

Universidad Nacional de Rosario  
Facultad de Humanidades y Artes  
Escuela de Antropología

Tesina de grado de la Lic. de Antropología

*La obesidad: un padecimiento “poco visible”*

“El saber medico- profesional acerca de la obesidad en un Centro  
Público Provincial de Atención Primaria de la Salud de la  
Ciudad de Rosario”

Estibaliz Cuesta Ramunno

Legajo 2414/7

Directora: Dra. Marta Abonizio

Septiembre de 2007



Índice	Pag.
Agradecimiento	3
Resumen	4
Palabras claves	4
1. Fundamentación	5
1.2 Antropología y Salud	13
2. Problema de Investigación	16
3. Objetivo General	16
3.1 Objetivos específicos	16
4. Estado del Arte	17
5. Referencias conceptuales	70
6. Acercándonos al campo: la construcción de la problemática	86
6.1 El contexto del campo	93
6.2 Consideraciones metodológicas y estrategias de investigación	96
Mapas	97
7. Análisis e Interpretación	
7.a Análisis de un Proyecto de Talleres de Capacitación para Promotores Comunitarios: <i>“Un Proyecto de Participación Social frustrado”</i>	100
7.a.1 Representaciones técnicas sobre la obesidad	108
7.a.2 ¿Cómo se definió a la obesidad en el 1er encuentro con la comunidad?	119
A modo de conclusión de capítulo	122
7.b Representaciones y prácticas en el “acto clínico” de los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria sobre la obesidad.	124
7.b.1 ¿Qué es la obesidad para los médicos y profesionales de La salud del Centro de Salud?	127
7.b.2 La “no-adhesión” al uso de “las verduras”	133
7.b.3 “Intersectorialidad”/“Interinstitucionalidad”/ Trabajo en Red con respecto a la Obesidad	139
7.b.4 Tratamiento de la obesidad. “LOS CONSULTORIOS”. <i>“Recursos para la Normatización de la alimentación cotidiana”</i>	150
A modo de conclusión de capítulo	160
8. Conclusiones	162
Líneas pendientes	163
Bibliografía General	164
Anexos:	

Folletería	167
Atención Primaria de la Salud	
Declaración de Alma Ata	171
Reafirmación de Alma- Ata en Riga	173
Ley 25724 de Seguridad Alimentaria	180
Programas Vigentes en el año 2004 en el Ministerio de salud con financiamiento nacional y externo	184

“Muchos son los retos que acompañan al antropólogo que se aventura en el mundo de la salud pública, comenzando por el eterno dilema de la defensa constante de su metodología y de nuestra manera de relacionarnos con los “otros”, pasando por el necesario aprendizaje del nuevo “lenguaje y la comprensión de la “jerqa epidemiológica” (factores de riesgo, vulnerabilidad, poblaciones blanco, etc.) y transitando por el doloroso mundo de las publicaciones en revistas de corte epidemiológico y biomédico donde nuestros textos generalmente tienen más dificultades para ser publicados. Además, la constante competencia entre la validez del dato cualitativo en el mundo de la magnitud y de la valoración suprema del dato duro; la comparación continua de las muestras representativas vs. nuestros “reducidos” casos e informantes claves; el conocimiento y el aprendizaje del moverse en otros espacios científicos y sociales y entrar en contacto con otros profesionales, tomadores de decisiones, gerentes de hospitales, diseñadores de políticas de salud, etc. etc. En conclusión, “el profeta en tierra ajena” se convierte en una especie de híbrido que por momentos siente que no “encaja” en ninguno de los mundos. Empero, sin duda los retos valen la pena por la oportunidad cotidiana de reflexionar, de comparar, de aprender, de valorar lo que desde “tierra ajena” se descubre como tan valioso y tan útil, posiblemente por tener que defenderlo tan continuamente.

Y es tal vez el hecho de “predicar en tierra ajena” lo que nos permite valorar nuestra disciplina en toda la extensión de la palabra: nuestra flexibilidad en campo; nuestra experiencia en establecer y cuidar el contacto con los otros; nuestra capacidad de respetar y tolerar comportamientos diferentes a los nuestros y a nuestras propias lógicas; nuestra apertura para comprender esas otras maneras de explicar el mundo y de organizar acciones; nuestra capacidad para no juzgar y comprender que no hay comportamientos buenos o malos; mejores o peores, sino simplemente diferentes; nuestro rigor al recabar y registrar los datos, al analizarlos y a interpretarlos; nuestra capacidad de tolerancia, nuestro sentido común y nuestra humildad en campo.

Finalmente, he de agregar, si después de veinte años de desarrollo profesional como antropóloga social alguien me preguntara ahora si volvería a estudiar antropología, con el corazón en la mano, contestaría que sí convencida de que lo que ganamos los que tenemos la suerte de haber llegado a esta disciplina va mucho más allá de la profesión y la experiencia. La antropología se convierte poco a poco en una forma de vida y nos proporciona múltiples elementos para salir adelante en los difíciles tiempos actuales de modernidad acelerada, de intolerancia, de gran individualismo, de injusticias sociales y políticas, de desigualdades acrecentadas, de falta de fe en los dirigentes, en la propia humanidad y de tantos otros desencantos cotidianos. La antropología nos otorga la posibilidad de reflexionar sobre quiénes somos y sobre lo qué hacemos, no sólo como científicos sociales, investigadores o docentes, sino como miembros de una especie y de una sociedad que hoy más que nunca necesita reencontrarse y ofrecer, en los diferentes campos de desarrollo, bien sea la salud pública, la educación, la política y tantos otros, alternativas reales para vivir de una mejor manera.

**“Contribuciones y aprendizajes de la Antropología en la salud pública en México o cómo hacer Antropología en tierra ajena y no morir en el intento”**

Sandra Treviño-Siller<sup>1</sup> (Congreso ALA 2005-Rosario-Argentina)

---

<sup>1</sup> Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

## **Agradecimientos:**

Son muchas las personas que han transitado mi “proceso de investigación” conmigo y a mi par. Para esta antropóloga novata que recién está construyendo su identidad como tal, el acompañamiento y discusión teórica-ideológica y las “charlas de café” sobre mi rol en eso que llamamos “campo”, fueron “mi alimento”. Estas personas fueron principalmente mi directora de tesis, la Dra. Marta Abonizio, quién me permitió “saborear” lo que es trabajar en la construcción de un conocimiento antropológico. Agradezco la confianza que depositó en mi y la libertad que me dio para animarme a trabajar este tema tan poco “cotidiano” en la trayectoria de estudios antropológicos: “la obesidad”.

También agradezco a todos los antropólogos, psicólogos y demás “analistas sociales” que dentro y fuera de la academia me enseñaron a trabajar en este “mundo otro-extraño” que constituye el Sistema de Salud, principalmente a la Lic. Claudia Cisneros y la Ps. Ana Tosi.

Profundamente agradecida estoy con las personas, y digo personas, no simples “sujetos de investigación”, que me abrieron las puertas de los lugares donde trabajan día a día por buscar la forma de que la gente que padece obesidad viva mejor y más saludablemente. Luchan por el valor de la vida. También agradezco a los “pacientes” que, con gran “paciencia”, me dejaron “inmiscuirme” en un mundo tan personal e íntimo como es el hábito de comer y sus repercusiones en sus cuerpos.

Y por último agradezco a mis amigos y mi familia, especialmente a mi querida madre, por el apoyo incondicional en todos los momentos de este viaje por un camino sinuoso, no asfaltado y sin señalizaciones que es la “antropología”.

*En memoria de mí querido  
padre quién en vulgar jerga española  
me obligó a  
no renunciar a mi sueño....  
Hoy con este trabajo  
se ha hecho realidad.*

Rosario, septiembre de 2007

**Resumen:**

El siguiente trabajo conforma el informe final de la Tesis de Grado de la carrera de Licenciatura en Antropología de la Universidad Nacional de Rosario. La problemática trabajada se centró en el estudio de carácter exploratorio de los saberes médico-profesionales, por medio del análisis de representaciones y observación de las prácticas que los profesionales de la salud realizan sobre la obesidad en un Centro de Salud Pública Provincial de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe. Realizando trabajo de campo, en el mismo, durante el período comprendido entre mayo del 2006 y diciembre del mismo año.

Ésta problemática fue abordada desde un enfoque antropológico-etnográfico que privilegió las técnicas de investigación cualitativas, como el análisis de documentos institucionales y ministeriales, observaciones y entrevistas informales. A partir de la información se construyeron datos que fueron analizados a través de los referentes teóricos propuestos. Acercándome de éste modo a la producción y construcción de un “saber antropológico” sobre las prácticas y representaciones sobre los sujetos que “trabajan” con la obesidad.

**Palabras Claves:**

Obesidad – saber médico/profesional – Atención Primaria de la Salud - enfoque antropológico – técnicas cualitativas.

## 1. Fundamentación:

Problema de investigación:

### “El saber medico- profesional acerca de la obesidad en un Centro Público Provincial de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario”

La problemática planteada surge del interés de aproximarme al “saber médico” que tienen los profesionales de la salud sobre la obesidad. Desde mi estrategia de investigación, me propuse ahondar en el entendimiento de los supuestos y concepciones desde las cuales se realizan las prácticas, que expresan las políticas, los planes, los programas delineados desde perspectivas o de atención de salud; los tratamientos y las prácticas médicas para *“lograr que una persona obesa o con sobre peso deje de serlo, así como provenir que padezca de obesidad”* (registro).

*“Finalmente,  
y después de dos decenios de intentos terminados en fracasos por bajar de peso  
–sin mencionar al terapeuta que la ridiculizaba–,  
ésta es la situación:  
Linda Hay se encuentran con Harvey Sugerman,  
el cirujano que le practicará,  
en dos semanas, un by-pass gástrico”*  
Revista National Geographic  
Agosto 2004

Al momento de redacción de mi informe final de tesis, la obesidad, temática fundamental del mismo, atraviesa un boom mediático, la búsqueda del “ser saludable”, la emergencia del “cuerpo” como objeto modificable hacia el estereotipo imperante actualmente de “belleza” se ve reflejada en medios visuales, gráficos, como la cita que antecede. Se ha convertido en un tema de alta prioridad, que trasciende fuertemente el ámbito de la salud. Encontramos “reality show” sobre personas obesas, productos “light” en todo supermercado y kiosco, son innumerables los productos que

con el objetivo de “hacer adelgazar” son presentados para su venta...etc. Ahora, con respecto a los estudios sobre obesidad, señalo que ya están presentes desde la década del 60, específicamente en EE.UU., como señalaré en los antecedentes de investigación.

