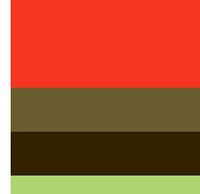




Alimentación Cultura Nutrición

Aportes desde el patrimonio, las políticas públicas
y el abordaje de los padecimientos



Alimentación Cultura Nutrición

Aportes desde el patrimonio, las políticas públicas
y el abordaje de los padecimientos



©Alimentación, cultura y nutrición.

Aportes desde el patrimonio, las políticas públicas y el abordaje de los padecimientos.
2021.

Autores:

Nilson Maciel de Paula
Gloria Sammartino
Andrea Solans
Daiana Caliva Gomez
María Daniela Cormick
Amoruso Julia
Cafardo Antonella
Castellano Verónica
Díaz Sabrina
Vaccarezza Florencia
Bardelli Sabrina Daiana
Leanza Laura
Sánchez Reulet Mariana
Vassallo Noelia Alejandra
Ana Broccoli
Doctoranda Silvina Pardías
Anelise Rizzolo
Maximiliano García

Compiladoras:

Silvia Benza
Gloria Sammartino

Correcciones:

Florencia Vaccarezza

Diseño de cubierta y diagramación:

Karina M. Hernández
contactosurka@gmail.com

Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas de las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento incluidos la reprografía y el tratamiento informático para su uso comercial.

Sammartino, Gloria Veronica

Alimentación, cultura y nutrición : aportes desde el patrimonio, las políticas públicas y el abordaje de los padecimientos / Gloria Veronica Sammartino ; Silvia Benza ; Florencia Vaccarezza ; compilado por Silvia Benza ; Gloria Sammartino ; editor literario Florencia Vaccarezza. - 1a ed revisada. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Gloria Veronica Sammartino, 2021.

Libro digital, DOC

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-88-0116-2

1. Antropología. 2. Alimentación. 3. Cultura Contemporánea. I. Benza, Silvia. II. Vaccarezza, Florencia. III. Título.
CDD 306.4

ISBN 978-987-88-0116-2



9 789878 801162

Indice

- Pag. 8 **Tendencias a la universalización del consumo alimentario.**
Autor: Nilson Maciel de Paula.
- Pag.16 **Patrimonios alimentarios ¿buenos para quien?**
Autora: Gloria Sammartino.
- Pag.24 **Prácticas alimentarias y cuidados de la salud infantil en Ciudad de Buenos Aires.**
Autora: Andrea Solans.
- Pag.34 **La construcción de la gordofobia social: el rol del discurso médico hegemónico, la industria alimentaria y otros cómplices.**
Autora: Daiana Caliva Gomez.
- Pag.43 **“y los médicos, nadie sabe eso”. Usos de plantas con fines medicinales en los itinerarios terapéuticos de mujeres migrantes y sus grupos domésticos: autoatención, trabajo de cuidados y articulación con el sistema público de salud.**
Autora: María Daniela Cormick.
- Pag.55 **Motivación y áreas de ejercicio profesional de los estudiantes de la Licenciatura en Nutrición U.B.A.**
Autoras: Amoruso Julia, Cafardo Antonella, Castellano Verónica, Diaz Sabrina, Vaccarezza Florencia.
- Pag.65 **Dieta Paleo. ¿Una alternativa para comer mejor?**
Autoras: Bardelli Sabrina Daiana, Leanza Laura, Sanchez Reulet Mariana, Vassallo Noelia Alejandra.
- Pag.78 **El rescate de semillas como aporte a la soberanía alimentaria. Descripción de una experiencia de conservación de maíz con agricultores familiares santafesinos.**
Autoras: Ana Broccoli, Silvina Pardías.
- Pag.88 **Los aspectos simbólicos de la comida en la perspectiva de las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional y derecho humano a la alimentación adecuada y saludable.**
Autora: Anelise Rizzolo.
- Pag.96 **Políticas públicas, transformación y escenarios de disputa.**
Autor: Maximiliano García.



Crédito: DIARIO AS

Prácticas alimentarias y cuidados de la salud infantil en Ciudad de Buenos Aires



Autora
Andrea Solans

Prácticas alimentarias y cuidados de la salud infantil en Ciudad de Buenos Aires

Autora: Andrea Solans

Introducción



Este artículo estudia prácticas de alimentación y cuidado infantil atendiendo a las políticas y a las condiciones de vida de grupos en Ciudad de Buenos Aires. Las prácticas alimentarias forman parte de la auto-atención de la salud de sujetos y grupos sociales. En un sentido amplio, la auto-atención alude a todas las formas de cuidado y atención que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos a nivel de los microgrupos, singularmente, los grupos domésticos. Siguiendo a Menéndez (2003)(1), estas formas varían de acuerdo a las normas y características socioculturales y económico-políticas de cada grupo. Desde esta perspectiva, la autoatención no solo incluye la atención y prevención de los padecimientos (sentido restringido), sino que abarca también a las actividades de preparación y distribución de alimentos, así como el acceso y la utilización del agua, el aseó del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, entre otras tareas.

Desde este enfoque, partimos del supuesto teórico de considerar la salud, la enfermedad, los cuidados y la atención como momentos de un proceso histórico-social que opera estructuralmente y de forma diferenciada en todos los conjuntos sociales (Menéndez 1994)(2). Los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, una parte de las cuales se organizan profesionalmente. A su vez, estos procesos son emergentes de las condiciones de vida y el resultado de modalidades específicas de relaciones sociales, políticas y económicas que configuran una trama de saberes, prácticas y experiencias, que no son patrimonio exclusivo de la medicina (Menéndez 1994);(Margulies 2014)(3).

Desde este enfoque relacional el grupo doméstico es considerado como el micro-grupo de mayor peso tanto en las prácticas de cuidado y atención de la salud y las enfermedades como para otras tareas indispensables para la vida, por ejemplo, los modos para resolver la problemática diaria de la alimentación (Menéndez 2003). A partir de los grupos domésticos se entablan las principales redes sociales y, a su vez, sobre esos grupos repercuten en forma directa las consecuencias de las medidas socioeconómicas y políticas.

Numerosos trabajos analizan con un abordaje de género el lugar que las mujeres han tenido tradicionalmente como principales encargadas del trabajo reproductivo, dentro de lo que se incluye el cuidado, el trabajo doméstico y también la provisión, compra y elaboración de alimentos (Comas D'Argemir 2017)(4); (Nari 2004)(5). El género como concepto teórico es multidimensional: es una categoría relacional en tanto se centra en las relaciones entre hombres y mujeres; además, es una relación de poder dado que como principio de organización social no opera de forma neutra, es una construcción social que define valores, expectativas y comportamientos en una determinada sociedad y su contenido no es universal ya que varía según el contexto histórico, las pertenencias étnicas y de clase (Rodríguez Enríquez 2015)(6).

