



Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires

Damián Herkovits*

RESUMEN

En el presente trabajo abordamos la elaboración de un programa destinado identificar y tratar a niños desnutridos en un centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. Específicamente presentamos un análisis del proceso por el cual la “desnutrición infantil” fue construida como objeto de intervención por los profesionales de la salud. Destacamos a la formalización con la que es percibido el cuerpo y la elaboración de una etiología “culturalista” como pilares fundamentales en dicho proceso. Sostenemos que los campos morales en los que se desenvuelve la práctica sanitaria y que sustentan al orden legítimo del ejercicio profesional constituyen una de las claves interpretativas para comprender las singularidades de la construcción clínica de la realidad.

Palabras Clave: Pobreza, Desnutrición infantil, Medicalización, Campo moral, Acción profesional

ABSTRACT

In this paper, we present the process through which a program destined to identify and care undernourished children was elaborated by the professionals of a primary health care centre of Buenos Aires City. We emphasize the formalizations in which the body is perceived and the “culturalism” that characterize the etiology as fundamental aspects in this process. We propose

* Licenciado en Ciencias Antropológicas UBA. Master en Ciencias Sociales con mención en Salud (CEDES-FLACSO). Docente auxiliar en la carrera de Ciencias Antropológicas, UBA. Dirección electrónica: damherk@gmail.com. Fecha de realización: octubre de 2006. Fecha de entrega: noviembre de 2006. Fecha de aprobación: junio de 2007.

that the moral field that contextualize and legitimate the professional practice constitutes an interpretative clue to understand the singularities of the medical construction of the reality.

Key Words: Poverty, Child undernutrition, Medicalization, Moral field, Professional action

RESUMO

Ao presente artigo aborda a elaboração de um programa destinado para a identificação e o tratamento da desnutrição infantil em um Centro de Atenção Primária à Saúde da cidade de Buenos Aires. O artigo pretende oferecer uma análise do processo de construção da desnutrição infantil como objeto clínico pelos profissionais da saúde. Ressaltamos a percepção formalizada do corpo e a visão culturalista da etiologia como os pilares fundamentais neste processo. Sostemos que os campos morais que compõem a prática sanitária e que sustentam a legitimidade do exercício profissional podem ser uma das chaves para a interpretação da construção clínica da realidade.

Palavras-chave: Pobreza, Desnutrição infantil, Medicalización, Campo moral, Ação profissional

INTRODUCCIÓN

En el campo de las ciencias humanas, el estudio de los fenómenos ligados a la salud y la enfermedad ha permitido ubicar al cuerpo como un campo privilegiado para el análisis del mundo social contemporáneo (Schepher-Hughes y Lock, 1987; Turner, 1992). En este contexto, los procesos involucrados en la medicalización de la vida se destacan como un movimiento en continua expansión y con trascendentes implicaciones políticas, económicas y culturales. Entre la pluralidad de fenómenos involucrados en este proceso, tanto las modalidades en que la medicina participa de las políticas de designación de la desviación (Friedson, 1978; Conrad y Schneider, 1992) como los dispositivos terapéuticos que se despliegan para la producción de subjetividades (Foucault, 1899) constituyen campos de indagación fundamentales. Un aspecto que contribuye a delinear las características que asume este movimiento es el análisis de las modalidades locales en que, y por las cuales, se construyen los objetos sanitarios. En el presente trabajo nos proponemos avanzar en esta indagación mediante el análisis de la conformación de un programa destinado identificar y tratar la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la Ciu-

dad Autónoma de Buenos Aires. Específicamente presentaremos la normalización de las formas en que es percibido el cuerpo y la postulación de una perspectiva “culturalista” para la comprensión etiológica de los casos como dos pilares sobre los que se construyó a la desnutrición como objeto sanitario. Sostendremos que el movimiento que animó este proceso se relaciona con los campos morales en los que se desenvuelve la práctica sanitaria y que sustentan al orden legítimo del ejercicio profesional. De acuerdo al problema planteado, el enfoque metodológico propuesto es básicamente cualitativo y más específicamente etnográfico. Consecuentemente, procuramos acceder a las prácticas de los actores en el escenario de la vida cotidiana, así como a las perspectivas y modalidades que singularizan su construcción del mundo. La información que compone el argumento fue producida a partir de observaciones realizadas en las reuniones de trabajo de un grupo de profesionales que integraban el centro de atención primaria desde agosto hasta diciembre de 2002. Además, mantuvimos conversaciones ocasionales y una serie de entrevistas a través de las cuales procuramos profundizar, discutir y analizar los sentidos que componían las dimensiones estudiadas.¹

EL ESCENARIO

Hacia octubre de 2002, la “crisis económica” de la Argentina ya arrojaba niveles de pobreza sin precedentes en la historia reciente del país. Como consecuencia de la abrupta caída en los ingresos reales, junto con el aumento en el precio de los alimentos, el creciente desempleo y las diversas formas de precarización laboral, un 54% de los habitantes del área metropolitana de Buenos Aires se ubicó por debajo de la línea de la pobreza y un 25% por debajo de la de indigencia.² Si la disponibilidad de dinero en los hogares decaió al punto de no alcanzar los montos necesarios para comprar alimentos suficientes en el mercado, el deterioro del estado nutricional de la población parecía una consecuencia inevitable. Los medios de comunicación en sus distintos formatos comenzaron a destinar espacio a tratar –pocas veces sin apelar al testimonio emotivo– las singularidades que la pobreza extrema imprimía en el cuerpo de las y los niños.³