Con respecto a nuestro país, los estudios son más recientes, y en general todavía son poco abordados desde políticas estatales. Esta cuestión la desarrollaremos con más profundidad en el capítulo dedicado a “Antecedentes de Investigación”. En el IV Congreso Latinoamericano y Argentino de Obesidad y Trastornos Alimentarios, realizado en Buenos Aires, en 1999, los profesionales argentinos remarcaron “la falta de reconocimiento de la obesidad y otras alteraciones alimentarias en los servicios de cobertura médica” (Hernestrosa, G 2000 en: Revista Nueva Octubre) Al respecto debemos incluir aquí, que en el mes de noviembre del año 2006, el Dr. Cormillot, médico especialista en obesidad, y de gran presencia en medios de comunicación y fundador de clínicas y grupos de auto ayuda (“Gordos Anónimos” o ALCO), realizó, a través del Programa Televisivo “Cuestión de Peso”, una campaña de junta de firmas para presentar al Congreso de la Nación Argentina, el proyecto de “la ley de la obesidad”<sup>2</sup>, el cual principalmente tenía como objetivo el reconocimiento de la obesidad como una “enfermedad” y de esta manera lograr que las obras sociales pre-pagas y la seguridad social cubran su tratamiento. Este proyecto de ley al momento de escritura de este trabajo no se ha legislado todavía. Pero, cristaliza, el interés de una gran parte de la sociedad en este padecimiento.

Algunos autores nos advierten que no es posible pensar de la misma manera el tema de la obesidad en países “sub-desarrollados” o en “vías de desarrollo” al igual de cómo son tratados en los países del primer mundo. Sin embargo varias son las posturas que incluyen esta diferenciación al interior de un único proceso como el de la “Globalización”. Veamos que nos dice al respecto la OMS:

“la obesidad ya no es un problema de los países desarrollados, y a su presencia en países en desarrollo va en alarmante aumento. Mientras que en los estados Unidos 30.9% de los individuos, esto es, el doble que hace tres décadas, es obeso y el 15% de los niños y adolescentes padece de sobrepeso, en México, por citar el caso de un país

---

<sup>2</sup> Ver Anexos – Folletería repartida en la Plaza del Congreso de la Nación Argentina, en la ciudad de Buenos Aires el día 20 de noviembre de 2006.

en desarrollo, entre 1988 y 1999 los casos de obesidad se triplicaron, pasando de 9% a 24%. Por primera vez, según reportes del Worldwatch Institute, existen en el mundo tantas personas sobrealimentadas y con sobrepeso, como aquellas que están malnutridas y con poco peso. La Organización Mundial de la Salud ha acuñado incluso un término para designar esta `transición nutricional` **`globesidad`** “(Revista National Geographic Agosto 2004)

Así como organismos de representatividad “internacional” nos hablan de una “transición nutricional”, investigadores argentinos, más específicamente, una antropóloga, la Dra. Patricia Aguirre nos señala que a la hora de analizar la “historia de la alimentación y sus estrategias y caracteres simbólicos” podemos señalar ciertas “revoluciones alimentarias”. Actualmente estaríamos transitando la tercera, caracterizada por la desaparición de “la cultura ordenadora”, es decir, “la gastronomía”. Esta desaparición tiene que ver con que el comensal ha quedado sólo frente a la decisión de qué comer. En este contexto el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la obesidad, la diabetes o las enfermedades cardiovasculares marcan nuestra época.

En Argentina, la autora, nos señala la existencia de una crisis de acceso a los alimentos (claro está, enmarcada en un contexto histórico que produjo cambios en los niveles económicos-ecológicos) que se manifiesta en la caída de la capacidad de compra, en un contexto de políticas públicas asistenciales que no llegan a compensar las pérdidas. En ese marco “las estrategias domésticas que realizaron los hogares humildes pudieron “acolchar” la crisis pero de ninguna manera revertirla” (Aguirre 2004:93) En el plano simbólico estos hogares apoyan sus elecciones alimentarias en representaciones del “cuerpo fuerte” y principios de inclusión de los alimentos “rendidores” que condicionan sus elecciones hacia comidas “baratas” que “llenen” y “gustan” al mismo tiempo, basta que tomamos un denominado “bolsón”, campaña asistencialista promovidas por el gobierno del país, para reconocer estos indicadores al parecer solamente propios de los “afectados”. Estos “bolsones” y las canastas alimentarias que forman los hogares permiten llegar a fin de mes. Esta organización del consumo es “racional” en términos costo – beneficio. Pero no significa que se haya armado una canasta nutricionalmente adecuada. Al contrario: la búsqueda del volumen lograda con los hidratos de carbono (pan, fideos, papas), saciedad (carnes

grasas) y sabor (azúcares), coloca a los sectores de menores ingresos en una situación crítica desde el punto de vista nutricional, cristalizada actualmente, ésta situación, en obesidad o desnutrición crónica. La autora, concluye que esta situación crítica ha revertido la concepción de “cuerpos de clase de siglos anteriores” y ahora, *los pobres son gordos y los ricos flacos*. Estas reflexiones y conclusiones de Patricia Aguirre son del todo pertinentes para mi investigación ya que la misma fue realizada en un Centro de Salud de Atención Primaria (dependiente del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe), APS estrategia que forma parte del sector público de la salud, lugar al que concurre la población de menos recursos para atender su salud/enfermedad. Este Centro de Salud en el cual trabajé tiene determinada área de cobertura, de la cual sus vivientes deben ser atendidos (más adelante caracterizaremos con más profundidad y detalle mi lugar de estudio). Esta área geográfica contiene una de las tantas llamadas villas de emergencia que inicialmente se incorporan masivamente al paisaje urbano cotidiano a partir de los `70. Es entonces que desde la genialidad del periodista Bernardo Vervisky se incorporan al imaginario colectivo con un nuevo nombre que las define: “villas miserias.” A este apelativo se incorpora también el viejo desdén de nuestra sociedad por los primeros “atorrantes” (aquellos desplazados de los años 30 sin pan y sin trabajo que se fueron a vivir a los caños de desagüe marca A. Torrant)

La ciudad de Rosario cuenta con uno de los mayores asentamientos de villas en relación a la densidad de su población. Aproximadamente uno de cada diez rosarinos vive hoy (1995) en una villa. La zona sufre una profunda crisis socioeconómica, la que se fue incrementando luego de los saqueos del año 1989. La prácticamente desaparición del llamado “Cordón industrial” (tan floreciente en los años 70) y la crisis del ajuste, produjo en esta zona un índice de desocupación del 10, 9% y una subocupación del 11,7% lo que suma un total del 22,6% de inactivos adultos en edad útil de trabajo. (INDEC-IPEC 1993)

Cabe preguntarnos ¿cómo son abordados todos estos factores que la autora analiza por los médicos de la Atención Primaria de la Salud, por ejemplo, en el momento de tratar a un paciente con sobre peso u obesidad? ¿Cómo se produce y reproduce el conocimiento sobre la obesidad que poseen los agentes de salud, insertos en la estrategia de APS? ¿Y a la hora de llevar adelante un dispositivo de

prevención? Todos estos interrogantes que aquí planteo, representaron preguntas que ayudaron a construir la problemática:

“El saber medico profesional acerca de la obesidad en un Centro Público Provincial de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario”

Estas conjeturas me impactaron a nivel de mis supuestos, prejuicios, estereotipos por lo cual se hizo necesario atender a la reflexividad metodológica y la búsqueda de referentes teóricos para comprender las prácticas y representaciones de los sujetos de estudio. La propuesta de investigación, por lo tanto, buscó una reflexión crítica en la problemática planteada. Al respecto quiero citar a un antropólogo y una antropóloga, reconocidos en la materia de salud, que con sus palabras, explica la intención que quiero transmitir:

“Nuestra aproximación a los problemas planteados pretende ser crítica, pero no tiene como objetivo ninguna evaluación de las actividades profesionales en sí. Tampoco es nuestro objetivo hacer un análisis en términos de un saber verdadero-falso, ni evidenciar omisiones, desconocimientos técnicos, capacidad óptima o éxitos curativos en relación a parámetros considerados como los adecuados, no nos interesa medir ningún conocimiento ni rendimiento, sino tratar de entender la estructura y dinámica de la racionalidad técnica que opera, así como el tipo de intervención que realizan en términos de AP” (Menéndez, Di Pardo 1996 :71)

Después de esta introducción, quiero abocarme a los procesos y cuestionamientos que dieron lugar a la problemática de mi investigación.

Empezaré señalando algunas definiciones, concepciones de obesidad, que podemos escuchar o leer cotidianamente. Retomando algún discurso médico, éste define a la obesidad como una “enfermedad” que trae muchos riesgos físicos a la salud. En publicaciones de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), como más adelante veremos, la obesidad es definida como: una enfermedad y un factor de riesgo de enfermedades crónicas y de otras enfermedades. Subyaciendo a éste discurso una

concepción racionalista del sujeto, en dónde éste al conocer los riesgos de ciertas acciones “debe” actuar “racionalmente” y decidir por su propio bienestar, debe “evaluar el riesgo”, como la cultura del riesgos obliga (Giddens, 2002). El que no lo haga así, es causa de una acción irracional, o un impulso irracional, descontrolado de corte personal e individual.

Ante el conocimiento de los “riesgos”, en este caso de los riesgos a la salud física que trae un “gran sobre peso” el sujeto que no corte con la fuente de riesgo, será identificado por el saber médico como “descontrol”, falta de disciplina, “falta de educación”, es decir, individuación y culpabilización.