La "feminización de los cuidados" consiste en un proceso social de responsabilización de las mujeres respecto del cuidado que permite la reproducción cotidiana de la vida de las personas, en general, y el cuidado de las criaturas o enfermos/as, en particular. El trabajo de cuidado que se produce en los hogares, especialmente realizado por las mujeres, históricamente invisibilizado, naturalizado y no concebido como trabajo, es esencial para el mantenimiento y la reproducción de la vida y, desde esta perspectiva, es central para entender la raíz económica y política de las desigualdades sociales y las relaciones de género. Tal como plantea Comas d'Argemir, el cuidar produce, nutre y confirma las relaciones de parentesco. En articulación con el género y el curso de la vida, las relaciones de parentesco asignan roles y obligaciones diferenciadas y jerárquicamente estructuradas.

Así, el género y las relaciones de parentesco son principios de organización social clave, más aún en los trabajos de cuidados. La medicina contribuyó a este proceso inscribiendo la maternidad en la naturaleza y biología femeninas. La «maternalización de las mujeres», como plantea Nari (2004), fue un proceso que acompañó la consolidación del Estado nacional (1890-1940). En ese contexto los niños habían comenzado a ser considerados como un valioso capital humano y las mujeres como responsables de generar y cuidar este capital, siguiendo las recomendaciones de los médicos sobre su cuidado. Desde el Estado y especialmente desde las sociedades médicas se fue construyendo una pedagogía maternal que contribuyó a la definición y delimitación de una "maternidad inapropiada", así como a la definición de una "crianza apropiada" y una inapropiada (Colángelo 2012)(7).

En cuanto a los cuidados infantiles en general y a la alimentación en particular, las familias -especialmente, las mujeres en rol de madre que son quienes asumen en mayor proporción las tareas de cuidados- recurren a los especialistas en pediatría para controlar y atender a sus hijos/as pequeños/as, consultas que tienen mayor asiduidad durante el primer año de vida de sus bebés. Estas consultas médicas -denominados por el sistema de salud como «controles en salud»- además de ser espontáneas también son solicitadas, como ya mencionamos, como requisito por parte de los programas públicos condicionados (que detallaremos más adelante). La alimentación infantil, en especial de los bebés y durante el primer año de vida, está modelada por las recomendaciones, orientaciones y prescripciones médicas que suelen entrar en disputa con las prácticas y saberes de los grupos sociales (Menéndez 2003, Nari 2004).

En este sentido, nos interesa indagar con un enfoque de género la alimentación y los cuidados infantiles en grupos domésticos así como los efectos de las recomendaciones médicas en esas prácticas, e identificar tensiones o divergencias entre dichas recomendaciones y los procesos de cuidado infantil.

Metodología y características socioculturales y económicas de la población



Este artículo se desprende de una investigación más amplia que tuvo como objetivo conocer las prácticas alimentarias de familias -cuya integrante mujer en rol de madre procedía de Bolivia, Paraguay o Perú- residentes en CABA y usuarias del sistema de salud público de la ciudad, atendiendo en el análisis a sus trayectorias migratorias y sus condiciones de vida¹. Las prácticas alimentarias fueron analizadas a la luz del concepto paisajes alimentarios, definido como espacios de relación de las personas entre sí, con los alimentos y con los mensajes atribuidos a los mismos. La idea de paisaje destaca la perspectiva del actor localmente situado y la multiplicidad de espacios que habita (Appadurai 2001)(8). Desde este enfoque, los paisajes alimentarios están atravesados por dimensiones tecnológicas, comunicacionales, económicas, ideológicas y étnicas. Asimismo, la noción de paisaje es pensada como punto de encuentro (o desencuentro) entre personas, mensajes y alimentos que requiere atender a las interconexiones jerárquicas u horizontales, así como a las relaciones de desigualdad social que condicionan a los sujetos, sus movimientos y sus prácticas. El grueso del trabajo de campo se realizó en barrios del sur de la CABA entre el segundo semestre del 2011 y el primero del 2012. Luego de una etapa diagnóstica y del primer acercamiento al campo se trabajó con 15 mujeres migrantes, siete procedentes de Paraguay, cuatro de Bolivia y cuatro de Perú. La entrada en terreno fue facilitada por profesionales de los centros de salud y acción social (en adelante, CESAC)². Para comprender las prácticas alimentarias de las mujeres entrevistadas se utilizaron combinadamente diversas estrategias de la metodología cualitativa: entrevistas semi-estructuradas, abiertas y en profundidad, y observación participante en centros de atención primaria de salud y en sus domicilios. Asimismo, incluimos en el análisis los resultados de la aplicación de los denominados «Recordatorios de 24 horas de ingesta de alimentos» (de ahora en más, “los recordatorios”), una herramienta utilizada por profesionales en el área de Nutrición que permite relevar información detallada de los alimentos y bebidas consumidos el día anterior, atendiendo a los tipos de alimentos, las cantidades, los modos de preparación, entre las variables más relevantes (Ferrari 2013)(9). En conjunto con nutricionistas de un CESAC elaboramos el esquema o grilla que sirvió de base para realizar los recordatorios. El mismo constaba de tres partes: en primer lugar el relevamiento de los alimentos consumidos por los integrantes del grupo doméstico en el hogar; luego, un registro de las cantidades y detalles de preparación de alimentos para uno de los/as niños/as integrantes de la familia; por último, se buscó registrar una preparación «especial» propuesta por la mujer entrevistada, con ingredientes, cantidades, formas de preparación y «secretos» incluidos. En nuestro estudio presenciamos los recordatorios de 24 horas realizados por nutricionistas en el marco de la estrategia cualitativa de investigación. El detalle de la comida del día anterior arrojó información significativa acerca de las circunstancias en que acontecía cada situación alimentaria narrada y nos permitió un acercamiento a la perspectiva de los actores involucrados. Así es que decidimos incluir los recordatorios en el proceso de construcción de datos etnográficos.

La mayoría de las mujeres con las cuales trabajamos tenía más de diez años de residencia en la ciudad. Todas las mujeres tuvieron hijos/as en Buenos Aires. Sólo tres mujeres tenían cinco hijos/as o más; el resto, menos de tres. Diez mujeres tenían hijos/as de tres años o menos, tres de las cuales eran primerizas y tenían bebés -menores de diez meses. Las mujeres que migraron dejando hijos/as en sus países de origen habían logrado traerlos a Buenos Aires.