En la ciudad de Buenos Aires, la situación alimentaria y nutricional de la población residente no era del todo conocida. Hasta mediados del año 2002, los estudios disponibles se referían a grupos pequeños o utilizaban metodologías

disímiles, lo que impedía la comparación entre poblaciones. A pesar del desconocimiento de la prevalencia e incidencia de los distintos trastornos asociados con las carencias nutricionales, en los centros ubicados en zona sur de la ciudad, especialmente aquellos situados en el centro o las inmediaciones de las “villas miserias” o “barrios carenciados”, el abordaje de la desnutrición era una práctica habitual que en algunos casos llegaba a algún grado de formalización de las actividades en términos de “programas” o “proyectos” locales. Por el contrario, en el Centro de Atención Primaria (CAP) número 44,⁴ la identificación y el abordaje de los problemas asociados a las carencias nutricionales de los niños y niñas constituían un campo casi inexistente entre sus actividades cotidianas. Ubicado en la zona norte de la ciudad, la pobreza se manifestaba con la frecuencia en que los moradores de las “casas tomadas” de la zona o los inquilinos de los hoteles aldaños se presentaban a realizar diversas consultas sanitarias, o procurando determinada orientación frente a un problema identificado.

El centro estaba integrado por cinco pediatras, un médico clínico, tres trabajadores sociales, dos psicólogos, cinco psicopedagogos, dos fonoaudiólogos, dos odontólogos, tres nutricionistas y dos ginecólogas. De acuerdo a los registros oficiales, los servicios más utilizados durante 2001 fueron los de pediatría (21%), psicopedagogía (19,2%), trabajo social (12,2%) y clínica médica (11,4%). Por otro lado, los motivos de consulta más frecuentes fueron la hipertensión (9,8%); el control del lactante (7,7%), las infecciones agudas de las vías respiratorias (6,5%) y control del niño sano (4,7%). Esta composición, no se modificó significativamente luego de la crisis; sin embargo, la inclusión y utilización de determinados programas ofrecidos por el efector resultaron drásticas.

Uno de los cambios más sustantivos se produjo en la cantidad de niños ingresados al Programa Materno Infantil (PMI), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. El PMI se compone de dos actividades fundamentales. La primera consiste en la realización de “controles” sanitarios destinados fundamentalmente a la evaluación del crecimiento y desarrollo de las y los niños. Además, distribuye mensualmente leche fortificada a los menores de 6 años. En el caso del CAP N°44, esta entrega se encontraba supeditada a la concurrencia, además del “control” pediátrico y nutricional, a un grupo destinado a actividades de “educación para la salud”. A partir de la “crisis”, la cantidad de beneficiarios del PMI pasó a ser de 205 en diciembre de 2001 a 373 niñas y niños en julio de 2002. Este acontecimiento, fue decisivo en la transformación

de la construcción que los profesionales hacían de la situación sanitaria con la que se enfrentaban en sus actividades cotidianas.

El crecimiento abrupto de la demanda –posiblemente inducida por la necesidad de mejorar la disponibilidad de alimentos en las empobrecidas economías domésticas– tuvo una consecuencia significativa: la evaluación del “estado nutricional” de una mayor cantidad de niños y niñas en los consultorios de pediatría y nutrición. A partir de este acontecimiento, el cuerpo de los pobres fue reintroducido en la escena local como un territorio sobre el que se conformó una multiplicidad de intervenciones sanitarias. Específicamente, el abordaje de los problemas nutricionales ejercida por y desde el efector de salud se articuló en dos dimensiones fundamentales: un esquema formalizado de las percepciones del cuerpo que posibilitó identificar los casos, y una perspectiva “culturalista” sobre la que se sostiene y proyecta su etiología. Ambos componentes se institucionalizaron a partir de un movimiento animado por los valores morales que componen el campo social de la acción profesional.

LA PERCEPCIÓN FORMALIZADA DEL CUERPO

“Tenemos que ver qué hacemos con estos pibes, no podemos seguir trabajando como si los desnutridos fuesen cinco”. Este comentario, expresado en tono grave e impaciente por una nutricionista de 32 años con casi 7 años de experiencia hacia mediados de agosto de 2002, introdujo los problemas nutricionales como una de las áreas de acción entre los profesionales del CAP N° 44. Su preocupación era el resultado de una experiencia disruptiva de la cotidianeidad en la que se había desarrollado el trabajo clínico reciente. En la última semana había identificado a cinco nuevos niños que presentaban “trastornos de crecimiento y desarrollo”, y si bien la tipología de los casos no era novedosa, los 63 niños que componían el total hasta ese momento ya reclamaban a su juicio un abordaje sofisticado. No demoró mucho en compartir esta inquietud con sus colegas nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos, fonoaudiólogos y pediatras con quienes se reunía semanalmente para reflexionar, discutir y organizar las actividades del CAP. La propuesta de la nutricionista propició que “el problema de los desnutridos” ocupase el centro de los encuentros durante las reuniones de este grupo en los siguientes meses.

