. Dependiendo de cómo se conciba el estado nutricional se activarán acciones, pero ninguna de ellas desprovista de implicaciones políticas-ideológicas<sup>(20)</sup>.



## NOTAS FINALES

a. El nombre de Villa La Tela responde a que el barrio se encuentra pegado a la tela de alambre de la Escuela de Suboficiales de la Fuerza Aérea de Córdoba y tiene su misma longitud. La Tela de alambre ha operado históricamente como elemento georeferencial para brindar información sobre localizaciones espaciales entre vecinos y a gente foránea. Estructuralmente, comprende un total de 22 manzanas, ubicadas en dos hileras de 11, atravesadas por la calle principal llamada pasaje Aviador Zaar. Asimismo, las calles que la enmarcan son la Avenida Fuerza Aérea Argentina o Ruta 20 (que la separa de Villa Adela), Sargento Gómez y Francisco Arteaga (que la separan del Barrio San Roque), y Aviador Valenti (que la separa de la Escuela de Suboficiales de la Fuerza Aérea).

b. Hasta la fecha en que cerró, recibió dos financiamientos estatales. Uno, del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Provincia de Córdoba, desde el año 2007 al 2012, destinado al funcionamiento del Centro de Cuidado Infantil (CCI). El otro, del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, desde el año 2003 al 2012, destinado al funcionamiento del servicio de comedor comunitario, que brindaba alrededor de 180 prestaciones alimentarias diarias (de lunes a viernes) correspondientes a la cena. Asimismo, esta organización realizaba otras actividades culturales, tales como un proyecto de murga y una biblioteca institucional. Estas iniciativas se sostuvieron y retroalimentaron a partir del contacto con determinadas cátedras de la Facultad de Psicología, de la Escuela de Trabajo Social y de la Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba (en el marco de becas de extensión, trabajos finales de grado, prácticas preprofesionales o de intervención comunitaria).

c. El financiamiento se dio a través del Programa de Centros de Cuidado Infantil y Promoción de la Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Córdoba. Entró en vigencia en 1984 durante el gobierno de Eduardo Angeloz de la Unión Cívica Radical (UCR). Su objetivo se centraba en brindar atención integral a niños de 0 a 4 años de edad, mediante la creación de centros de cuidado infantil en barrios en situación de pobreza y sociosegregación. La mencionada integralidad define el carácter a imprimir en sus prestaciones, direccionadas hacia: a) el adecuado crecimiento y desarrollo bio-psico-social infantil (educación, nutrición, alimentación, salud y recreación son parte de sus componentes); b) una responsabilidad compartida –familia y Estado– en el proceso de crianza; y c) una búsqueda intencional de articulaciones con otras organizaciones/instituciones de la sociedad. Otorga un monto de dinero por niño con el que se deben cubrir: alimentos, combustible para cocinar y productos de limpieza. Complementariamente, contempla la compra de insumos de librería y el pago de becas a cocineras, estimuladoras educativas y ayudantes. Cabe destacar que este programa coloca particular énfasis en la contraparte que debe aportar la organización comunitaria, a los fines de completar lo financiado por el Ministerio en todos los componentes antes mencionados, circunstancia poco favorable y hasta irrisoria para organizaciones de base insertas en una comunidad en situación de pobreza estructural, como Villa La Tela. El Centro de

Cuidado Infantil del Centro Comunitario “Rincón de Luz” amplió el rango etario de los niños asistentes dadas las necesidades de las familias del lugar.

d. A partir de comentarios de allegados a la Unidad Primaria de Atención de la Salud (UPAS N° 31) se ha tenido conocimiento de que, en el año 2013, se consolidó un grupo fijo de profesionales con experiencia de trabajo comunitario.

e. El Programa de Asistencia Integral de Córdoba (P.A.I.Cor) fue implementado en la década de 1980, con el retorno a la democracia en Argentina, para responder a la “crisis”, como un apoyo a la alimentación de niños, jóvenes y adultos que transitaban su etapa escolar en escuelas públicas. Brinda una prestación alimentaria principal (almuerzo) y una secundaria (desayuno/merienda) dependiendo del turno de asistencia escolar y presenta carácter focalizado, la familia del comensal debe acreditar estar en condición de pobreza.

f. El programa provincial “Ayudando a Crecer” tiene un abordaje focalizado, sus destinatarios son aquellas personas que se encuentran en riesgo nutricional, ya sean niños, embarazadas o jóvenes, detectados por el sistema público de salud. La asistencia alimentaria consiste en una caja o módulo de víveres secos que contiene: aceite, sal, harinas, legumbres, azúcar, leche, yerba y té. Asimismo, contempla a personas celiacas adaptando la caja o módulo alimentario a esta patología (sin gluten).