Con respecto a la composición familiar, al momento de la entrevista diez mujeres vivían con sus parejas y hasta con dos hijos/as; y otras tres vivían con su pareja y más de dos hijos. Dos mujeres eran separadas -sin pareja conviviente- y jefas de familia con más de dos hijos.

En relación con las fuentes de ingresos, tres de las mujeres (dos paraguayas y una peruana) tenían trabajo formal asalariado (empleadas administrativas del sistema público de salud y empleada doméstica, respectivamente) y otra mujer estaba contratada en una cooperativa de limpieza, con un contrato anual. El resto tenía trabajos informales precarios e inestables (en trabajo doméstico, comercio y trabajo textil -en taller o domicilio), otras estaban desocupadas y tres se definían como “amas de casa”. Éstas últimas tenían hijos menores de un año y anteriormente habían realizado trabajo doméstico o en comercios.

Las mujeres trabajadoras informales y desocupadas percibían uno de los programas alimentarios de transferencia condicionada de ingresos implementados por el Ministerio de Desarrollo Social del gobierno de la CABA. En cambio, todas las mujeres que participaron de la investigación recibían la leche fortificada suministrada por los CESAC en el marco del programa alimentario implementado por el Sector Salud de la CABA que busca prevenir la desnutrición y la anemia.

En cuanto al lugar de residencia en Buenos Aires, todas las mujeres de procedencia paraguaya y una de las mujeres de Bolivia residían en asentamientos sin plan de urbanización previo denominados “villas”. En cambio, tres mujeres bolivianas y las cuatro mujeres peruanas vivían en distintos barrios del sur y centro de la ciudad. En la mayor parte de las viviendas que visitamos, ya sea en las villas y también en barrios residenciales, en una misma habitación dormían adultos/as y niños/as, y eran habitaciones multifuncionales. Especialmente en las villas, las cocinas solían ubicarse en la misma habitación que servía de dormitorio y de estar.

¹ La investigación comenzó con una beca otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga en el 2011 a Andrea Solans (en carácter de investigadora becaria). El corpus empírico proporcionado por dicho estudio fue retomado por la investigadora para la elaboración de la Tesis de Maestría en Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, denominada “Mujeres migrantes y paisajes alimentarios en Buenos Aires. Entre redes de abastecimiento, políticas públicas y tradiciones culinarias”, dirigida por la Dra. Susana Margulies, defendida en el año 2017. En el presente artículo se citan registros de campo y fragmentos de entrevistas que fueron realizadas en el marco de dicha investigación.

² Los CESAC conforman el Área Programática de cada Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. La ciudad cuenta con 12 áreas programáticas, una por cada Hospital General de Agudos con excepción de uno -Hospital Ramos Mejía.

En la villa 21-24, como ocurre también en las demás villas y barrios populares de la ciudad, el acceso al agua, los servicios de red cloacal y los pluviales son deficientes. Así como también la electricidad. A su vez, la recolección de residuos no está garantizada, una caminata por alguna de las calles o pasillos del barrio permitía ver basura acumulada que, entre otras cosas, incidía en la mayor presencia de roedores, motivo de preocupación por parte de las mujeres y sus familias.

Respecto del acceso al agua potable, las viviendas visitadas en las villas disponían de una sola canilla y su ubicación variaba en cada una y el agua se recolectaba mediante bidones u otros recipientes. El relevamiento de las características de las viviendas, la infraestructura de las cocinas, el acceso al agua, las formas y fuentes de ingresos se volvieron datos insoslayables para la comprensión de las prácticas de alimentación diaria, entre ellas el uso de leche provista por el programa de apoyo alimentario.

Si bien la condición migrante de las mujeres fue relevante en el marco de la investigación citada, en el presente artículo constituye una dimensión que escapa a los objetivos específicos que aquí nos proponemos.

Prácticas alimentarias, cuidados infantiles, parentesco y género:

En cuanto a la organización de la alimentación familiar, encontramos que las mujeres en general llevaban adelante las tareas implicadas en la cocina diaria en virtud de, más allá del propio deseo, responder a un atributo asignado actualizando así las normas sociales que regulan las relaciones de parentesco. La siguiente frase de Silvia, procedente de Perú con pareja conviviente -ambos comerciantes de ropa en ferias- y tres hijos, es una de las numerosas expresiones formuladas por las mujeres que muestran la asociación entre la condición femenina, el rol de madre y la responsabilidad de la alimentación:

Yo te digo lo que yo sé, lo que aprendí de mi mamá. A mí poco me gusta y casi nada cocinar, pero bueno por mis hijos hay que cocinar. (Silvia, en CESAC N° X, barrio Mataderos, 20/03/2012, resaltado nuestro)

La expresión “por mis hijos hay que cocinar” muestra que el alimentar es cuidar además de nutrir e invita a reflexionar sobre las imbricaciones entre el cuidado y el parentesco. El cuidado se define y se fundamenta en un determinado tipo de relaciones y abarca dimensiones éticas de obligación y responsabilidad. Comas d’Argemir (2017) analiza las bases morales del cuidado en tanto don, reciprocidad y mercancía. Cada uno de estos tres abordajes del cuidado forman parte de sistemas morales diferentes: el don implica regalar sin tener garantías de recibir nada a cambio, la reciprocidad se inscribe en el principio del retorno, mientras que la mercancía se conforma por el intercambio de bienes o servicios (Comas d’Argemir 2017:20). El cuidado como parentesco remite a los vínculos por los que se genera la obligación de cuidar. El cuidado, que entraña alimentar, nutrir, educar, dedicar tiempo a otras personas, implica una dimensión material y simbólica que requiere sentimientos, acciones y conocimientos. En los grupos familiares, los trabajos de cuidado tienen una dimensión moral y afectiva, es decir, no es solamente una obligación jurídica sino que involucra también sentimientos, emociones, afectos y conflictos. En términos de Comas d’Argemir, “el hecho de cuidar no sólo deriva de la relación de parentesco, sino que a su vez produce y confirma las relaciones de parentesco” (Comas d’Argemir 2017:21). Asimismo, el cuidado no solo es una cuestión familiar, sino que afecta al conjunto de la sociedad, por lo tanto es un problema social y político. Tradicionalmente el dar, recibir y devolver cuidados se inscribe en la lógica de la solidaridad familiar y de obligaciones de género y de parentesco. Al ser naturalizado el cuidado por parte de las mujeres como un deber (don), se le niega el principio de reciprocidad y no se le reconoce mérito alguno.