En el imprevisto encuentro inaugural en el que se sucedió el tema, se inició una discusión entre algunos de sus asistentes que resultó reveladora de

un aspecto fundamental: la modalidad en que el lenguaje, en esta versión especializada, se despliega sobre el mundo material para construir realidades clínicas (Good, 1994). Durante la reunión del 18 de julio de 2002, registré la siguiente conversación:

Fonoaudióloga: *¿Qué cosa?*

Nutricionista: *Con los desnutridos, esta semana vi cinco y ya tenemos registrados como 63.*

Pediatra: *Bueno, ¿Pero con qué punto de corte?*

Nutricionista: *tenemos 63 pibes que están por debajo del percentilo 10, yo creo que la crisis está pegando en los chicos y deberíamos pensar algún tipo de trabajo más complejo de lo que yo puedo hacer en el consultorio...en realidad no sé qué se puede hacer...*

Pediatra: *no sé, a mí me parece que un chico que está por debajo del percentilo 10 no es un pibe desnutrido, si me decís el 3 puede ser, pero habría que ver...yo cuando estaba en el hospital vi chicos desnutridos, pero eso no tiene nada que ver con los pibes que ves acá.*

Trabajadora social: *yo no sé, pero con la pobreza que hay...hay gente que no ve ni una moneda, pero en serio... yo hace veinte años que estoy acá y lo que se ve hoy en increíble, lo que se ha hecho de este país...*

Nutricionista: *Mirá Marina (refiriéndose a la pediatra), si te fijás en los libros, vas a ver que el punto de corte que se utiliza hoy es el (percentilo) 10.*

Pediatra: *no, si vas a considerar a todos los pibes por debajo del percentilo 10 como desnutridos, es un poco cuadrado, si el pibe come bien, juega, tiene un comportamiento normal está bien, qué se supone que hagas.*

El párrafo precedente nos introduce en la modalidad local, específica y sofisticada de percibir al cuerpo. Lo que discuten los profesionales es el indicador a utilizar para identificar a los “desnutridos”, y consecuentemente, establecer a la “desnutrición” como categoría diagnóstica entre los integrantes del equipo de salud.

Las dimensiones y proporciones corporales son aprendidas a partir de las modalidades de percepción y las formas de clasificación que son propias de las diferentes clases y grupos sociales (Bourdieu, 1986). La mirada legítima sobre su volumen peso y estatura, pero también sobre sus formas, maneras y posición, constituyen un campo en el que se articulan valores y representaciones sociales. Entre los profesionales del sector salud, esta percepción es formalizada a partir de las relaciones que se establecen entre sus medidas antropométricas. La comparación de las relaciones entre el peso, la talla y la edad de quien es

evaluado con un valor poblacional de referencia es la herramienta que permite establecer las diferentes clases de alteraciones nutricionales (Lejarraga, 1996). Si bien no es la única metodología para la evaluación del “estado nutricional”, la antropometría es ampliamente extendida y recomendada desde organismos internacionales por ser relativamente sencilla de utilizar y de muy bajo costo (Carmuega y Durán, 2000). De acuerdo a esta técnica, los déficits en la relación talla/edad son atribuidos a alteraciones acumulativas de largo plazo en la salud y la nutrición y su manifestación es denominada “desnutrición crónica”. La relación peso/talla es indicadora de “emaciación” o “desnutrición aguda” en el caso de resultar inferiores a determinado umbral, y si resultan superiores a otro punto de corte de “sobrepeso”.

Como indicador de los problemas nutricionales, la antropometría, opera sobre el cuerpo transformando algunas de sus medidas en un marco referencial sustentado en los criterios epistemológicos sobre los que se fundamenta el saber biomédico (Good, 1994). A partir de su utilización, el cuerpo de las y los niños es representado de acuerdo a un sistema clasificatorio cuya principal finalidad es crear una distinción extensible e intersubjetiva de lo normal y lo patológico. Si bien la bibliografía sanitaria sostiene que los resultados de la evaluación antropométrica requiere en todos los casos de un diagnóstico clínico en el que se la complementa con otros indicadores (Carmuega y Durand, 2000), siempre constituye, además de la puerta de entrada del cuerpo al sistema sanitario y su universo de significaciones, el instrumento primario sobre el que se efectúa la evaluación de sus intervenciones.

Una de las singularidades del diagnóstico nutricional construido mediante esta técnica, es su carácter arbitrario. El uso de la antropometría implica necesariamente decidir un “punto de corte” en una variable continua que establezca el límite entre quienes presentan características normales y quienes pertenecen al mundo de lo patológico. Los profesionales pueden tener perspectivas diferentes sobre el criterio a adoptar en este punto, tal cual lo evidencia la discusión entre la nutricionista y la pediatra. Esto tiene consecuencias cruciales puesto que el número de individuos designados como patológicos varía significativamente de acuerdo a la decisión adoptada. En el CAP N°44, los “desnutridos” podían llegar a ser 17 si se utilizaba el “percentilo” 3 o 63 si se utilizaba el 10. El punto de corte es necesariamente acordado como norma de intervención por lo distintos efectores que componen el sistema público de salud. A partir de principios de 2003, desde la secretaría de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se elaboró un programa destinado a identi-

ficar y abordar los problemas vinculados con la alimentación de la población de la ciudad. El programa estipuló el “percentilo” 10 como punto de corte, lo que subrayó un hallazgo que parecía incontrovertible: la cantidad de niños y niñas que padecían problemas nutricionales se había duplicado con respecto a los meses anteriores. Esta nueva situación conminó a los profesionales del centro a iniciar un trabajo conjunto destinado al abordaje de los problemas alimentarios en los hogares. Sin embargo, la incorporación del cuerpo “desnutrido” como campo de acción médica propició un conflicto que evidenció los valores que legitiman la praxis profesional, y cuya institucionalización contribuye decisivamente a la construcción clínica del mundo.