g. Siguiendo a Hintze<sup>(9)</sup>, este concepto es entendido como el conjunto articulado de prácticas y procesos familiares, su normativa, productos y consecuencias, que abarca desde los bienes naturales sobre los cuales se produce la materia prima para la elaboración de comidas, hasta el intercambio, la apropiación, el consumo de dichos alimentos/comidas y sus consecuencias en la salud.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es producto de dos investigaciones: “La relación entre el estado nutricional de los niños asistentes al Centro de Desarrollo Infantil Rayito de Sol de Villa La Tela y el nivel de seguridad alimentaria percibido por sus familias”, realizada en 2011 en el marco de la Licenciatura en Nutrición, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; y “Reproducción alimentaria-nutricional de las familias de Villa La Tela, Córdoba”, realizada en 2013, en el Doctorado de Estudios Sociales de América Latina, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, con el aporte de una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Agradecemos a las familias de Villa La Tela cuyos niños fueron valorados antropométricamente, al equipo de trabajo del Centro Comunitario “Rincón de Luz” y al equipo de salud local que se desempeñó en la Unidad Primaria de Atención de la Salud N° 31 durante el período 2003-2010.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barbero JM. Jóvenes: Comunicación e identidad. *Pensar Iberoamérica: Revista de Cultura* [Internet]. 2002 [citado 31 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/HRnVOy>.
2. Cattáneo A. Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2002;100(3):222-232.
3. Bengoa JM. Panorama mundial de la desnutrición en el siglo XX [Internet]. Sociedad Latinoamericana de Nutrición [citado 31 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/o27C4p>.
4. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32.
5. Garrote N. Algunas reflexiones acerca de la contribución de la antropología a la problemática de la alimentación y la salud. *Investigación en Salud*. 2000;3:131-140.
6. Bronfman M. Multimortalidad infantil y familia: Dinámica, estructura y riesgo diferenciado. *Perinatología y Reproducción Humana*. 1995;9(1):11-28.
7. Mejía LM. Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2013;31(1):28-36.
8. Marx K. Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857-1858. España: Siglo XXI Editores; 1978.
9. Hintze S. Las relaciones entre salud y alimentación: acerca de la autonomía de lo alimentario. *Cuadernos Médico Sociales*. 1991;58:47-53.
10. Scheper-Hughes N. La muerte sin llanto: Violencia y vida cotidiana en Brasil. Barcelona: Ariel; 1997.
11. De Castro J. Geopolítica del hambre. Buenos Aires: Raigal; 1955.
12. Organización Mundial de la Salud. La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil [Internet]. 2006 [citado 10 abr 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/g9WmEv>.
13. Mastrangelo A. Nutrición, crecimiento y desarrollo, breve caracterización y herramientas para un diagnóstico del estado nutricional de la infancia. En: Alvarez M, Pinotti LV. *Procesos socioculturales y alimentación*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1997.
14. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC: OPS; 2003.
15. Sandoval-Priego AA, Reyes-Morales H, Pérez-Cuevas R, Abrego-Blas R, Orrico-Torres ES. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. *Salud Pública de México*. 2002;44(1):41-49.
16. Neiman G, Quaranta G. Algunas consideraciones históricas sobre los estudios de casos en las ciencias sociales. En: Vasilachis I, (coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa; 2006. p. 213-238.
17. Lincoln Y, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, California: Sage Publications; 1985.
18. Guba EG, Lincoln YS. Investigación naturista y racionalista. En: Husen T, Postlethwaite TN. *Enciclopedia Internacional de la Educación* (Tomo VI). Barcelona: Vicens Vives, MEC; 1993. p. 3337-3343.
19. Raffaele E. Mallines: aspectos generales y problemas particulares [Internet]. Montevideo: Unesco [citado 9 jul 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/umQEWN>.
20. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101.
21. Serra Majem L, Aranceta Batrina J. *Nutrición y salud pública*. España: Elsevier Masson; 2006.
22. Abeyá Gilardon E, Calvo E, Durán P, Longo E, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2009 [citado 19 jun 2011]. Disponible en: <http://goo.gl/Ls70y8>.
23. Samaja J. *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
24. Huergo J, Ibáñez I. Contribuciones para tramar una metodología expresivo-creativa: Ejercicio de lectura de dibujos de mujeres de Villa La Tela, Córdoba. *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*. 2012;3(2):66-82.
25. Glaser BG, Strauss A. *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Sociology Press; 1967.
26. Fischler C. *El (h)omnívoro: El gusto, la cocina y el cuerpo*. Barcelona: Anagrama; 1995.
27. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2000;16(5):508-512.
28. De Castro J. *El Hambre problema universal*. Buenos Aires: Editorial Leviatán; 1983.
29. Bronfman M. *Como se vive, se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.
30. Scheper-Hughes N. Demografía sin números: El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola A, (ed). *Antropología del desarrollo: Teorías y estudios etnográficos en América Latina*. Barcelona: Paidós; 2000. p. 267-299.
31. Huergo J, Butinof M. La organización cotidiana del comer familiar en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. 2013;18(4):164-177.

32. Contreras Hernández J, Arnáiz MG. Alimentación y Cultura: Perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005.

33. Fortes M, Fortes SM. Food in the domestic economy of the Tallensi. Africa: Journal of the International African Institute. 1936;9(2):237-276.

34. Hintze S. Estrategias alimentarias de sobrevivencia: Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1989.

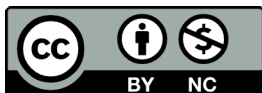
35. Aguirre P. Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2006.

36. Herkovits D. La construcción de la malnutrición infantil: Una Etnografía sobre las condiciones y posibilidades que contribuyen a su producción y reproducción en hogares pobres de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: CEDES, FLACSO; 2008.

#### FORMA DE CITAR

Huergo J, Casabona EL. El estado nutricional infantil en contextos de pobreza urbana: ¿indicador fidedigno de la salud familiar? Salud Colectiva. 2016;12(1):97-111.

Recibido: 16 de junio de 2015 | Versión final: 20 de octubre de 2015 | Aprobado: 24 de noviembre de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.870>