En cuanto a los datos provenientes de nuestra investigación, podemos destacar que desde edades muy tempranas las mujeres asumieron el cuidado, entendido como deber, en el ámbito familiar, especialmente las que eran hermanas mayores. La familia de origen emerge como el espacio de aprendizaje del trabajo en función del género, dado que ellas desempeñaron desde pequeñas las tareas domésticas y de cuidado. Aprendieron a cocinar de niñas en las cocinas de sus hogares de infancia viendo a sus madres o abuelas manipular los distintos utensilios e ingredientes y elaborar diversas preparaciones de acuerdo con los recetarios y saberes culinarios de la familia y el lugar de origen. Así hablaba Silvia de su aprendizaje sobre cómo mantener el hogar y, especialmente, sobre la «buena cocina», en relación con el lugar y las figuras femeninas -madre y abuela- de su familia de origen:

“A mí no me gusta cocinar pero uno tiene que cocinar por los hijos, cuando se junta. Y mi mamá se encargaba de la comida y la casa ella. (...) Mi mamá me cocinaba de todo, yo seguí los pasos de mi mamá, seguí esa tradición de mi mamá y de mi abuela, una buena cocina con todas las verduras, carnes a base de pescado. Mondongo, hígado en churrasquito, con encebollado de tomate y cebolla, con un poquito de vinagre y salsa de soja con lentejitas”. (Silvia, en CESAC N° X, barrio Mataderos, 20/03/2012, subrayado nuestro)

Los datos etnográficos muestran que desde la infancia –a partir de los ocho años- se les ha conferido a las mujeres la responsabilidad de la cocina familiar aprendiendo a manipular los utensilios de cocina y el combustible. Por ejemplo, Mariela (procedente de Bolivia, casada –ambos trabajadores en su domicilio de confección de indumentaria- y con dos hijas) hace referencia a su destreza en el uso del fuego y las habilidades en la cocina ya desde niña (ocho años) en un ámbito rural de la provincia de La Paz cuando le fue atribuida la responsabilidad culinaria y el cuidado de sus hermanas y hermanos menores, mientras los integrantes mayores de su familia (padre, madre, hermanos) iban a trabajar al campo. Posteriormente, con la inserción de las mujeres en ámbitos laborales (remunerados y no remunerados) extra-domésticos, por ejemplo, quienes han sido empleadas en casas de familia o voluntarias en comedores comunitarios -ámbitos laborales altamente feminizados- varias se han desempeñado como cocineras –entre otras tareas y funciones allí realizadas- y, por tanto, han aprendido nuevas recetas, destrezas y habilidades.

Las mujeres entrevistadas, como ya mencionamos, forman parte de grupos domésticos cuyas características son variadas: mujeres con pareja conviviente e hijos/as y mujeres jefas de hogar sin pareja conviviente con hijas/as. Ya sea siendo jefas de familia y únicas proveedoras, desocupadas, trabajadoras informales, asalariadas a tiempo

completo o amas de casa, ellas son las que acarrean la mayor parte de las actividades de adquisición y preparación de las comidas. En este sentido reconocemos la denominada doble carga de trabajo (remunerado y no remunerado) que sobrellevan. Las mujeres se encargan de organizar y preparar la alimentación familiar –así como las demás tareas domésticas- para consumir en el hogar así como la vianda que llevan sus maridos a trabajar o los/as hijos/as a la escuela.

Cabe señalar que la mayor parte de las mujeres que participaron de la investigación hacían uso de alguno de los programas públicos condicionados y focalizados del estado municipal. Los programas alimentarios al convocar primordialmente a las mujeres en rol de madre y al exigirles contraprestaciones (en general la presentación certificados de escolaridad y de salud), reactivan la fuerte asociación entre la esfera del hogar y lo femenino que se corresponde con las visiones acerca de la maternidad y paternidad que abrevan en el modelo de familia nuclear e impactan en la reproducción de la desigualdad social. Se puede argüir que los programas alimentarios, al priorizar como titulares a las mujeres en condición de madre o embarazadas permiten incrementar el status de la mujer en tanto procuradora de la alimentación familiar. Lejos de problematizar y cuestionar la concepción feminizada de los cuidados y la identificación de las mujeres centralmente en cuanto madres, contrariamente, las instituyen y contribuyen a reproducir las desigualdades de género en cuanto a las tareas domésticas y de crianza infantil (Solans 2019)(10).

A su vez, un espacio significativo en el acceso de las mujeres a los alimentos, entre otras cuestiones, lo constituyen los «comedores comunitarios». Se trata de organizaciones barriales, algunas de las cuales reciben asistencia alimentaria y subsidios de la Red de Comedores Comunitarios del Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de la Ciudad. En otro trabajo hemos analizado la participación de las mujeres y sus familias en los comedores comunitarios y señalamos que los comedores aparecían como ámbitos que permitían el acceso no sólo a alimentos sino también a vínculos estratégicos y a información clave para el mantenimiento de la vida cotidiana (Solans y Piaggio 2018)(11).

En cuanto a los tiempos de aprovisionamiento, elaboración y preparación de los alimentos, las mujeres se organizan a lo largo del día de forma tal de poder cumplir con el trabajo remunerado y no remunerado. En ocasiones se les atribuye a las hijas mayores la participación en los quehaceres domésticos, como la limpieza o incluso la cocina, como señala Antonia, con cinco hijos a cargo (cuatro nenas y un varón), replicando, a su vez, la división sexual del trabajo:

“No, no tenemos ni heladera, ni lavarropas, nada. Nos turnamos para lavar la ropa entre mi marido y yo, a veces mi nena [hija mayor de 14 años]. (...) Y de la comida me encargo yo, a veces ella [hija mayor] que sabe cocinar, y llega del colegio y a veces cocina, por las nenas [hijas menores] porque tienen que dormir temprano para la escuela al otro día”. (Antonia, barrio Charrúa, 23/08/2011)

El hombre en rol de marido participa en las tareas culinarias del hogar, así como en otras actividades domésticas. Sin embargo, se trata no sólo de cocinar sino de planificar qué hay que comprar, cómo, dónde y cuándo. En muchos hogares, como muestra el relato a continuación, los hombres participan como “ayudantes”, pero no deciden ni organizan las tareas, cuestiones que recaen en el trabajo de la mujer:

“Y entre que las baño [a las dos hijas menores], preparo la comida, dejo algo preparado siempre [antes de salir a la clase], que después termina de hacer mi marido”. (Ana, empleada administrativa con la escuela secundaria en curso, 3/08/2011)

Los maridos aparecen como una figura activa en la cocina, en particular como referentes en cuanto a las preparaciones a la hora de cocinar primordialmente destacando platos tradicionales. Es decir, el varón en rol de marido aparece con poder en relación al menú, como nos da una idea la siguiente frase de Ana, quien es proveniente Paraguay al igual que su marido, ambos con tres hijas a cargo, ella, a su vez, empleada administrativa en el sistema de salud de la ciudad:

“[bori bori] 5 cada quince [días] seguro. Aparte mi marido come a la noche, es el único horario que come en casa y quiere comer comida que le gusta”. (Ana, CESAC NºXX, villa 21-24, 08/07/2011)

En algunas familias los maridos suelen cocinar los fines de semana, realizando preparaciones especiales que responden a sus propios gustos y al placer antes que a la obligación de cocinar atendiendo al gusto de los demás (Zafra Aparici 2014)(12). Estas prácticas de cocina en el hogar expresan claramente desigualdades de género en la esfera doméstica: mientras que la participación masculina es visibilizada y reconocida el trabajo culinario femenino aparece como comportamientos naturales de las mujeres y como rasgo inherente a la maternidad.

La alimentación, como señalamos, aparece como un trabajo a realizar «porque no queda otra», «por los chicos», esto es, como una responsabilidad, una cuestión moral entendida como un rasgo femenino y, sobretudo, un deber «natural» de la maternidad. Además, la cocina se destaca por poseer un plus que es el factor de reconocimiento y gratificación (Gracia Arnaiz 2014)(13) por parte del grupo familiar, a diferencia de las demás tareas domésticas, como la limpieza o el lavado de la ropa, a las que se les atribuye menor valoración:

“Sí, me encanta cocinar, cortar la verdura, pero que me digan que está rico, porque si no... (risas). Y el nene es de comer, pero de comer... Pero le gusta la comida tipo puchero, que tenga un poquito de puré, “¡mamá, qué rico que me hagas la comida así!” y me abraza y me besa y... Como mamá, me lleno de orgullo”. (Soledad, procedente de Paraguay)

Esta situación es un ejemplo que muestra la retórica de los alimentos y las prácticas alimentarias como símbolo de las relaciones sociales. En este caso, activan la asociación entre las preparaciones y los saberes culinarios con rasgos primordialmente femeninos y, especialmente, con la función maternal. Asimismo, la gratificación recibida por parte de los/as hijos/as o del marido por la buena «mano» en la cocina es apreciada como parte de una «realización personal», enmarcada en el ámbito doméstico y considerada como una «condición natural» de todas

las mujeres, antes que valorada como una actividad de «prestigio social».

Por otra parte, en nuestra investigación encontramos que, en parte, las preferencias alimentarias de hijas e hijos entraban en conflicto con los constreñimientos económicos de la familia. Como señala Antonia en el siguiente extracto, aun queriendo complacer las demandas infantiles, por ejemplo, de milanesas o churrascos, ella no lo consideraba posible por el costo de la carne y terminaba preparando un menú más económico que los/as niños/as aceptaban:

«Mis hijos siempre me están con el reclamo de que quieren comer más milanesas, puré que le dan en la escuela. (...) Siempre me piden. Llega el sábado y me piden: “¿Hoy no vamos a comer sopa, no? ¿Hoy no vamos a comer guiso, no? Hoy comamos milanesa con puré”, pero yo no les puedo dar. Les preparo fideos con tuco (salsa de tomate), algo así, para que ellos no reclamen tampoco». (Antonia, octubre 2011)

En otras situaciones, las mujeres intentaban satisfacer las demandas infantiles e incluían en el menú familiar los alimentos aprendidos y compartidos en los ámbitos de inserción de sus hijos/as, (por ejemplo, la escuela) tales como milanesas, empanadas, pizzas. No obstante, al mismo tiempo, continuaban preparando sopas y guisos, preparaciones “tradicionales” que vinculaban a las prácticas de cuidado de la salud y a las trayectorias migratorias (Solans 2014), como muestra el relato de Prudencia: ‘Bueno, (comen) de todo un poco. Eso sí, menestras (guisos) también...’ (Prudencia, diciembre 2011).

Indicaciones médicas y alimentación infantil

Como señala Menéndez (2003), los sujetos llevan adelante los cuidados y la alimentación de sus hijos/as de acuerdo con sus saberes, sus experiencias de atención y con la apropiación que realizan de las indicaciones/prescripciones/recomendaciones médicas. En nuestro estudio las mujeres, especialmente quienes eran madres primerizas con bebés, invocaron las prescripciones médicas como las voces autorizadas en relación con la alimentación de sus hijos/as principalmente durante el primer año de vida.

Históricamente la medicina al constituirse en un saber especializado sobre el cuidado de los/as niños/as dio lugar a la expansión de un proceso de medicalización tanto de la niñez como de la crianza, fenómenos sociales que anteriormente no habían formado parte de la esfera médica y que comienzan a traducirse y definirse en esos términos. De esta manera, el profesional médico se erigió como la fuente de consulta respecto del cuidado infantil, tomando el lugar que antes ocupaban los curadores populares y las mujeres de la familia o cercanas a ella. En la actualidad, los/as médicos/as pediatras continúan estableciendo la distinción entre los saberes científicos, especializados, autorizados, y los saberes comunes, a través de la prescripción, la orientación y las recomendaciones (Colángelo 2012).

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

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

M: No, sólo la teta.

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

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

N: A las 11 que le diste el almuerzo.

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

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

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

M: No, no, nada más.

N: No le agregaste nada.