EL DESAFÍO DE LA DESNUTRICIÓN AL CAMPO MORAL DE LA ACCIÓN PROFESIONAL:

Si la formalización perceptiva con la que es observado el cuerpo resultó un pilar fundamental para la medicalización de los problemas nutricionales, su inclusión en las prácticas terapéuticas no es comprensible si no se considera el campo moral que animan las actividades de los profesionales. En el presente trabajo concebimos a la moral como una práctica social situada en un punto de tensión entre determinado evento o situación y los valores que componen el horizonte cultural al que pertenecen los sujetos. Este enfoque, que reconoce en los trabajos de Ágnes Heller (2002) y Pierre Bourdieu (1989; 1995) su heurística fundamental, postula a la moral como un territorio conflictivo. Por un lado, se encuentra atravesada por valores –en sí heterogéneos y jerarquizados– que operan como un precipitado de exigencias genéricas. Estos valores, no se asientan en un conjunto de representaciones que delinearán con trazo prístino las fronteras de lo que es bueno, justo y deseable. Se trata más bien de saberes no necesariamente formulados que se expresan primariamente en la acción y sólo a veces en términos de representaciones. El carácter genérico de los valores motiva necesariamente relaciones de conflicto y tensión en su relación con la infinidad de casos y situaciones particulares con las que los sujetos se enfrentan en la vida cotidiana (Heller, 2002). Consecuentemente, el análisis del campo moral, entendido como la praxis social resultante de esta tensión, requiere del estudio de las interacciones y las modalidades locales de resolución, es decir, de su expresión en contextos sociales determinados.

Durante la segunda mitad del año 2002, las reuniones semanales en las que se discutía y planificaban las acciones del CAP N° 44 compusieron un

escenario preeminente para comprender este universo y su relación con la construcción de clínica de la realidad. Una vez instituida la identificación de “la desnutrición”, la necesidad de generar un conjunto de acciones que respondan al problema identificado devino en una necesidad inmediata. Esto no estuvo relacionado con la gestión de una autoridad perteneciente a algún nivel gubernamental, sino a la movilización exclusiva de los profesionales del CAP N° 44. Si bien el interés, la motivación, o incluso la perspectiva de los distintos integrantes del equipo de salud no fue similar, nadie impugnó ni en el ámbito de las reuniones ni el de las entrevistas particulares que mantuvimos con sus asistentes la necesidad de elaborar una respuesta al problema de la desnutrición desde el efector de salud y ejercida por los profesionales que lo componen.

De las 24 reuniones sucedidas entre los meses de julio y diciembre, el tratamiento de los desnutridos estuvo presente en 19. Tanto la “necesidad” de intervenir como la justificación de la acción fue postulada por los integrantes del equipo de salud como un valor primordial: el auxilio de quién padece. Una de las psicopedagogas con casi diez años en el centro relataba “la intención básica es que podamos hacer algo por la gente, contribuir desde este sector ... pero en un sentido amplio, intentar modificar aunque más no sean pequeñas cosas para mejorar los problemas que tiene la gente”. Este *hacer algo* con la intencionalidad de interceder por el *bien* del que necesita, asume el carácter de un pilar constitutivo de la experiencia profesional. Una de las trabajadoras sociales con casi 25 años de trabajo lo expresaba de esta forma: “después de tantos años, yo creo que lo que me define es el trabajo para la gente...más allá del tema y de las circunstancias...”. Tanto la noción de “hacer” como de “bien” remiten necesariamente a diversos significados que se enmarcan en tradiciones sanitarias, políticas, culturales y éticas que pueden –y de hecho lo hacen– tensarse en la acción cotidiana. Sin embargo, más allá de las polisemias locales, ambos términos constituyeron el principio de lenguaje común entre los profesionales, la simiente de un horizonte interpretativo que definía su posición en el mundo y a partir del cual se desplegaban las acciones que componían su devenir cotidiano. La interpretación de los indicadores antropométricos como “problema nutricional”, movilizó a los profesionales del CAP a redirigir sus prácticas hacia la desnutrición aún sin que la acción terapéutica tuviese un contenido claro. En principio, no se trató de la aplicación de un conocimiento experto al abordaje de un “problema” sino del ejercicio de un imperativo moral: se debía actuar y lo que restaba saber era el contenido de la acción.