Esta concepción de sujeto ante el riesgo por parte de los profesionales de la salud, es muy fuerte y estigmatizadora. Y fue para mí un ítem de análisis que veremos en los capítulos posteriores. Ahora bien ¿Qué sucede cuando los tratamientos que los médicos proponen para adelgazar no hacen detener el “descontrol”? ¿Cómo se ve afectado en “saber médico” ante las altas cifras de abandono de tratamientos para adelgazar? Según el Dr. Juan A. Rivera Dommarco, director del Centro de Investigación en Nutrición y Salud del Instituto de Salud Pública de México: “El objetivo de un régimen dietético debe ser mantener una buena salud”. ¿Qué entiende por salud? ¿Qué es la enfermedad? ¿Por que la obesidad es una enfermedad? ¿Se la puede comparar a enfermedades como la diabetes, hipertensión? ¿O al alcoholismo?... Reflexionando y problematizando estas cuestiones, llegué a construir la problemática sobre el saber médico con respecto a la obesidad. Sus concepciones, sus representaciones, sus prácticas...constituyeron los primeros intereses de conocimiento.

Otro aporte a la construcción de la problemática fue la propia historia de vida de la investigadora influyó en éste interés y en la construcción de la problemática. Experiencias a través de médicos nutricionistas, dietas, ejercicios...etc.. Por padecer de “sobre peso” y haber realizado tratamientos médicos para “curar”, es que reconozco mi “inserción” en el “objeto” de estudio que decidí construir y conocer. Actualmente en el área de antropología de la salud, la importancia que se le da a los denominados “*itinerarios terapéuticos*” de los sujetos en el proceso salud/enfermedad/atención es destacable. Y por lo tanto no fue mi intención “descartar” este “material” de

información, pero sí se intentó tensionar un proceso de desnaturalización del mismo. La explicitación de los supuestos jugó un papel fundamental en los primeros intentos de construcción de un problema.

También en este “itinerario”, me he encontrado, he visto y me han interesado otro tipo de “enfermedades” como la anorexia, la bulimia...todas ellas tienen como categoría central para su estudio **el cuerpo**.

Un cuerpo, que desde hace años, los antropólogos nos vienen “avisando” que es resultado de una construcción histórica, cultural, y por lo tanto CAMBIANTE ¿Cómo es el cuerpo dentro de las concepciones de obesidad? Podemos también animarnos a proponer que al conocer éste cuerpo, al parecer distinto al “sentido común”, “anormal”, podemos realizar un aporte a la comprensión del imaginario colectivo que actualmente se posee del cuerpo. De todas formas esto es solamente una suposición o un deseo.

Detrás de la obesidad hay mucho más que una afección física, que una “enfermedad crónica”, como la diabetes. Lo demuestra la dificultad para revertirla o “controlarla”, sin una simple medicación ofrecida por parte de cualquier profesional de la salud. ¿Podemos hablar de llevar a cabo un intento de “desmedicalización” (Menéndez) de la obesidad para aproximarnos a sus dimensiones? En investigaciones que realicé anteriormente, en clínicas privadas que ofrecen planes de adelgazamiento, donde llevé a cabo observaciones participantes, ya que yo misma experimenté el tratamiento que se ofrecía, he escuchado discursos de profesionales que dicen que la obesidad es una enfermedad como la diabetes, no se cura, es crónica, que existen recaídas, y que “nunca dejamos de ser obesos”, por más de que perdamos peso, también se lo relacionaba a la adicción. El obeso es como el diabético. Me pregunto, si es así, como puede ser que una simple inyección de insulina no pare la subida de kilos? ¿Cómo se logra “cambiar el estilo de vida” que es producto de un proceso de endoculturación de generación en generación? ¿La única solución es una intervención quirúrgica (by pass gástrico, balón...) que representa la “mutilación” de un órgano del cuerpo?

¿Qué hacen los médicos, nutricionistas, psicólogos en la actual situación de emergencia del sistema sanitario que atraviesa nuestro país, ante casos de obesidad? ¿Cuáles son las cifras de “éxito” o “fracaso” ante los tratamientos? ¿En la saturación de

la demanda del sistema sanitario actual, pueden sus profesionales aplicar prácticas o políticas para remediar esta “crisis nutricional”?

¿Qué puede aportar un análisis antropológico de los saberes profesionales sobre la obesidad? ¿Puede una “perspectiva” antropológica de la obesidad aportar soluciones a esta creciente “problema de salud”, no usualmente tratado desde nuestra disciplina? ¿Podremos desde la aplicación de una metodología cualitativa, como la del método etnográfico, que nos permite reformular abstracciones y “rellenarlas” de contenido concreto, conocer cuáles son, específicamente, los “factores sociales” que los profesionales nos dicen que atenta contra el deseo de adelgazar?....

## 1.2 Antropología y Salud:

En esta investigación la salud y la enfermedad fueron pensados, en todo momento como procesos sociales que no pueden reducirse y tratarse como hechos exclusivamente biológicos, y que, por lo tanto, los padecimientos, en su proceso hacia la salud, pueden ser atenuados no sólo con la tecnología y el saber médico sino también con el conocimiento de las creencias y las prácticas curativa-preventivas que operan en todo grupo social. Es aquí donde pensamos que la antropología puede realizar sus aportes

La antropología hace muchos aportes a la salud pública, comenzando por la concepción de la enfermedad como un proceso (salud-enfermedad) y tomando en cuenta que para poder comprenderlo forzosamente debemos partir de una visión integral del proceso, lo que implica no tomar partes de la realidad sino considerarla como un todo, identificando los múltiples actores y factores que influyen cotidianamente en nuestras prácticas de salud. La antropología permite identificar y comprender el contexto, el escenario social en el cual se desarrollan dichas prácticas y que suele ser determinante en nuestras acciones finales. Por supuesto, la antropología permite conocer y comprender la cultura de los grupos con quienes trabajamos, la cual tiene significativa importancia en la aceptación y apego de tratamientos o en la aceptación y seguimiento de intervenciones. La antropología permite particularizar en su debida dimensión y pensar en el diseño de propuestas y programas más adecuados cultural y socialmente con las diversas realidades de un país que para nada es heterogéneo y en el cual convivimos diariamente diferentes grupos sociales y culturales con diferentes lógicas, percepciones y necesidades. Treviño-Siller et al (subrayado mío)

Para esta investigadora la mirada del antropólogo en instituciones de salud facilita la comprensión y abordaje de las distintas problemáticas que afectan a los conjuntos sociales. El trabajo interdisciplinario que incluya la dimensión antropológica, se orienta a posibilitar la explicitación y el conocimiento de los supuestos con lo que se piensa la

demanda y la atención de la salud, interpretar las representaciones y prácticas de los propios profesionales, en relación con la población y sus padecimientos.

Distingo a modo de ordenamiento, dos orientaciones de los modos de trabajo y problemáticas abordadas por la antropología médica: la salud pública y la medicina clínica. En la primera, los antropólogos trabajan en proyectos de salud, en especial en los programas de atención primaria, participando en todos los aspectos de estos proyectos: identificación y análisis de problemas, intervención y evaluación de los mismos.

La “antropología médica clínica”, es más conocida por la utilización de modelos explicativos para interpretar las diferencias entre las percepciones que sustentan los médicos y los pacientes acerca de los padecimientos (ejemplo de esto son los trabajos realizados con servicios de salud y poblaciones indígenas).

En mi trabajo, específicamente retomé cuestiones de las dos orientaciones, o modos de trabajar. Por un lado realicé observaciones de las distintas etapas y momentos del proceso de “bajada” de un dispositivo de prevención (talleres, charlas...) en APS. Específicamente trabajé sobre un Programa de prevención ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) y Factores de Riesgo. En el programa, entre estos factores se citaba a la obesidad. Por otro lado, también me involucré metodológicamente en la instancia clínica llamada “la consulta” en los servicios de salud. Realicé observaciones en los consultorios del Centro de Salud. Específicamente con médicos, de diferentes especialidades, que tratan con pacientes con sobre peso y obesidad. En el consultorio es donde pude conocer, a través de la relación médico – paciente, las concepciones que los profesionales de la salud tienen y producen sobre la obesidad, y sobre la persona obesa.

Creo que el aporte que significa este trabajo de investigación se puede incluir dentro de un área de la Antropología social, llamada “Antropología Médica” (con esa nomenclatura en EE.UU y Europa) o Antropología de la Salud para los países L.A. La misma tiene sus antecedentes en Argentina desde la década del 70, en autores como Eduardo Menéndez y Esther Hermitte.

A su vez, como toda orientación, los enfoques y maneras de concebir lo social en relación a la salud/enfermedad han ido variando históricamente, algunos enfoques descartados, otros reformulados y otros fuertemente criticados. Por lo tanto me

parece pertinente explayarme e incluir en este apartado del informe algunas cuestiones relacionadas a la concepción de Antropología y Salud que guiaron mi investigación y los modos de percibir la problemática. Orientaron a mi modo de concebir la Antropología de la Salud los planteamientos de Nancy Scheper – Hugues (1990) para Norteamérica. La autora plantea una Antropología Médica Crítica, que trascienda una mera antropología de la medicina y se convierta como disciplina con un estandarte de lucha y crítica. Esta orientación crítica revierte la hostilidad que en la Antropología Médica se tenía sobre trabajos como los de Erving Goffman, M. Foucault...entre otros. Autores que han sido criticados por su supuesta concepción de los médicos como “carceleros” (categoría social).

La autora plantea 3 proyectos para una Antropología Médica Crítica:

- 1) Reducir los parámetros de la eficacia médica, dejando los enfermos sociales y a la cura social en manos de los activistas políticos y a los enfermos espirituales y psicológicos – y otras formas del malestar existencial- junto a curadores espirituales y etnomédicos;
- 2) Desarrollar un discurso antropológico sobre las formas de curación problemáticas y no biológicas en términos de su propio marco de referencia (emic) centrado en el significado y en las alternativas posibles (en la literatura médica: terapias heterodoxas)
- 3) **Radicalizar el saber y la práctica de médicos, tomando (y usando) el hospital y la clínica -en el sentido amplio que Foucault le da al término- como locus de la revolución social.**

Según la autora, la Antropología Médica convencional sufre de varias limitaciones: una conceptualización restringida de las relaciones sociales y de poder; falta de atención a la estructuración política de los significados en la escena clínica y la cultura como ideología que puede enmascarar realidades humanas políticas y económicas.