M: No quieren que le dé la sal ni nada. (Fragmento de entrevista con Mirtha, realizada en su domicilio, que incluye el recordatorio de 24 hs llevado a cabo por una nutricionista. M: Mirtha, N: nutricionista, E: entrevistadora. Septiembre 2011)

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

Otra cuestión que pone en evidencia el fragmento del relato de Mirtha es la presencia de productos farmacéuticos relacionados con los cuidados diarios y la alimentación del bebé. Además, identifica los suplementos alimentarios que le suministra diariamente: “le tengo que dar su remedio” y las “10 gotitas”, indicados médicamente y provistos de modo gratuito por el centro de salud. Así, cada día desde hacía dos meses le suministraba a su hijo un complemento alimenticio de vitaminas y hierro. De este modo, los procesos de la atención médica de niños y niñas proveían al consumo cotidiano de productos de la industria farmacéutica y alimentaria (los suplementos dietarios de vitaminas y minerales, además de la leche en polvo fortificada), uniéndolo a la nutrición infantil y fármacos en el marco de la vida doméstica. Tal como Fox y Ward (2009)(14) plantean, en las sociedades contemporáneas se registra una “domesticación” del uso de productos farmacéuticos relacionados con

acontecimientos de la vida diaria –como la alimentación infantil–, productos que tienen cada vez mayor presencia en los hogares, especialmente en habitaciones y cocinas. De esta manera, como sostienen los autores, el ámbito doméstico se ha transformado en locus del marketing y el consumo de productos farmacéuticos que incorporan a los ciudadanos y a las industrias farmacéuticas en una red de relaciones sociales que se extiende desde las arenas personales a las corporaciones industriales, vía el mercado y las políticas públicas.

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

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

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

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

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

E: Manzana, ¿cómo la come...?

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

E: ¿Pero después de comer o entre comidas?

A: A veces no come comida, a veces sólo come eso. Porque ella no está acostumbrada a comer comida seca, no lo come. Una o dos cucharas lo mete a la boca y ya está no lo quiere. Entonces, le damos más leche, más leche, más leche». (Fragmento de entrevista con Antonia, en su hogar, barrio Charrúa, octubre del 2011. Para marco institucional véase nota 27. A: Antonia, E: entrevistadora).

La mamadera de leche, elaborada en general con las cajas provistas por el centro de salud, aparecía como recurso disponible y nutricionalmente valorado. Las prescripciones médicas la definían como producto “apropiado” en cuanto a la capacidad nutricional (excepto para bebés menores de seis meses). A su vez, los paisajes mediáticos constituidos por las campañas publicitarias que difunden los productos de la industria láctea vinculan a la leche –y al conjunto de productos lácteos que incluye multiplicidad de yogures y leches saborizadas y azucaradas– con alegaciones nutricionales, es decir, mensajes que destacan características nutricionales o beneficiosas para la salud derivadas de un ingrediente o componente del alimento, aún si cuentan con una composición nutricional inadecuada en virtud del alto contenido de azúcares añadidos, grasas saturadas y/o sodio⁵.

Cristina, procedente de Paraguay con pareja conviviente y una beba de 9 meses, comentó que estaba amamantando a su bebé y, además, le ofrecía distintos alimentos. A los cinco meses había comenzado a darle «papilla» con leche y «Nestum» y «después ya a los seis meses ya le daba papa, papilla, zapallo, juguito». Entre los alimentos que la beba conocía y prefería –además de los alimentos mencionados– incluía el turrón, los «Saladix» (snacks salados), el jugo «Tang de naranja» y –como muestra el fragmento a continuación– el «Danonino» así como también galletitas. Como se lee abajo, en la enumeración mencionó también “la ensalada”.

«Ella no toma leche, yo le mezclo con el Nestum, para la papilla. Y no sabés cómo come. Con la leche no quiere saber nada, quiere teta. (...) A ella le gusta el Danonino, el yogur es lo que más le gusta a ella. También le traigo el Danonino. Y le encanta el Danonino, le encanta a ella. Mirá. Le encanta a ella. Le gusta las galletitas de Criollitas, vainillas, le encantan. Le gusta la ensalada (...), ahora que tiene dientes, ya lo mastica y listo. La galleta no puede ni ver, le encanta la galleta». (Cristina, septiembre 2011)

Algunos de los productos lácteos más frecuentemente mencionados forman parte de las compras en supermercados mediante los programas de transferencia monetaria de ingresos. Estos productos, como mencionamos, se denominan por su nombre comercial, por ejemplo, entre los yogures fueron señalados «Yogurísimo» y «Danonino» –especialmente para menores de tres años–, el «Actimel» y el «Activia» –para niños/as en edad escolar. A su vez, surge con frecuencia el queso crema «Mendicrim» que se ofrece a menores de tres y que también se utiliza en preparaciones y para todos los miembros del hogar. También se menciona el cacao que se mezcla con la leche, por ejemplo el «Toddy», así como postres de cajita «Godet» o «Exquisita» y galletitas. Las madres advierten que esos productos son aceptados gustosamente por sus hijos/as:

«Mucho lácteo porque los chicos toman mucho yogurt y leche. Lo toman como si fuera el agua o el jugo de refresco, lo consumen mucho. También el Mendicrim al más chiquito le gusta mucho el queso, en general todo le gusta pero el Mendicrim le gusta bastante, lácteos es lo que más consumo» (Silvia, marzo 2012)

⁵ La obesidad infantil ha emergido en los primeros decenios del siglo XXI como un problema de salud pública que –se argumenta– podría socavar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (UNICEF 2019). Entre otros ejes de discusión en relación con la niñez se ha identificado la necesidad de regulación estatal de la publicidad de los alimentos dirigidos a niños, niñas y adolescentes, el etiquetado de alimentos, los entornos escolares y los impuestos a las bebidas azucaradas (UNICEF y FIC 2016).

En nuestro estudio encontramos que entre los/as niños/as de edad escolar, el consumo de leche y productos lácteos -entre otros productos de la industria alimentaria- era mayor en el desayuno y la merienda y en las comidas principales parecían estar en un lugar marginal, como postres. En cambio, entre niños y niñas menores de tres años, observamos una sostenida presencia de los lácteos a lo largo del día incluso, como muestra el relato de Antonia, sustituyendo comidas principales.

El análisis efectuado por nutricionistas de los recordatorios alimentarios de 24 horas de 12 niños/as de entre seis meses a nueve años indicó entre cinco y nueve momentos de comidas a expensas de leche en mamadera o en vaso. A su vez, se observó que menos de la mitad de los/as niños/as menores de 3 años consumían frutas y vegetales en alguna de sus comidas; por otro lado, en sólo dos casos coincidían consumo de frutas y vegetales en el mismo día. Es decir, tanto el registro etnográfico como el nutricional coincidieron en señalar el significativo consumo de productos lácteos en relación con otros alimentos (como frutas o verduras).

El siguiente extracto de una entrevista con Patricia, una mujer peruana con pareja conviviente y una beba de nueve meses y que atendía a su hija en un hospital de zona norte de la ciudad, muestra cómo el lenguaje que algunos profesionales compartían con los usuarios solía estar codificado en referencia a la marca comercial de productos de industria alimentaria, por ejemplo, recomendando «papilla tipo Nestum», claro ejemplo del poder de las corporaciones alimentarias en imponer sus productos como referencia entre la población, sea migrante o nativa, y los profesionales del sistema de salud.