En el campo de la atención primaria de la salud, las prácticas profesionales suelen perseguir, en términos genéricos, dos objetivos básicos: la “cura” como expresión de una transformación radical de aquello que resulta indeseable, o la “ayuda”, lenta contribución en la superación de las dificultades adscriptas o expresadas por los demandantes. Sin embargo, la intención de actuar fue desafiada por un “problema” sobre el que, de acuerdo a la propia definición profesional, no parecía existir una intervención terapéutica que pudiese ser enmarcada en estas categorías. El 12 de Agosto de 2002 durante la reunión de “salud comunitaria” se produjo la siguiente conversación:

–Pediatra: yo creo que con este tema en realidad no es mucho lo que se puede hacer. Si vos tenés un chico que por algún problema orgánico tiene deficiencias para absorber los alimentos está bien, pero en realidad cuando no come porque no hay, que se yo, desde acá [por el sector salud] mucho no podés hacer...

–Trabajadora social: el tema es que si tenés un chico desnutrido algo está mal y eso no se agota sólo en lo orgánico...

–Pediatra: si, pero el tema es que recursos tenemos para hacer algo, nosotros no podemos darle de comer a la gante.

–Trabajadora social: bueno, vos no podés cambiarle la vida a la gente, no podés hacer que ellos de repente tengan plata para comprar alimentos, pero justamente creo que desde acá siempre algo se puede hacer...

–Psicóloga: Pero justamente la tarea es definir la intervención, acordar el tipo de trabajo que vamos a hacer, obviamente no es algo que podemos resolver sólo desde el consultorio, o al menos, se requiere de un trabajo distinto, quizás más profundo...no sé...

La “desnutrición” constituyó un desafío para las prácticas legítimas y habituales de los profesionales formados en el campo de las ciencias médicas. Situada en el cuerpo, no era un problema “orgánico” y además, se reconocía la indisponibilidad de alimentos como un componente fundamental de su etiología. Consecuentemente, si la acción frente a esta situación particular asumió el carácter de un imperativo compartido, el contenido de esa acción permanecía como un espacio indeterminado en el que todas las respuestas se consideraban inadecuadas e insuficientes. De las 19 reuniones en las que se trató el “problema de los desnutridos” 14 estuvieron destinadas a la discusión del contenido de la acción terapéutica. La construcción de una etiología –y el campo de intervención consecuente– constituyó un trabajo naturalizado en virtud de la posición que los profesionales ocupan en el campo social: si la moral que

componen sus prácticas los conminaba a hacer algo *por* los desnutridos, su praxis reclamaba una acción *con* y *sobre* los “desnutridos”. En la definición del “tratamiento” se especificó un último aspecto crucial en la construcción del objeto terapéutico: la “culturalización” de la realidad nutricional de la población.

EL “CULTURALISMO” ETIOLÓGICO

La literatura socioantropológica ha señalado que entre las características del saber y las prácticas de la medicina hegemónica se destaca la negación o subordinación de las dimensiones sociales como constitutivas o constituyentes de la morbimortalidad (Menéndez, 1990; Grimberg, 1997; Frankenberg, 2003). En el campo de la atención primaria de la salud, y en especial con relación a las prácticas cotidianas de los profesionales que se desempeñan en el CAP, esta relación merece cierta especificación. En primer lugar, tanto los desarrollos conceptuales de la APS institucionalizadas en el marco de los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud) como la presencia de profesionales que no pertenecen a las ciencias médicas en sus equipos (fundamentalmente trabajadores sociales, psicólogos y psicopedagogos) favorece, al menos en el plano discursivo, la apelación a concepciones que incluyen dimensiones sociales en la construcción del objeto sanitario. En segundo, es necesario destacar que las relaciones entre la “desnutrición infantil” y las desigualdades sociales y materiales han sido destacadas *ad nauseum* por investigaciones de corte epidemiológico publicadas en medios reconocidos por el ámbito local.⁵ Además, más allá del conocimiento y dominio de esta bibliografía, las perspectivas políticas y la experiencia sobre los procesos sanitarios de los profesionales difícilmente dejen de lado la inclusión de dimensiones vinculadas con la realidad material de sus “pacientes”. A lo largo de las reuniones observadas y las entrevistas o conversaciones mantenidas con los profesionales no tuvimos acceso a testimonio alguno en el que “la pobreza”, definida como “carencia o falta” de “dinero”, “trabajo”, “afecto”, “resguardo”, “cultura”, “esperanza”, “educación”, “salud”, “recursos sociales” etc., no fuese postulada como una “causa” o “factor” primario en la génesis de la desnutrición. Sin embargo, este cúmulo de desigualdades e inequidades eran consideradas como el trasfondo social sobre el que se debía operar. En el marco de las reuniones de “salud comunitaria” el 19 de septiembre de 2002 se produjo la siguiente conversación:

Pediatra: *el tema es ver también qué hacés con los pibes viste...*

Nutricionista: *en el consultorio...*

Pediatra: *yo lo que hago es ver que los chicos no tengan ninguna enfermedad que les dificulte la absorción de nutrientes pero después...*

Nutricionista: *pero está también el tema de la educación alimentaria, ver qué es lo que comen los chicos o cuándo [...] quién le da o cómo le da la comida.*

(...)