**Para ésta autora, sólo desde una perspectiva crítica se priorizará la penetración de los procesos y estructuras internacionales y nacionales; pero haciendo, también una comprensión pormenorizada de cualquier problema particular que demanda una exploración completa de actividades y patrón de lo microsocioal.**

## **2. Problema de Investigación:**

“El saber medico - profesional acerca de la obesidad en un Centro Público de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario”

## **3. Objetivo general:**

“Conocer las representaciones y prácticas que de la obesidad tienen los profesionales de un Centro de Atención Primaria de la Salud Pública Provincial en la Ciudad de Rosario”

### **3.1Objetivos específicos:**

- Relevar las prácticas realizadas y dispositivos utilizados por los profesionales de la salud respecto a la obesidad.
- Estudiar las concepciones y teorías sobre la obesidad de los profesionales del Centro de Salud.
- Analizar como se articulan concepciones y prácticas de los profesionales en el servicio de Salud Pública Provincial. (atendiendo a la relación médico-paciente, a las políticas implementadas, programas de prevención y actividades).
- Comprender la construcción social de la obesidad desde los profesionales de la salud de un Centro Público de APS (Atención Primaria de Salud) Provincial en la ciudad de Rosario.

#### 4. Estado del Arte:

A la hora de realizar un relevamiento de los antecedentes de investigación relacionados a mi problema de investigación:

##### El saber medico profesional acerca de la obesidad en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Rosario”

Y conformar, lo que podría llamar un “estado del arte” de las investigaciones realizadas sobre el tema, me pareció pertinente, ya que investigué “saberes profesionales”, específicamente, el saber profesional- médico, prestar atención a cómo en investigaciones tanto “los profesionales de la salud” (médicos en su mayoría de Hospitales) como los “profesionales de la salud mental” (psicólogos de orientación psicoanalítica) conciben y tratan a la obesidad en sus estudios. También destaco la importancia de la realización en nuestro país (Argentina) de la “Primera Encuesta Nacional sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles”. La misma constituye el primer intento de aplicación de las recomendaciones de la OPS para los países en materia de enfermedades no-infectocontagiosas. Para conocer las concepciones y recomendaciones en materia de ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles) incluyo en este capítulo tres trabajos publicados por esta organización –OPS-, que en estos últimos años ha tomado gran relevancia y actualmente posee gran protagonismo en materia de salud en nuestra región. Esta Primera Encuesta, de la cual antes señalaba, constituye actualmente el único antecedente y referente epidemiológico llevado a cabo por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de ECNT.

A continuación, me focalizaré en los trabajos realizados por “profesionales” de nuestra disciplina, la Antropología, para conocer el “saber antropológico” sobre la obesidad. Especialmente reseñaré trabajos de dos investigaciones realizadas por dos referentes obligados a la hora de trabajar las temáticas relacionadas a la alimentación y la medicina: nos referimos a los antropólogos Patricia Aguirre y Eduardo Menéndez.

Posteriormente, finalizaremos este recorrido por antecedentes, con la presentación de algunas conclusiones de la investigación que realizamos en el año 2003 en una Clínica Privada de la Ciudad de Rosario abocada a ofrecer planes de adelgazamiento.

Existen muchas investigaciones dirigidas por médicos. Las mismas son realizadas tanto en hospitales como en centros de salud. También en algunos casos se hacen relevamientos en escuelas a propósito de la obesidad infantil. Pero prevalece una mirada “médica” sobre la obesidad. En el estudio de M. A. Barajas Gutiérrez; E. Robledo Martín; Nuria Tomás García, T. Sanz Cuesta; Pilar García Martín e Inmaculada Cerrada Somolinos: “Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria” (Revista Española Salud Pública Vol 72, Nº3; Mayo-junio, 1998) podemos ver que la obesidad es concebida como una enfermedad metabólica más prevalente en los países industrializados, sin embargo si bien es así definida el modo de seleccionar a los investigados es mediante una cuantificación denominada IMC (Índice de Masa Corporal), el cual se obtiene aplicando la siguiente fórmula:  $\text{Peso dividido altura por altura}$ . Con respecto a las técnicas de investigación se utilizaron cuestionarios cerrados, al igual que muchas de las investigaciones que presento a continuación. En estas variables como calidad de vida, nivel socioeconómico, situación de convivencia, situación laboral, prevalecen. El objetivo era buscar relaciones entre la obesidad, la calidad de vida y el bienestar psicológico. Las conclusiones, las siguientes: “en nuestra población, se identifica un perfil de pacientes obesidad con mala calidad de vida, mujeres de edad 50 años con bajo nivel de estudios y presencia de patologías psiquiátricas o artrosis, sobre lo que se plantea la conveniencia de realizar una actuación prioritaria” (Pág. 222).

En otro estudio “Resultados de la intervención educativa en pacientes con obesidad”, también realizado por “profesionales de la salud” J. Díaz Gómez; M. Armero Fuster, I. Calvo Viñuela y M<sup>a</sup> A. Rico Hernández, en este caso específicas enfermeras, (Revista Nutrición Hospitalaria XVII-2,93-96 2002-España) vemos que la obesidad también es concebida, de nuevo, como “el trastorno metabólico más frecuente observado en los países desarrollados, llegando a afectar a casi el 59% si consideramos solamente los mayores de 50 años; constatándose también una tendencia al aumento en la infancia y en la adolescencia. Las patologías asociadas –HTA, diabetes mellitas, hiperuricemia o enfermedades cardiovasculares, entre otras- ha sido relacionada con una menor esperanza de vida y una tasa de morbi-mortalidad mayor. El estudio

Framingham demostró que un exceso de peso del 20% supone un claro riesgo para la salud” (pág. 93), me pareció interesante señalar que en este estudio se trabajó con dos tipos de concepciones de obesidad, la que recién se marcó y la siguiente: “obesidad exógena y nutricional” la cual está ligada etiopatogénicamente a la ingesta de dietas hipercalóricas, a una escasa actividad física y a una predisposición genética para conservar y almacenar la energía. Este estudio representa un informe sobre los tratamientos e intervenciones que se realizaron en 16 pacientes, el tratamiento consistió en una dieta “ajustada a las necesidades individuales y reforzado en algunos casos con fármacos”. Los pacientes debieron firmar un contrato en el cual se comprometían a asistir. Atendiendo a los caracteres de individualidad y obligación (“el contrato”) resulta paradójico que estas “profesionales de la salud” dieran como explicación del fuerte abandono que hubo por parte de sus pacientes al tratamiento: “que el motivo de acudir a la consulta para reducir peso en un 60,3% de los casos sea por patologías asociadas a la obesidad, puede condicionar el índice de abandonos (44%). Efectivamente el seguimiento en grupo puede favorecer una mayor adherencia al tratamiento. Sin embargo, EL QUE NO SEA UNA DECISIÓN TOMADA POR EL PACIENTE, SINO IMPUESTA EN MUCHOS CASOS POR EL MÉDICO PARA REDUCIR O CONTROLAR LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA OBESIDAD, PUEDE APOYAR ESTOS ÍNDICES DE ABANDONO EN EL SEGUIMIENTO (las mayúsculas son mías). También atendiendo a diferencias de roles, o desempeños, las amas de casa abandonarían el tratamiento por atender más a las preferencias familiares que a las recomendaciones saludables (hechas por el profesional). Resalto la importancia que en este estudio se le da a la “educación” (sanitaria) la cual según estas enfermeras es importante desde la escuela y a nivel familiar. Para cambiar los “malos hábitos” es necesario, según el estudio, “la interiorización de lo aprendido y la motivación para llevarlo a cabo”. Como se ve las técnicas que estos estudios utilizan tienen poca relación con las técnicas propias de un estudio antropológico que busca en la singularidad patrones o lógicas que nos permitan acceder a la complejidad de lo social. En el estudio “Perfil antropométrico y prevalencia de sobrepeso de los escolares de Ubrique, Cádiz” realizado por Inmaculada Faile Martínez, Juan Zafra Mezcuca, José P. Novalvos Ruiz, Manuel Costa Alonso y Enrique Ruiz Rodríguez. (Área Medicina Preventiva, Universidad de Cádiz) (Revista Española de Salud Pública (1998); Vol. 72; Nº 4 Julio-Agosto), se

midió, pesó y se les calculó el IMC a 493 escolares (“la muestra”). Sin embargo si bien lo que se buscaba era identificar los niños con riesgos de obesidad sobre los que se podría realizar una intervención temprana –quedando justificada esta intervención por el supuesto de los profesionales de que la obesidad que se inicia en la niñez o adolescencia tiende a perdurar toda la vida- la obesidad no es definida por los autores, simplemente se indica que un IMC (Índice de Masa Corporal) mayor de 25 representa un “sobrepeso”. Los resultados fueron comparados con otros resultados de estudios similares de otras ciudades y la diferencia explicada por cambios climáticos y geográficos, pero esto es cuestionado por los mismos autores que argumentan que tal vez pueda ser, la diferencia, atribuida a las características socioeconómicas, sin embargo “Nosotros no pudimos comprobar su efecto sobre nuestros escolares debido a la dificultad para obtener unos indicadores fiables del nivel socioeconómico de la población, a causa de su particular economía”(Pág 363).

Salvando las distancias, nuevamente, entre la metodología utilizada en este estudio y la metodología con la cual se abordó la problemática, distinciones en las cuales no quiero extenderme mucho, ya que la epistemología que subyace a todos estos estudios que se han citado es completamente distinta y pertenece a otras áreas que no son la disciplina antropológica, de todas formas es interesante de este estudio, el cuestionamiento y los interrogantes que se proponen sobre lo que los autores llaman “características socioeconómicas” (tampoco explicitan a que se refieren con esta categoría, por lo tanto queda a libertad del lector y de su sentido común). Estas dimensiones fueron atendidas en mi investigación, ya que las bases epistemológicas desde las cuales se concibe la realidad social, son más cercanas a la concepción de los sujetos insertos en un tiempo y espacio determinado, históricos y por lo tanto atravesados por dimensiones económicas, políticas, sociales... (si es que se puede pensar por individual en cada una de estas dimensiones).