«Nunca me hablaron de la quínoa, no sé si hará mal... pero pienso que mejor que el Nestum será... Nosotros comemos quínoa, varios tipos de maíz, maíz de varias formas, mote, maíz seco, papa seca, garbanzos, porotos pallares, lentejas... nada de eso me dicen las nutricionistas... Me dicen alcauciles, espárragos pero no como o no consigo.... (...) Con la quínoa no hace falta la leche ni la carne....» (Patricia, marzo 2012)

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

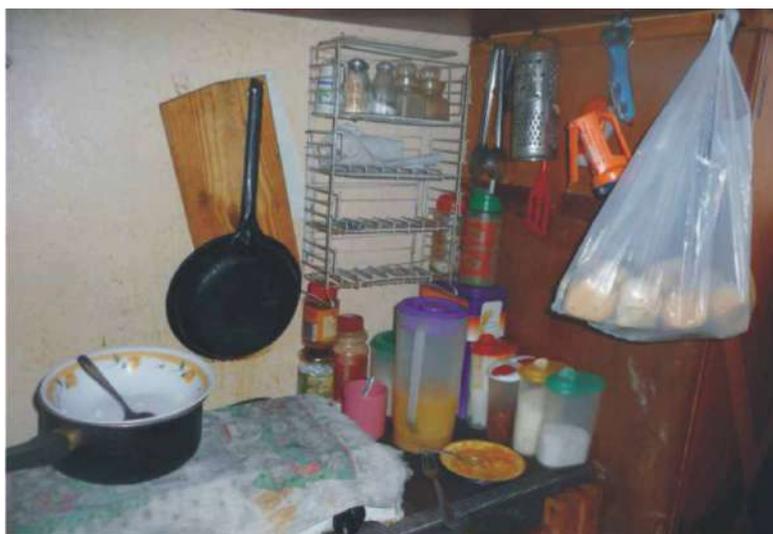
Cuando la médica me dice: ‘dale purecito, dale lo otro’ y él [el marido] me dice: “pero eso no es comida, dale lo que le tienes que dar”. Porque él dice: “acá en la Argentina muchos no se alimentan como en Perú”, los frijoles, los porotos como te decía yo... Él me dice: “milanesa no es alimento”. Y yo le digo, “milanesa es alimento pero ellos están acostumbrados a comer no como tú que es arroz y arroz”. A él no le gustan las pastas y dice: “a mí esto no me llena” y no es una cosa que te llene es una cosa que te nutra le digo. “Ah bueno, está bien”. Lo que me decían los médicos yo le daba. Y de a poquito le empecé a dar un poco más arroz, una cucharada, después dos más. Al principio hacía lo que la pediatra me decía: “dale poco para empezar”. Ya después del año, más mis comidas que hacía yo de a poco. Con los dos primeros sí, tuve más cuidado. Pero con ella no, le doy de todo.(Fragmento de entrevista realizada con Silvia, marzo del 2012).

Aquí Silvia admite haber seguido más estrechamente la prescripción de los/as profesionales médicos/as en los primeros meses de vida –especialmente durante el primer año- de sus dos hijos mayores. En cambio, a su tercera hija de nueve meses ya le ofrecía aquello que preparaba para el menú familiar intercalando las recomendaciones médicas con su propia “gramática culinaria”, esto es, con los alimentos combinados, preparados, servidos y consumidos de acuerdo con las reglas que establecen las formas apropiadas y socialmente aceptadas en la cocina los grupos sociales de pertenencia (Montanari 2006)(15). En definitiva, Silvia, que se había empeñado en acceder a la leche fortificada distribuida en el centro de salud, la preparaba para sus niños/as, no para ser bebida sola -como indicaban las profesionales al momento de la entrega de la leche en la salita- sino que, contrariamente a las prescripciones médicas, la incorporaban como ingrediente en sus “gramáticas culinarias”, por ejemplo, avena con leche, arroz con leche y queso fresco. Así ella lo explica:



La uso en la avena con Quaker que preparo al desayuno porque cuando hago así le siente el gustito, “¿esta leche de qué es?” Le sienten el gustito, prefieren la otra pero igual la toman, la hago en el arroz con leche, ahí les meto, o también cuando hago la sopa le echan un chorrito de leche y ellos agarran le echan la leche en polvo, dos cucharitas y la mueven. Una vez les hice yo así entonces lo vieron y les gustó o, si no, también le echo el queso fresco en trocitos que se derrita ahí les gusta. (Fragmento de entrevista con Silvia, realizada en sala de espera de CESAC, marzo 2012)

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



Reflexiones finales

El estudio de las prácticas de alimentación y los cuidados infantiles desde un enfoque etnográfico nos permitió comprender la trama que vincula las condiciones socioeconómicas, el déficit en infraestructura, servicios básicos y acceso al agua en villas o barrios populares de la ciudad, la distribución desigual de las tareas domésticas en relación con el género, la accesibilidad a los alimentos, los condicionamientos del mercado, las políticas públicas, las preferencias alimentarias de adultos, la demanda infantil y la expansión del proceso de medicalización y farmacologización de la alimentación. Asimismo, nos mostró la agencia y la capacidad de las mujeres en gestionar las prácticas implicadas en la alimentación y el cuidado infantil en contexto de subalternidad.

Las prácticas de alimentación analizadas dan cuenta de la legitimidad de la autoridad médica en cuanto a los cuidados infantiles y el conjunto de indicaciones y contraindicaciones para una “crianza correcta”. Asimismo, los programas alimentarios y las prácticas de atención de la salud reproducen una concepción feminizada de las tareas de auto-atención que pone énfasis en la identidad de las mujeres centralmente en cuanto madres, poniendo en juego cuestiones morales de subordinación a las prescripciones y proscripciones médicas para alcanzar una “maternidad apropiada”.

Las indicaciones médicas y nutricionales, al estar inscriptas en procesos de medicalización de la alimentación, abordan la prevención de enfermedades desde una óptica individual y biológica –al enfatizar, por ejemplo, la fortificación de la leche o la necesidad de suplementos nutricionales. En este proceso, es posible afirmar que el sector salud contribuye a legitimar los productos de laboratorio industrial como instancias técnicas de resolución nutricional corriendo fuera del foco el carácter colectivo y político de los procesos alimentarios.