Psicóloga: *seguro, pero además ver si podemos armar algo entre todas, algo interdisciplinario, porque esto no es simplemente el tema de qué come, ni siquiera sólo el tema de repartir comida mirá lo que te digo, hay que ver qué cómo se relaciona la familia con el chico...*

Pediatra: *bueno, eso es esencial, porque más allá de la pobreza, yo veo madres con una dignidad, o cómo cuidan a que cuidan a sus hijos, no sé...*

Pediatra: *si, en realidad, vos ves cómo desvisten al bebé y ya te das cuenta...*

Pediatra: *o cómo hablan del nene, qué se yo...*

Trabajadora social: *pero lo que dice Miriam (por la psicóloga) es importante, hacer un trabajo interdisciplinario, donde veamos todas estas cosas.*

La conversación registrada condensa y anticipa las líneas de intervención que fueron discutidas y en definitiva implementadas. Las discusiones en torno al abordaje de los problemas nutricionales asentaron tres dimensiones fundamentales para su tratamiento en el CAP. El primero de ellos persiguió “despejar” la existencia de algún tipo de dificultad orgánica que limite o impida su capacidad de absorber los nutrientes mediante el diagnóstico pediátrico. El abordaje terapéutico de posibles “enfermedades de base” que pudiesen estar operando la alternación del estado nutricional de las y los niños constituyó un punto convergente que no suscitó discusión. Aquí, el trabajo se desarrolló en un contexto en el que la adecuación de las categorías y prácticas de los profesionales de las ciencias médicas no representaron problema alguno. Sin embargo, una vez despejadas las causas “orgánicas” que pudiesen estar operando, las dimensiones fundamentales que los profesionales de la salud involucraron en la construcción de la etiología de la desnutrición resultaron asimilables a la sociabilidad doméstica.

En primer lugar, para el abordaje del “cuidado de los niños” se postuló la necesidad de intervenir en las prácticas alimentarias. Los alimentos que se obtienen, la forma es que son preparados, su distribución en los hogares así como los vínculos que los niños mantenían con esta actividad doméstica y cotidiana constituyeron un foco de interés primario. Este interés estuvo funda-

mentado en el reconocimiento de dimensiones que, desde la perspectiva de los profesionales, eran asimilables al conjunto de ideas propias del medio social en el que se desenvuelven de sus pacientes. Una nutricionista con diez años de experiencia nos relataba en el contexto de una entrevista “la clave son las ideas que tiene la gente sobre las cosas, [sobre] las formas de alimentarse [...] ellos piensan que está bien que los chicos coman cualquier cosa o que coman el mismo guiso que los grandes a cualquier edad..., entonces vos ahí podés trabajar, decirles que los chicos de determinada edad necesitan una dieta especial”. Así, el “conjunto de ideas” que circulan en el medio social y que inciden en las prácticas alimentarias trascendía la materialidad en la que se inserta. Como relataba una pediatra “aún cuando ves gente que no tiene para comprar comida, por ahí te enterás que cuando ven una moneda en vez de comprarle una fruta a los chicos les compran un caramelo o un juguito, entonces siempre tenés la posibilidad de trabajar algo, tratar que eso que usen mejor el dinero que puedan llegar a tener”. Una de las nutricionista con catorce años de experiencia nos decía: “la pobreza siempre está, pero dentro de la pobreza no son todos iguales; vos ves gente que a pesar de no tener un mango de alguna manera se las arreglan para que sus hijos estén bien; y otras que, a pesar de que no están tan mal económicamente tienen chicos que están mal, entonces algo pasa...”

Esta perspectiva era acentuada cuando los “casos”, además de pobres extremos, eran también inmigrantes internos o externos. Una pediatra con diez años de experiencia resaltaba este aspecto: “Hay gente que viene de determinados lugares en los que la forma de comer está lejos de ser la ideal, no sé, pienso en los bolivianos que vemos acá o incluso los que vienen del norte, que tienen costumbres que muchas veces los perjudican...qué sé yo, como dar el pecho a los chicos hasta los cinco años, y eso tiene que ver con cosas que tienen que ver con su cultura...y muchas veces lo que hacés en el consultorio no alcanza para transformar eso, o se requiere de un trabajo muy a largo plazo, lo cual también es difícil porque muchas personas dejan de venir”.⁶

Estas singularidades “culturales” que asumen los procesos alimentarios de los hogares a los que pertenecen los niños desnutridos no agotan los aspectos sociales involucrados en la construcción del objeto terapéutico. El segundo componente se relacionó con el abordaje de los vínculos entre las y los niños y los padres, especialmente la madre como agente primordial en los procesos alimentarios. Una de las trabajadoras sociales expresaba “no sólo es necesario considerar la comensalidad, sino además las formas en que las madres crían a los chicos porque eso es esencial”. La multiplicidad de prácticas involucradas

en la crianza de las y los niños se focalizó en aquellas que, en principio, suponían una influencia directa en el desarrollo cognitivo de los niños. Una psicóloga con casi 15 años de experiencia de trabajo en el CAP especificaba esta dimensión de la siguiente manera: “el tema es que por la mala alimentación o los medios sociales en los que viven los chicos no tienen un buen desarrollo mental. Por eso la estimulación mental y física puede ser un aspecto importante para el tratamiento de los problemas nutricionales”. Aunque hasta ese momento no se disponía de experiencia en el tema, los profesionales impulsaron el desarrollo de un espacio destinado a la práctica de actividades lúdicas cuyo objetivo formal era no sólo “estimular el aparato cognitivo del niño” sino además para “fortalecer las relaciones con los cuidadores, especialmente las madres”.