Continuando con este recorrido de estudios e investigaciones realizadas sobre la obesidad, hasta ahora todas ellas llevadas a cabo por “profesionales de la salud” (doctores, enfermeras...) me centro ahora en un estudio realizado por el Dr. Nelio Bazán, éste estudio se llama “PINO.CHO Proyecto de Investigación de la Niñez y Obesidad” (Plan de evaluación que implementa la Universidad de Buenos Aires y la Fundación Barceló)

(Artículo extraído de internet: <http://www.nutriinfo.com.ar/pagina/info/pinocho.html>). Como vemos es un proyecto abocado a la obesidad infantil o el relevamiento de la misma. El autor basa su estudio en la hipótesis de que existe una íntima relación entre la obesidad infantil y la actividad física, a mayor sedentarismo (propio de la sociedad actual, según el autor) = existencia de obesidad. Las técnicas de investigación resultan ser, también como en los otros estudios, cuestionarios cerrados y la medición y peso de los niños. En el cuestionario se pregunta sobre la “actividad física” de los niños. Es interesante destacar que el proyecto se llevó a cabo en varias provincias de la Argentina: Buenos Aires, Corrientes, San Luis y la Rioja, sumando un total de 1743 niños/as. Las conclusiones de la investigación son las siguientes: “concluimos que la obesidad es de similar frecuencia entre aquellos que no realizan actividad física, los sedentarios, y aquellas personas que si realizan actividad, o sea los activos” (Pág 13). Con respecto a las concepciones, conceptos, saberes...que se ponen en juego en esta investigación podemos señalar que el investigador define la obesidad como un producto de una multicausalidad, pero estima que existen actores del entorno como un aumento en la ingesta de calorías asociada a su disminución de su gasto. También recurre a categorías como “epidemiología” entendida como el estudio de la distribución de las enfermedades; “epidemiología del sedentarismo” si bien no nos explicita que entiende por la misma, deducimos que el sedentarismo es concebido como una enfermedad, al igual que la obesidad, si atendemos a la siguiente cita “creemos importante conocer en nuestro país la prevalencia de la obesidad y el sedentarismo como dos indicadores epidemiológicos de relevancia”. Realiza a su vez, una clasificación respecto de los posibles actores, relacionados con la obesidad (niños/as de entre 6 a 14 años): obesos activos, obesos sedentarios, no obesos activos, no obesos sedentarios. Recurre a otras categorías como “prevención”, recalca la importancia de esta, ya que, coincidiendo con algunos supuestos de los autores de los anteriores estudios nombrados en este trabajo, la obesidad en la niñez incrementa el riesgo de obesidad en edad adulta. La “prevención” es concebida por el autor como “La prevención es la medicina que no vemos, aquella cuyos resultados se verán en años, y esto puede producir un desaliento, ya que los programas a largo plazo no encuentran ámbitos de expresión política. Y, sin embargo, la prevención es el único camino” (Pág. 12). Algo ciertamente

novedoso que se encuentra en este estudio es el cuestionamiento por parte del Doctor sobre la implementación de ciertos lineamientos que la OMS (Organización Mundial de la Salud) hizo sobre la obesidad en 1997. Llama la atención sobre la necesidad de unificar los criterios para definir la obesidad y la posibilidad de utilización de parámetros universales, ya que son diversos los instrumentos usados (I.M.C) y los mismos plantean diferentes valores al mismo problema.

Basándose en encuestas realizadas sobre los niveles de obesidad, otro autor argentino J.Braguinsky<sup>3</sup>, también realiza un relevamiento por diferentes zonas geográficas, en este caso de Latino América (“Prevalencia de obesidad en América Latina”). Este autor define a la obesidad como una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) “en los países en vías de desarrollo o de `economías emergentes` es una enfermedad de la pobreza; paralelamente aparece la figura del gordo en contraposición al gordo rico, dos tipos de enfermos muy diferentes” (Pág. 2) Al mismo tiempo el autor indica que existe una etapa de “pre-obesidad” que equivaldría a los que la OMS considera como “sobrepeso”. Braguinsky introduce una “variable” de estudio, hasta ahora no tenida en cuenta o no explicitada por los diferentes autores antes nombrados, ésta es la “pobreza”. Un factor político-social se introduce en la definición de la “enfermedad” o en sus “causas”. Sin embargo éste no es profundizado en el estudio, que más bien se interesa por señalar a la obesidad como la primera epidemia de una enfermedad crónica no transmisible. Algunas explicaciones: la posibilidad de que algunos países latino-americanos estén sufriendo una transición epidemiológica y nutricional. Con respecto a Argentina, el autor nos dice que se dispone de un alto número de sondeos que estudian la prevalencia de obesidad y de algunos estudios apoyados en estándares internacionales. Señala específicamente dos estudios realizados en las ciudades de Venado Tuerto (Provincia de Santa Fe) y Déan Funes (Provincia de Córdoba). En estas dos ciudades se observó un sobrepeso del 59,3% y 62,6 % respectivamente. Para el autor estas cifras son difíciles de explicar en poblaciones que no han sufrido problemas específicos de transición nutricional ni

---

<sup>3</sup> Ex-vicepresidente de la Internacional Association for the Study of Obesity (IASO), Ex-presidente de la Federación Latinoamericana de Obesidad (FLASO), Director del Curso de Postgrado en Nutrición de la Universidad de Favaloro.

cambios en el número de pobladores ni visiblemente en los hábitos en los últimos años.

Este relevamiento epidemiológico realizado en Venado Tuerto, es para mi investigación de cierta importancia, ya que él es presentado como antecedente de investigación y justificación en el “1er. Programa de Constructores Comunitarios”, realizado por el Departamento de Educación para la Salud, del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. Este Programa, sobre el cual trabajamos, y realizamos trabajo de campo, conforma un capítulo de este informe de tesis.

A partir de aquí los antecedentes de investigaciones realizadas sobre la obesidad, son abordados desde otra disciplina que no es la médica propiamente sino la disciplina psicológica. Si bien muchos de los antecedentes anteriores, están basado en técnicas propias de las metodologías cuantitativas para la aproximación a conclusiones, hemos de rescatar, de los antecedentes que prosiguen que se utilizan técnicas más cercanas a las cualitativas y en cierto modo al método etnográfico (Testimonios de pacientes en consultas, observación clínica y la descripción cualitativa de numerosos casos clínicos) Sólo en cierto modo. Ya que los autores hacen un análisis de los discursos de sus pacientes a la luz de teorías psicológicas, sobre todo psicoanalíticas. En dónde los factores sociales, económicos, políticos, ideológicos...son relegados a un segundo puesto. Los cuales son llamados a cuento solamente cuando la perspectiva psicológica no puede dar cuenta de ciertos aspectos.

Eduardo Chandler y Bernardo Rovira en su artículo “Obesidad: aspectos etiológicos, psicopatológicos y sociales” (Revista Actualidad Psicológica agosto 2002) definen a la obesidad como un trastorno imprecisamente delimitado aún desde la psicopatología. No se encuentra clasificada como trastorno en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales a diferencia de la Clasificación de enfermedades de la OMS. A veces es un cuadro de “Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas” donde es incluida la “ingesta excesiva por reacción a acontecimientos estresantes” y que da lugar a la obesidad. Respuesta “demás está aclarar que biológicamente predispuestos” a acontecimientos emocionales intensos.

Bajo una mirada abarcativa se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatológicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. En cada una de ellas, lo genético, lo constitucional,

lo metabólico, lo psicológico y lo social son aspectos que ofrecen ángulos complementarios y de intensidad particulares que imponen el estudio y tratamiento interdisciplinario. Como se ve se plantea la necesidad de concebir a la obesidad desde una visión de multicausalidad, sin embargo esta concepción tan prometedora es abandonada por los autores posteriormente cuando señalan que las causas de la obesidad son principalmente psicológicas, relacionadas a los primeros años de vida, a la infancia.

A su vez los autores realizan un relevamiento de las “características psicológicas del obeso”: suele sufrir trastornos psicológicos respecto a los sujetos no obesos, rechazo social que le provoca depresión y fallas yoicas que condicionan conductas que aumentan la ingesta y perpetúan la obesidad. Tienen una mala percepción (especialmente cuando se asocian obesidad y trastornos emocionales) de la diferencia existente entre hambre y saciedad y entre hambre y otros tipos de emociones. Las fallas graves en la identidad y los sentimientos de inutilidad personal se relacionan con estos trastornos. El artículo explica que el obeso puede ser responsable y satisfactorio en algunas áreas, cómo el trabajo o el estudio mecánico, por que exigen poco compromiso emocional

Es ciertamente “PATRIMONIO DE LOS OBESOS” con trastornos de personalidad como trasfondo psicopatológico el mal manejo de sus impulsos hostiles lo cual, sumado a la desvalorización de sí mismos que sufren, se traduce en frecuentes autoagresiones. Todo esto lleva a que presenten frecuentes desbordes en distintas áreas de su conducta, tales como las de la comida y la bebida.

Con respecto a lo que los autores denominan “vida social del obeso” indican al respecto la siguiente caracterización: Es frecuente pensar que los obesos son personas cálidas, plenamente realizadas en su vida y capaces de un gran altruismo, pero también es verdad que en ellos el desempeño social es una consecuencia tanto de su psicopatología personal como de las distintas variables socio-culturales en juego y es causa, además de complicaciones. El “gordo feliz” es en el escenario social, pues estas personas suelen ser en la intimidad con sus seres allegados irritables y de manifestaciones agresivas fáciles. El obeso suele sufrir gran ansiedad en el ámbito de sus vínculos interpersonales y de la cual no siempre muestra tener registro consciente. Esa ansiedad con el temor de ser rechazados, lo cual puede fácilmente llevarlo a

adoptar una actitud de sometimiento con el fin de agradar a los demás, condición requerida para disminuir esa ansiedad. Del mismo modo, la ansiedad que busca descarga a través del comer en exceso suele ser causada por **situaciones vinculares** en las cuales el obeso teme sentirse rechazado.