Encontramos una alta proporción de diversos productos de la industria láctea entre los consumos alimentarios de niñas y niños menores de tres años, cuyo acceso es mediado por el mercado y las políticas públicas (incluso promocionado desde el sector salud). La leche en polvo fortificada provista por los centros de salud -gestionada con empeño por parte de las mujeres- era apreciada por ellas por su valor nutricional para la alimentación infantil. En algunos casos, cabe destacar que se trataba de la principal vía de acceso a productos lácteos. Entre niños y niñas menores de tres años, especialmente entre aquellas familias en condiciones socioeconómicas más vulnerables, observamos una sostenida presencia de leche a lo largo del día incluso sustituyendo comidas principales. Por otra parte, las mujeres que tenían mayor margen de maniobra para el acceso y elaboración de los alimentos, preparaban y consumían la leche fortificada recibida en el centro de salud, no para ser bebida sola como indicaban las prescripciones médicas, sino incorporada a sus propios estilos de cocinar y sus propias “gramáticas culinarias”.

En síntesis, el análisis de las prácticas alimentarias y de cuidado infantil realizado da cuenta de tensiones, contradicciones y apropiaciones, entre las recomendaciones “expertas” del ámbito médico y las prácticas cotidianas de alimentación, entre lo prescripto y las preferencias alimentarias y, también, entre lo deseable y lo posible en contexto de subalternidad.

Deseamos que estas páginas se conviertan en un aporte para la construcción de prácticas de atención que tengan efectos más saludables y emancipatorios para las mujeres y sus familias y, a la vez, contribuyan al derecho a la alimentación adecuada para la población en general y para niños y niñas en particular.



Reseña de Autora:

Andrea Solans

Docente e Investigadora de la Escuela de Nutrición (Facultad de Medicina) y del Programa de Antropología y Salud (Facultad de Filosofía y Letras) de la Universidad de Buenos Aires. Se ha formado como Licenciada, Profesora y Magister en Ciencias Antropológicas, orientación socio-cultural, por la Universidad de Buenos Aires. Actualmente es becaria doctoral de CONICET.

Referencias bibliográficas

1. MENÉNDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos. *Ciencia y salud colectiva*. 2003. 8 (1), pp. 185-207.
2. MENÉNDEZ, E. L. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, 4 (7), Ciudad de México, 1994, pp. 71-83.
3. MARGULIES, S. La atención médica del VIH-Sida. Un estudio antropológico de la medicina. 2014. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
4. COMAS D'ARGEMIR, D. "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados" *Quaderns-e Institut Catalá d'Antropologia*. 2017. 22 (2), pp. 17-32.
5. NARI M. Políticas de maternidad y maternalismo político, Buenos Aires: Editorial Biblos. 2004.
6. RODRIGUEZ ENRIQUEZ, C. "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad", *Revista Nueva Sociedad*. 2015. 256, pp.30-44.
7. COLÁNGELO, A. La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la argentina, entre 1890 y 1930, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. 2012. Disponible en: http://naturalis.fcnym.unlp.edu.ar/repositorio/_documentos/tesis/tesis_1233.pdf. [Consultado el 10 de agosto del 2018]
8. APPADURAI, A. La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización, Uruguay: Trilce. 2001.
9. FERRARI, Mariela Ángela, Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas, Dieta, Buenos Aires. 2013, Vol 31, Nº 143, p. 20-25.
10. SOLANS, A. y MARGULIES, S. Buenos Aires. El "rito" de la entrega de leche. 2019. *Revista Andes* 30 (1), pp. 1-32. Disponible en: <http://www.icsoh.unsa.edu.ar/numeros-andes/andes-2019-30-vol-1/> [Consultado el 10 de octubre del 2019].
11. SOLANS, A.M. y PIAGGIO, L.R. "Cocina y comensalidad entre mujeres migrantes en Buenos Aires. Condiciones de vida y salud", *ConCienciaSocial*. (2018. Revista digital de Trabajo Social 2(3), pp. 74-90.
12. ZAFRA APARICI, E. Aprender a comer en casa. Modelos de género y socialización alimentaria". En (L.R. Piaggio y A. M. Solans Comps) *Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud* (pp. 277-304). Buenos Aires: Editorial Akadia. 2014.
13. GRACIA ARNAIZ, M. "Alimentación, trabajo y género. De cocinas, cocineras y otras tareas domésticas". 2014. *Panorama social* 19, pp.25-33.
14. FOX N. y WARD, K, "Pharma in the bedroom... and the kitchen... The pharmaceuticalisation of everyday/night life", en (S.J. Williams, J. Gabe and P. Davis Eds) *Pharmaceuticals and Society. Critical Discourses and Debates*, Wiley-Blackwell, West Sussex. 2009. pp. 41-53.
15. MONTANARI, M. La comida como cultura, Ediciones Trea, Asturias, 2006.
16. AGUIRRE, P. Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen, Buenos Aires: Miño y Dávila. 2005.
17. CANELO, B. Fronteras internas. Migración y disputas espaciales en la Ciudad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Antropofagia. 2013.
18. CARRASCO, M. Un análisis del Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y de los programas alimentarios de la Ciudad de Buenos Aires Ticket Social y Ciudadanía Porteña, En XXXII Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA). Chicago, Estados Unidos, Mayo de 2014.
19. CONTRERAS HERNÁNDEZ, J. y GRACIA ARNAIZ, M. Alimentación y cultura. Aproximaciones antropológicas. Editorial Ariel: Barcelona. 2005.
20. OCHS, E. Y SHOHET, M. "La estructuración cultural de la socialización durante las comidas". En (L.R. Piaggio y A. M. Solans Comps.) *Enfoques socioculturales de la alimentación. Lecturas para el equipo de salud* (pp. 259-276). Buenos Aires: Editorial Akadia. 2014.
21. SOLANS, A.M. "Alimentación y mujeres migrantes en Buenos Aires, Argentina. Tradiciones, recreaciones y tensiones a la hora de comer". 2014. *Revista colombiana de antropología* 50 (2), pp. 119-140.
22. UNICEF y FIC. Brechas sociales de la obesidad en la niñez y adolescencia. Análisis de la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE). 2016. Disponible en: https://www.ficargentina.org/wp-content/uploads/2017/11/unicef_fic_informe_obesidad_baja.pdf [Consultado 20 Mar 2019].
23. UNICEF. Obesidad: una cuestión de derechos de niños, niñas y adolescentes. Recomendaciones de políticas para su protección. 2019. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/4996/file/Obesidad,%20una%20cuesti%C3%B3n%20de%20derechos.pdf>[Consultado 25 Jun 2019].