Finalmente, en los inicios de 2003, la “desnutrición” como el objeto de intervención clínica quedaba conformado por la articulación de cuatro elementos: una percepción formalizada de las proporciones corporales que permitiría distinguir lo normal y lo patológico; un diagnóstico pediátrico enmarcado en el saber de las ciencias médicas que despejaba la posible presencia de “enfermedades de base”; la implementación de actividades de educación alimentaria dirigida a mejorar la calidad de la dieta en los hogares; la elaboración de espacios de juego en el CESAC destinados a estimular el desarrollo cognitivo y los vínculos entre los padres y las y los niños.

CONCLUSIONES

El caso que acabamos de presentar nos permite adentrarnos no sólo en las modalidades locales por las que se introduce una inequidad social extrema como problema de salud pública, sino especialmente en la forma en que esas realidades son redefinidas como objetos clínicos por los profesionales de la salud.

En el abordaje de la desnutrición, el ejercicio terapéutico se construyó en virtud de una movilización social animada por los campos morales que componen el devenir cotidiano de los profesionales. La acción dirigida a la obtención de la cura constituye un valor preeminente sobre el que se estructura el trabajo sanitario. Su institucionalización constituye un imperativo burocrático que contribuye a la conformación de la identidad y la legitimidad de la tarea. Ubicados en este campo, los profesionales deben operar “resolutivamente” en la complejidad social que enfrentan más allá del ejercicio explícito de ciertos

dominios de conocimiento y de la evaluación del producto de sus acciones. Esta movilización se expresó en el proceso de institucionalización de la “desnutrición” como objeto sanitario sobre el que se debía y era posible intervenir.

En la conformación de la realidad clínica advertimos dos etapas fundamentales. Durante la primera, tanto la formalización de la metodología con la que era percibido el cuerpo como la valoración de sus resultados resultaron centrales para instituir a la “desnutrición” como “problema de salud pública”. Es destacable que la normalización instrumental no estuvo asociada con la necesidad de construir o convalidar un conocimiento experto, sino con una evaluación del contexto social en el que se encontraba la población que concurría al CAP. Puesto que la percepción profesional se conformó luego de la “crisis”, el número de “desnutridos” que existían antes de 2002 permaneció desconocido. Además, tampoco se incluyó el crecimiento de la demanda al PMI como un componente esencial en la evaluación del incremento de niñas y niños que, en principio, presentaban alteraciones antropométricas. Sin embargo, la identificación de la desnutrición en la población infantil de acuerdo a un instrumento convalidado en un contexto de pobreza creciente, reorientó las prácticas asistenciales de los profesionales hacia estos territorios inexplorados.

En la segunda etapa, el contenido “culturalista” con la que se invistió la etiología de los casos no se fundamentó en un desconocimiento de las condiciones materiales en las que se desenvuelven las prácticas de los conjuntos sociales. Los profesionales saben que la desnutrición no es comprensible sin considerar los contextos de indigencia en las que se sitúan las y los niños. Sin embargo, también saben que no todos los niños en situación de pobreza con los que trabajan cotidianamente presentan los mismos indicadores nutricionales. De esta manera, “lo social” es introducido como un trasfondo condicionante pero no determinante de la “desnutrición”. El “culturalismo” etiológico resultó eficaz para resolver el desafío que la desnutrición representó para el campo moral en el que se desenvuelven los profesionales. Al eludir las condiciones políticas y económicas en las que se produce la materialidad de los cuerpos, permitió ubicar a la intervención como un fenómeno realizable de acuerdo con las herramientas y los parámetros técnicos legítimos en el campo de la acción sanitaria. Ningún pediatra, médico, nutricionista o trabajador social puede resolver la falta de alimentos en los hogares desde el consultorio de un centro de salud. Sin embargo, determinados aspectos relacionados con la modalidad en que son consumidos los alimentos, o las formas de cuidado y alimentación de los niños, permiten intervenir en el campo de la nutrición por medio de los

recursos más habituales: las actividades de promoción de la salud y el tratamiento clínico como instancias preventivas y reparadoras.

La formalización perceptiva y el “culturalismo” etiológico pueden integrar dos dimensiones estructurales en los procesos involucrados en la construcción sanitarista de la realidad. Aquí sugerimos que ambos procesos también pueden ser enmarcados en los territorios morales que animan no sólo la legitimidad del cuerpo sino también los trabajos sobre el cuerpo en el campo de la salud pública. En definitiva, se trata de uno de los aspectos que, en diversos escenarios locales, componen las interacciones entre instituciones, procedimientos, acciones y actores que contribuyen al desarrollo de la *governabilidad* de la vida en las sociedades contemporáneas.

NOTAS

¹ Las sesiones observadas, que sumaron un total de 24, tuvieron lugar con una frecuencia semanal y fueron destinadas a la discusión de las modalidades en que sería definida la “malnutrición” en términos conceptuales, operacionales y asistenciales. Además, en el contexto de las observaciones de las actividades cotidianas, se produjeron conversaciones ocasionales con los 10 profesionales que protagonizaron la implementación local de la asistencia a los niños con “desnutrición”: 4 trabajadores sociales; 3 nutricionistas y 3 médicos pediatras. Finalmente, con dos médicos pediatras, dos de las nutricionistas y un trabajador social se realizaron nueve entrevistas en profundidad.