Con respecto al “escenario social” en el cual, según los autores el obeso se desenvuelve de un determinado modo el cual no coincide siempre con el modo de desenvolvimiento en el “escenario individual”, es pertinente incluir un informe<sup>4</sup> sobre un estudio realizado en EE.UU sobre la concepción de obesidad que se promueve y se observa a través de los medios de comunicación que si bien no pueden ser concebidos como fiel reflejo del “imaginario colectivo”, si poseen una dimensión representativa y de producción y reproducción de esos imaginarios. El estudio fue realizado por la “Rudd Institute” (“a public, nonprofit organization whose misión is “to document, understand and ameliorate the bias, stigma and discrimination associated with obesity”) el mismo da cuenta del relevamiento de 10 programas de televisión considerados “top-rated”. Las conclusiones a las que arriban son muy interesantes ya que observaron que las personas obesas tienen, en la actuación en programas de TV, menos interacciones románticas, pocas interacciones positivas, gustan menos para concertar citas amorosas, hablar de salidas de éste tipo, y tener menos encuentros sexuales que las personas delgadas. Las mujeres con sobrepeso reciben menos “physical affections” y son más a menudo objetos de bromas que las mujeres delgadas.

Comer es la única actividad que realizan con más frecuencia, en los programas de televisión analizados, que los flacos. Para el autor estos datos son poderosos indicadores de cómo los defectuosos estereotipos son enfatizados a través de la televisión.

Retomando el estudio psicológico de Eduardo Chandler y Bernardo Rovira, señalaré directamente una contradicción presente al interior del trabajo: como antes se incluía los sujetos obesos, para estos autores tienen una mala percepción de la

---

<sup>4</sup> “Bias, stigma and discrimination of Excess Body Weight”<sup>4</sup>

Conference Report- North American Association for the Study of Obesity.

Revista: Diabetes & Endocrinology 4 (1), 2002. Artículo extraído de internet: [http://www.medscape.com/viewarticle/418266\\_2](http://www.medscape.com/viewarticle/418266_2)

diferencia existente entre hambre y saciedad y entre hambre y otros tipos de emociones. “Mala percepción” que no queda suficientemente explicada, ya que cuando se atiende a la definición que los autores nos dan de hambre -como fenómeno constitucionalmente “impreso” en el ser humano, quien aprende a diferenciarlas de otras necesidades y tensiones- ¿cómo se comprende que el sujeto obeso no posee esta “impresión” en su constitución?. Por otro lado, dentro de la temática, el alimento, para estos autores no está constituido simbólicamente por los grupos sociales, sino que es el objeto elegido por el sujeto que no abandona, es un objeto que “llena espacios vacíos” producto de la infancia.

En el trabajo, “Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica” cuyos autores son: Dr. Alberto Cormillot y Analia Fuchs (Revista Actualidad Psicológica agosto 2002) también se presenta una definición de obesidad considerablemente abarcadora, definición que claramente responde a un discurso médico en relación a cuestiones psicológicas. La obesidad no es definida como un trastorno psicológico, sino como una enfermedad crónica que constituye un problema de salud pública. Sin embargo, a la hora de pensar una explicación de la misma los autores señalan que se debe pensar en la existencia de una compleja Homeostasis en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

“El paciente obeso, al igual que el diabético o el hipertenso, puede controlarse pero no se cura de su enfermedad y que los cambios de hábitos alimentarios y de movimiento deben ser sostenidos en el tiempo. Como consecuencia de la “enfermedad” se dan conflictos intra e interpersonales”

El sujeto obeso posee una enfermedad, cómo la diabetes por ejemplo, sin embargo su posible solución hasta cierto aspecto (ya que las enfermedad crónicas no se curan) se la encuentra en dimensiones más sociales, es decir, relacionada a los estilos de vida y los hábitos, socialmente construidos de los individuos, que el sujeto obeso debe cambiar. Si el sujeto obeso debe cambiar sus hábitos, los cuales, como los autores señalan, están íntimamente relacionados con el estilo de vida contemporáneos, no es difícil pensar que se produzcan conflictos.

Como Eduardo Chandler y Bernardo Rovira, los autores del artículo que anteriormente se citó, Cormillot y Sunch también conciben que el sujeto obeso posee una imagen corporal con disturbios en cuanto a su percepción de la forma corporal.

Esta “mala percepción”, como de la forma corporal, pero también de la “enfermedad”, es explicada mediante la intervención de una categoría que define este tipo de trastorno, ésta es la “Dismorfofilia”: trastorno cuya característica es la falta de actitudes y comportamientos adecuados ante la presencia de una alteración significativa y evidente de la forma, dimensiones o peso corporal que pone en riesgo la salud física, psíquica y social. **La queja de malestar no es correlativa con el comportamiento práctico.** La alteración o el defecto es groseramente visible, y es llamativo para el observador la falta de apreciación del mismo por parte del sujeto, hecho característico en especial en la obesidad mórbida. **La ausencia de ocupación real genera en los familiares y allegados malestar intenso.** Impresiona como una suerte de conformismo. Este cuadro es habitualmente considerado una de las expresiones de un **contexto cultural** donde predomina una búsqueda intensa de delgadez. Se la define también como: “atracción por la condición corporal alterada” que se presenta de un modo inconsciente. La incorporación del concepto de DISMORFOFILIA da explicaciones y da cuenta acerca de ciertos comportamientos y características de las personas obesas (“Dismorfofilia intenta darle nombre a una serie de características psicológicas que serían en parte explicativas de los fracasos terapéuticos”). Las “características psicológicas del obeso” que los autores del estudio anterior, simplemente enumeraban como propias de los sujetos, en este estudio son explicadas a la luz de la definición del trastorno dismorfofilia:

- ✓ El discurso, comportamiento y forma de vida de los sujetos con dismorfofilia expresa una tendencia a no hacer esfuerzos para modificar su sobrepeso, independientemente de la morbilidad, limitaciones o presión médica y social existente.
- ✓ Los obesos dismorfofílicos puede hacer comportamientos evitativos de lugares o circunstancias que puedan conspirar contra el mantenimiento de su condición (ej.: ciertos lugares públicos de reconocida exposición corporal como playas, piscinas...) también pueden existir problemas de identidad y de relación.
- ✓ Parte de una homeostasis en la cual la defensa de los **hábitos –muy dependientes del estilo de vida contemporáneo-** y las ventajas secundarias de **la enfermedad,** juegan un rol significativo. Estas últimas implican el

mantenimiento de un rol o identidad, cierta comodidad, una posibilidad de manipulación de ciertas situaciones y la delegación de responsabilidades. Les cuesta enormemente asumir la responsabilidad de su autocuidado.

Los autores hacen, en estos trabajos una caracterización del sujeto que padece de obesidad, “el obeso”, una caracterización de tipo subjetiva.

A continuación recorreremos algunos trabajos publicados por la Organización Panamericana de la Salud, sobre la obesidad y su incidencia en la Salud Pública.

En el trabajo publicado por la OPS “**Epidemiología de la nutrición**” *por Valerie Tarasuk*<sup>5</sup> la autora realiza un resumen de los métodos epidemiológicos habitualmente aplicados a la investigación sobre nutrición. Concibe a la epidemiología como la ciencia de la salud que estudia la distribución y los factores determinantes de la salud y la enfermedad en las poblaciones.

Según esta autora los estudios epidemiológicos pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. estudios descriptivos y analíticos.
2. estudios experimentales

En los estudios epidemiológicos, la ingesta habitual suele medirse utilizando recuerdos de los alimentos consumidos en 24 horas repetidos, registros de múltiples alimentos o cuestionarios sobre frecuencia de alimentos. Sin embargo se han expresado algunas dudas sobre la capacidad que tienen los métodos de frecuencia de alimentos para reflejar de manera adecuada las prácticas alimentarias de diversos grupos culturales. Esta crítica sobre este método es para mi investigación un gran aporte, por ser efectivamente una técnica fuertemente utilizada tanto en el ámbito privado, como público. Para conocer la ingesta de los pacientes, los profesionales requieren de los mismos un “registro de comida” que posteriormente será evaluado y corregido por el agente de salud. En capítulos posteriores, se incluye el análisis de esta técnica que se aplica en el Centro de Salud Pública en dónde realicé mi trabajo de

---

<sup>5</sup> Cap. 51. Publicación científica Nº 505 “Conocimientos actuales sobre Nutrición”. Ekhard Ziegler y L.J. Fiver Jr. Editores. OPS. 1998

campo. Continuando con el texto de Valerie Tarasuk, la naturaleza multifactorial de la mayoría de las enfermedades crónicas relacionadas con factores de la dieta complica la inferencia de la causalidad en epidemiología de la nutrición. Uno de los objetivos fundamentales de la epidemiología de la nutrición consiste en determinar la importancia etiológica de los factores de la dieta de las principales enfermedades crónicas.

A continuación la autora realiza una crítica sobre los “cuestionarios de frecuencia de alimentos”, ampliamente utilizados, incluso por agencias nacionales de estadística. Según la autora estos cuestionarios proporcionan información sobre la frecuencia habitual del consumo de una lista seleccionada de alimentos que se usa para clasificar a los individuos dentro de un grupo o en divisiones sobre una distribución de frecuencia (p. ej. en cuartiles o quintiles) según su nivel de ingesta. Esta clasificación relativa es suficiente para mayor parte de los estudios epidemiológicos analíticos, pero no proporciona información alguna sobre los niveles de ingesta que confieren un mayor riesgo a cada individuo

Coherente con la concepción de obesidad plasmada en las recomendaciones de la OPS para realizar un abordaje en los diferentes países “en vías de desarrollo” de la problemática de las ECNT. En otra publicación de la OPS: **“La obesidad desde la perspectiva de la salud pública”, cuyos autores son: Deborah Galusky y Laura Kettel Khan<sup>6</sup>**, la obesidad es definida como: una enfermedad y un factor de riesgo de enfermedades crónicas y de otras enfermedades. Definición que también, más adelante, en los análisis de nuestros datos de campo, podremos ver repiten y utilizan los efectores de la salud pública con los que trabajé.

Para los autores, en el marco de la salud pública y la práctica clínica la determinación de la obesidad debería no solo reflejar el exceso de grasa corporal, sino también ser de fácil factura e interpretación simple. Dos métodos cumplen estos requisitos y son ampliamente utilizados:

- a) Espesor del pliegue cutáneo: consiste en la medición del doble pliegue de piel y tejido adiposo subcutáneo en determinadas localizaciones

---

<sup>6</sup> Cap. 48 La obesidad desde la perspectiva de la salud pública Autor/es: Deborah Galusky y Laura Kettel Khan Publicación Científica y Técnica N° 592: “Conocimientos actuales sobre Nutrición” 8va. Edición. Barbara Bowman y Robert Ruselle Editores. OPS. 2003

corporales utilizando panzas especiales (579). Ventaja: mide efectivamente la adiposidad, sin embargo la reproducibilidad del método puede verse limitada debido a la dificultad para normalizar parámetros tales como el lugar de medición, el tamaño del individuo y su estado de hidratación.

- b) Índices pondoestaturales: (lo más utilizados) la unidad internacional de medida de la obesidad de los adultos es el IMC (índice de masa corporal) (peso dividido altura por altura) :

Un IMC entre 25 y 29,9 define sobrepeso o preobesidad.

Un IMC de igual o más de 30 define obesidad.

El IMC resulta sumamente ventajoso en el ámbito de la salud pública, además sus definiciones tienen reconocimiento internacional; sin embargo el IMC no permite distinguir si el sobrepeso se debe a la adiposidad o al desarrollo muscular. Los índices pondoestaturales también se suelen emplear para determinar el sobrepeso en los niños y adolescentes. Sin embargo, tal determinación se complica debido al crecimiento, ya que es propio de la maduración que el peso aumente con la edad y el crecimiento longitudinal. Además, la distribución y la proporción de grasa corporal varían en función del sexo y edad.

A diferencia de lo que sucede con los adultos, no existe una definición universal de los parámetros pondoestaturales para determinar la obesidad en la población joven, pero se han propuesto al menos 3 definiciones: de la OMS, comités de expertos de los Estados Unidos y la del Grupo especial Internacional sobre Obesidad.

- c) Distribución de la grasa corporal (perímetro de la cintura / rel. cintura cadera): tanto en los adultos como en los niños, el aumento de la masa adiposa abdominal determina factores fisiológicos de enfermedades cardiovasculares, diabetes u otras relacionadas con estos trastornos, independientemente de la masa corporal.

Tanto en los adultos como en los niños el sobrepeso y la obesidad se asocian con numerosos efectos psicosociales y fisiológicos negativos, que pueden tener impacto sobre la salud pública. Estos efectos pueden clasificarse en cuatro grupos:

consecuencias psicosociales, factores de riesgo de enfermedades crónicas, morbilidad y mortalidad.

1. Asociaciones con las consecuencias psicosociales: las sociedades y los grupos étnicos difieren en la forma en que perciben y aceptan a las personas de distinta complejión física. En los lugares donde la delgadez es vista como un valor positivo, la obesidad puede provocar efectos psicosociales negativos. Por ejemplo, en los adultos y los adolescentes obesos, en especial las mujeres, suelen tener baja autoestima y una imagen corporal distorsionada, lo cual puede repercutir de manera negativa sobre su calidad de vida. La soc. puede estigmatizar a los obesos y discriminarlos. (580)
2. Asociación con los factores de riesgo de enfermedades crónicas. : enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. Claramente es esta la asociación que más se tiene en cuenta, en nuestra salud pública, desde los dispositivos aplicados para la “prevención” se piensa en el desencadenamiento de otro tipo de ECNT, especialmente la diabetes tipo 2, la que más se tiene en cuenta, a partir de concebir a la obesidad como factor de riesgo. Y basta para ello recordar que uno de los programas nacionales está exclusivamente enfocado a la prevención, detección y tratamiento de la diabetes, que debido a su cronicidad requiere del Sistema Sanitario continua atención y seguimiento, como provisión de medicación... Más adelante veremos la práctica de este plan en los dispositivos del centro de salud y como existe una interdependencia entre la obesidad y la diabetes.

Esta publicación de la OPS también lleva a considerar los costos económicos de la obesidad. Según este informe se ha calculado que para varios países, el 2 y 7% de los gastos en atención de salud de estos países se deben a la obesidad. Son cálculos conservadores, pues reflejan solo los gastos del diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades causadas por la obesidad. Otros gastos pertinentes son los directos, relacionados con el tratamiento de este trastorno, los indirectos debido a la pérdida e productividad causada por la morbilidad y la muerte prematura, y los intangibles asociados con el deterioro de la calidad de vida del individuo.

3. Asociaciones con la morbilidad: en los adultos obesos y con sobrepeso la morbilidad de distintas enfermedades es mayor que en los demás adultos (salud reproductiva, amenorrea, morbilidad materno infantil relacionada a la hipertensión y diabetes gestacional, complicaciones en el parto. Mayor riesgo de malformaciones congénitas. Múltiples enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares, trastornos digestivos, enfermedades muscoesqueléticas (artrosis), cáncer, diabetes tipo 2 (la aparición de una epidemia de esta clase de diabetes entre los jóvenes se ha considerado consecuencia parcial de los mayores niveles de obesidad).

Para estos autores, en general la obesidad es un trastorno típico de sociedades prósperas, en las que ciertos factores como la provisión de alimentos diversos y abundantes, y el entorno laboral sedentario resultan coadyuvantes. Sin embargo, la asociación entre la obesidad y la situación socioeconómica en cualquier país de que se trate es compleja y depende parcialmente de la situación económica de ese país en particular. Principalmente, esta asociación, en nuestro país, será trabajada por la antropóloga Patricia Aguirre, quien hará una clara diferenciación entre “obesos ricos” y “obesos pobres”.

En un análisis del 2000 de los patrones mundiales de obesidad, Martorell et. al informaron que la relación entre el nivel socioeconómico y la obesidad puede variar según la situación económica del país en desarrollo. Se observó que entre las mujeres de países en desarrollo relativamente prósperos, la obesidad se distribuía en forma más pareja –respecto de otros países más pobre- en los distintos subgrupos socioeconómicos.

América Latina tiene una prevalencia en muchos países similares a la de los países desarrollados.

Con respecto a la etiología de la obesidad, señalan que los factores que conducen a un consumo excesivo de energía son complejos, como indican los numerosos factores que supuestamente influyen en la ingestión de alimentos: respuestas fisiológicas a la comida; características del alimento, como la inducción de saciedad y la apetecibilidad; factores cognitivos, como la cohibición y socioculturales, como la economía, la educación y las prácticas culturales (584)

La genética es sumamente importante en la obesidad. (24% a 70% de casos). Además, los genes podrían solamente incrementar la susceptibilidad a ser obeso; también podría ser necesario para su expresión un entorno que favorezca la obesidad con abundancia de alimentos y una necesidad mínima de actividad física.

El tratamiento y prevención de la obesidad y el sobrepeso en la Salud Pública, se plantean y recomiendan 3 tipos de intervenciones, señalo dos de ellas, aplicables tanto a niños como adultos:

1 Intervenciones para promover la pérdida de peso dirigido a los individuos de alto riesgo con sobrepeso u obesos o a las personas en riesgo de padecer obesidad y sus enfermedades asociadas:

Unidad de Intervención: Individuos

Limitaciones: Depende de la voluntad del individuo para perder peso. Depende del grado de riesgo del individuo.

Estrategias posibles: *Modificaciones alimentarias* (reducir la ingesta de energía – dieta del semáforo: luz roja o verde o amarilla para los alimentos-). *Modificación de los niveles de actividad física*. *Modificación del comportamiento* (terapias conductistas: las terapias conductuales pueden ayudar a cambiar los hábitos relacionados con la dieta y la actividad física, y se recomienda en los tratamientos reductores de peso para adultos y niños. Las estrategias que contribuyen a la pérdida de peso son el autocontrol de los hábitos alimentarios y los patrones de actividad, el manejo del estrés, el control del estímulo, la resolución de problemas, el manejo de imprevistos, la reestructuración cognitiva, y la determinación de objetivos y el apoyo social. *Intervenciones clínicas* (la farmacoterapia parece ocasionar una pérdida de peso moderada, aunque no está claro si logra mantener la reducción ponderal durante largos períodos. El propósito de las intervenciones quirúrgicas es al reducción de la ingesta mediante la modificación de la capacidad gastrointestinal y el puente gástrico. Deben ser acompañados de grandes cambios en el estilo de vida).

2 Intervenciones para promover tanto la pérdida de peso en personas con sobrepeso, como la prevención del aumento ponderal entre grupos seleccionados de la población.

Objetivo: facilitar la pérdida de peso de individuos con sobrepeso u obesos y prevenir el aumento de peso en todos los individuos de la una población.

Unidad para la intervención: Poblaciones (escuelas, ámbitos de trabajo, comunidades)

Limitaciones: no depende de la voluntad del individuo para perder peso, no depende del grado de riesgo del individuo.

Estrategias posibles: Mejorar la dieta y los niveles de actividad física de los individuos de una población mediante una de dos estrategias: a) modificar los conocimientos o las aptitudes de los individuos respecto de estos comportamientos b) modificar el ambiente para reducir la exposición a los determinantes ambientales de las dietas de mala calidad y al inactividad.

Estas dos opciones de estrategias de prevención hacia la población, focalizada o en general, son indicadas también en la “Primera Encuesta Nacional de ECNT”, que a posterior señalaré, pero en este caso son llamadas “estrategia de alto riesgo” y “estrategia poblacional”.

**En el trabajo “El surgimiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en los países en desarrollo”** de Reynaldo Martorell y Aryeh D. Stein<sup>7</sup>. Los autores nos señalan como progresivamente las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (en este trabajo, y siguiendo ya algunos señalamientos de otros autores referidos a la heterogeneidad y no-universalidad de la concepción de obesidad, la misma es definida solo como factor de riesgo –junto con la hipertensión e hiperlipidemias- y no como una de las ECNT junto con la diabetes tipo 2, por ejemplo) se han constituido y deben constituirse en una problemática de Salud Pública en los países en desarrollo. Estas enfermedades crónicas<sup>8</sup> deben pensarse como problema sanitario importante en los países en desarrollo, en un momento en que la desnutrición y las enfermedades infecciosas afligen aún a muchos de los individuos pobres de esta sociedad.