² La línea de pobreza utilizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) resulta un indicador especialmente significativo para el análisis del fenómeno planteado, puesto que relaciona la disponibilidad de dinero en los hogares con el precio de los alimentos que se deberían consumir para satisfacer las necesidades nutricionales de sus integrantes (INDEC, 2006). Para una discusión de los indicadores de la pobreza y su posible medición es posible consultar el texto de Minujin (1997) o el sitio de Internet del INDEC: www.indec.mecon.gov.ar.

³ La presentación de “casos clínicos”, de niños que manifestaban la ausencia de “comidas” en sus jornadas habituales o la discusión de la magnitud potencial de las carencias nutricionales fue eventualmente promovida por diferentes medios de comunicación como símbolo ostensible del declive social y

económico del país. No es éste el espacio para abordar el tratamiento mediático que tuvo y tienen los problemas alimentarios; sólo señalaremos que este tratamiento se produjo en un contexto en el que, de acuerdo a los estudios poblacionales producidos con posterioridad, no se evidenció un deterioro de los indicadores antropométricos (Aguirre, 2005; Calvo y Aguirre, 2005).

⁴ El número del CAP fue cambiado para conservar la confidencialidad de la información.

⁵ Las citas de trabajos en los que se sustenta esta relación aún reduciendo nuestro alcance a los estudios realizados en Latinoamérica en los últimos años serían innumerables. Solo para dar algunos nos remitimos a los trabajos publicados frecuentemente en *Archivo Argentino de Pediatría* y a las investigaciones financiadas por las becas CONAPRIS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de Calvo (2003), Orizzonte (2004).

⁶ Un culturalismo de características similares es destacado por Fassin y Naudé (2004) en el caso de la intoxicación de los niños por plomo en la segunda mitad de los años ochenta en Francia.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, Patricia (2005). *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*. Editorial Miño y Dávila, Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre (1986). “Notas provisionales sobre la percepción del cuerpo”. En: *Materiales de Sociología*. Editorial Crítica. Madrid, 183-194.
- Bourdieu, Pierre (1986). *El sentido práctico*. Editorial Taurus, Madrid.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic, (1995). *Respuestas. Por una Antropología Reflexiva*. Editorial Grijalbo, México.
- Carmuega, Esteban y Durán Pablo (2000). “Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes”. En: *Boletín CESNI*, Junio de 2000, 3-24.
- Calvo, Elvira (2003). “Estudio multicéntrico sobre alimentación y riesgo de desnutrición infantil. Ministerio de Salud y acción social de la Argentina”. Beca Ramón Carrillo–Arturo Oñativia. Obtenido en Agosto de 2004 en el sitio de internet del ministerio: www.msal.gov.ar.

- Conrad, Peter y Schneider, Joseph (1992). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Temple University Press.
- Fassin, Didier y Naudé, Anne Jeanne (2004). "Plumbism Reivented. Chilhood Lead Poisoning in France, 1985-1990". En: *American Journal of Public Health*. 94 (11), 1854-1863.
- Frankenberg, Roland (2003). "Unidos por la diferencia, divididos por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología". En: *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, Sección de Antropología Social (ICA, FFyL, UBA), 11-27.
- Foucault, Michel (1989). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. Siglo XXI editores, Buenos Aires.
- Freidson, Elliot (1978). *La profesión médica*. Editorial Península, Barcelona.
- Grimberg, Mabel (1997). "De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología". En: Marcelo Álvarez y Victoria Barreda (Compiladores), *Cultura, Salud y Enfermedad. Temas en Antropología Médica*. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano (INAPL), 11-23.
- Good, Byron (1994). "How Medicine Constructs its Objctcs". En: *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge, 65-87.
- Heller, Ágnes (2002). *Sociología de la vida cotidiana*. Editorial Península, Barcelona.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina). Encuesta permanente de Hogares. Información disponible en Febrero de 2006 en el sitio de Internet del INDEC: www.indec.meccon.gov.ar
- Lejarraga, Horacio (1996). "¿Qué son los percentilos?" En: *Manual metodológico de capacitación del equipo de salud en crecimiento y nutrición de madres y niños*. Dirección de Salud Materno infantil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (Argentina), Buenos Aires, 65-66.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Ediciones de la Casa Chata. Alianza Editorial Mexicana, México.

- Minujin, Alberto (1997). *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina*. UNICEF/Losada. Buenos Aires.
- Orizzonte Liliana (2004). "Situación Nutricional: acceso y utilización de servicios de salud, y programas alimentarios en una población pobre del Gran Buenos Aires. Ministerio de Salud y acción social de la Argentina". Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Obtenido en Diciembre de 2004 en el sitio de internet del ministerio: *www.msal.gov.ar*.
- Scheper-Hughes, Nancy y Lock, Margaret (1987). "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". En: *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1), 6-41.
- Turner Bryan (1992) *Regulating Bodies. Essays in Medical Sociology*. Routledge, Londres.