Según este trabajo, la mayor parte de las consecuencias nocivas de la obesidad sobre la salud está determinada por sus efectos sobre los sistemas cardiovasculares y endocrinos. Las alteraciones metabólicas que se producen con la obesidad incluyen la hiperglucemia, la hiperinsulinemia, la resistencia a la insulina, la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia y una mayor velocidad en la síntesis de los ácidos grasos. Como

---

<sup>7</sup> Reynaldo Martorell y Aryeh D. Stein Título: Cap. 58 “El surgimiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en los países en desarrollo” - Autor/es: Publicación Científica y Técnica Nº 592: “Conocimientos actuales sobre Nutrición” 8va. Edición. Barbara Bowman y Robert Ruselle Editores. OPS. 2003.

<sup>8</sup> Definición de enfermedades crónicas: cuadros que presentan un comienzo insidioso y fases preclínicas largas, no se resuelven en forma espontánea y producen un aumento progresivo de la morbilidad. (et.al : 736)

resultado de estas alteraciones metabólicas, la obesidad contribuye a desarrollar muchas enfermedades, como diabetes, hipertensión, accidente cerebro vascular (ACV), enfermedades cardiovascular, litiasis biliar y ciertos tipos de cáncer.

Según la OMS (World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Reporto of a WHO consultation on obesity. Geneve: WHO 1998), la obesidad parece estar aumentando en todo el mundo a un ritmo alarmante. El mismo informe añade que la información nacional representativa sobre la que se basan estas afirmaciones se ha realizado en subpoblaciones específicas que no siempre se seleccionaron al azar. La información disponible también es limitada debido al uso de distintas definiciones de obesidad<sup>9</sup>, la selección de diferentes grupos de edad y el empleo, en algunos estudios, de tallas y pesos comunicados en lugar de medidas. Todos estos hechos limitan las comparaciones entre países a lo largo del tiempo. Nuevamente los autores advierten sobre la falta de estudios de importante representatividad, debido a la falta de unificación en materia de concepciones de obesidad, lo cual fue advertido, también, en mi investigación, en materia de definiciones de obesidad, de paciente obeso y de las prácticas médicas para el tratamiento, así como los contenidos y abordajes que deberían realizarse en materia de “prevención”

En este trabajo se plantean dos interrogantes de suma importancia para nuestro trabajo, los mismos son:

¿Qué pruebas sugieren que las enfermedades crónicas y los factores de riesgo relacionados –como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y la hipertensión–son problemas importantes para la salud pública en los países en desarrollo?

¿Qué debería hacerse respecto a estas preocupaciones que están surgiendo?

Como sucedió en Europa y América del norte, la aparición de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en los países en desarrollo fue impulsada por los aumentos del ingreso y la mejoría de estándar de vida. El proceso de desarrollo económico mundial cambio los patrones de la vida y la organización sociales y

---

<sup>9</sup> En la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 encontramos 17 tipos diferentes de obesidad: Obesidad (simple), obesidad alimentaria, obesidad constitucional, obesidad debida a exceso de calorías (hiperalimentación), obesidad dietética, obesidad endocrina, endógena, especificada NCOP, obesidad exógena, extrema, familiar, glandular, hipofisaria, hipotiroidea, inducida por drogas, mórbida y obesidad nutricional.

desencadenó transiciones epidemiológicas, demográficas y nutricionales. La comprensión de estas transiciones y del contexto urbano en el cual ocurren de manera típica permite identificar las causas del surgimiento epidémico de las enfermedades crónicas y planificar mejor de acuerdo con las necesidades presentes y futuras.

Transiciones Epidemiológicas (tomado de Olshanky):

1. Edad de las pestes y hambrunas (1 d.C. a 1750)
2. Edad de las pandemias en retroceso –caída de la tasa de mortalidad- (mediados del S. XIX)
3. Edad de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre –caída de la tasa de natalidad – (actualidad)
4. Edad de las enfermedades degenerativas tardías –aumento de la esperanza de vida-: en esta etapa los estilos de vida más saludables prevendrían y retardarían el comienzo de las enfermedades degenerativas, al mismo tiempo que los avances médicos mejorarían la sobrevivencia de los individuos con cáncer, enfermedades cardiovasculares u otras enfermedades degenerativas.

Popkin quien escribió ampliamente sobre los cambios en los patrones de riesgo de enfermedades no transmisibles, acuñó el sintagma “**transición nutricional**” para llamar la atención sobre los cambios en la dieta y la actividad física que acompañan las transiciones epidemiológicas y demográficas. La transición nutricional es un cambio desde una situación en la cual predominaba una dieta pobre y la actividad física intensa, con un alto grado de desnutrición como consecuencia, hacia una en la cual las dietas se vuelven hiperenergéticas, con mayor proporción de grasas, y en la cual el estilo de vida sedentario es la regla. Las deficiencias nutricionales están en retroceso, pero en algunos continentes continúa siendo un problema sanitario importante lo cual da lugar a un panorama bifronte.

Las transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales son facetas del mismo fenómeno debido a que tienen causas comunes. Se alude a los cambios socioeconómicos que sustentan las tres transiciones del desarrollo económico. En el corazón de la transición del desarrollo económico se halla el cambio de una sociedad preindustrial, basada en gran parte en la agricultura y de carácter rural, así como analfabeta y pobre, a una sociedad industrial moderna, alfabetizada, en su mayor parte **urbanizada** y con diversificación de empleos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) controla los progresos realizados en la seguridad alimentaria. Los datos de las hojas de balance de su sexta Encuesta Alimentaria Mundial indican que la ingesta energética de la dieta por persona aumentó en casi todo el mundo desde 1969-1971 hasta 1990-1992.

El porcentaje de energía de la dieta proveniente de las grasas está aumentando en todas las regiones de los países en desarrollo, excepto en África Subsahariana. El mayor cambio se produjo en América Latina: en 1969-1971, los aceites y grasas vegetales aportaron 29,8% de la energía proveniente de las grasas; ese aporte aumento a 44% en 1990-1992.

Drewnoski y Popkin analizaron la información sobre el balance de los alimentos a nivel país de la FAO referida al período 1962-1990, así como los valores del PIB per cápita del Banco Mundial, y concluyeron que la disponibilidad de grasas y aceites vegetales baratos ha permitido que los países en desarrollo alcanzaran grados de ingesta de grasas que antes eran solo posibles con altos niveles de ingreso

Drewnoski y Popkin han caracterizado tales cambios como una paradoja mundial en desarrollo: “Las naciones industrializadas ricas de América del Norte y la Unión Europea gastan importantes sumas de dinero para convencer a sus ciudadanos de que reemplacen las grasas alimentarias con una dieta simple basada en granos, hortalizas y frutas. Paradójicamente, los países en desarrollo usan sus crecientes ingresos para reemplazar las dietas tradicionales, ricas en fibras y granos, por otras que incluyen una mayor proporción de grasas y edulcorante calóricos”

El Instituto Internacional de investigación en Políticas Alimentarias (Internacional Food Policy Research Institute IFPRI) realizó ciertas proyecciones que señalan que en todo el mundo, la disponibilidad de los alimentos per cápita aumentará de 7% entre 1993 y 2020, desde casi 2.700 Kcal. por persona por día hasta 2.900 kcal. Se calcula que los mayores incrementos se producirán en China y Asia Oriental. No obstante, el aumento proyectado para África subsahariana tendrá valores de 2.300 Kcal. por persona por día en 2020 “sólo ligeramente superior al mínimo requerido para una vida saludable y productiva”. A pesar de los avances significativos en Asia meridional, esta región y África subsahariana serán el “sitio de hambre en el mundo en desarrollo”

La demanda de cereales para alimentar al ganado aumentará en forma espectacular.

Un hallazgo sorprendente es que la probabilidad de muerte específica por edad debida a ECNT en los adultos es mayor en los países en desarrollo que en los industrializados.

Alrededor de 2015 la enfermedad cardiovascular será la principal causa de muerte en los países en desarrollo, esto es, 35% de las defunciones.

Sobre la base del cúmulo de datos revisados, los autores extraen cuatro recomendaciones generales para los países en desarrollo:

1. Generar mayor conciencia entre quienes toman las decisiones de que las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta constituyen importantes problemas de salud pública.
2. Desarrollar programas multisectoriales y políticas orientadas hacia la prevención de ENT.
3. Invertir en la formación de profesionales para tratar los problemas de la nueva epidemiología y en operaciones de investigación para desarrollar intervenciones efectivas.
4. continuar los esfuerzos para erradicar las deficiencias nutricionales.

Se recomienda que las encuestas nacionales sobre salud recojan información sobre los factores de riesgo de enfermedades infecciosas y deficiencias nutricionales.

Sería ideal usar métodos similares en los distintos países, pues la homogeneidad de los métodos facilitaría las comparaciones entre los países y las regiones. Los datos de orden nacional son esenciales para construir mapas regionales y sociales de las enfermedades no transmisibles (ENT) que sirvan para identificar los grupos de alto riesgo.

Los países en desarrollo deben llevar a cabo acciones decisivas para controlar la EPIDEMIA DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES. Se requieren distintas políticas y programas que incluyan a múltiples sectores. Por ejemplo, políticas agrícolas que influyan sobre la canasta de comidas y los precios de sus productos, desarrollo de políticas urbanas que modifiquen la disponibilidad de parques e instalaciones destinadas a la recreación, políticas educativas sobre los contenidos que deben ser enseñados a los niños y el énfasis dado a la promoción de la educación física, y campañas educativas sobre la vida saludable dirigidas al público en general.

Los trabajadores de la salud no están entrenados para encarar la nueva epidemiología, los países en desarrollo deben invertir en investigaciones orientadas a mejorar la efectividad de los programas (743)

En el marco de este tipo de recomendaciones, es que retomamos en este capítulo, la realización de la: **Encuesta Nacional Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación – CEDES)**<sup>10</sup>

El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en colaboración con la Secretaría de Salud pública de Tierra del Fuego, la Dirección de Estadística provincial, el INDEC (Inst. Nacional de Censos y Estadísticas) y bajo la coordinación del Centro de estudios de Estado y Sociedad (CEDES) se unieron para validar y adaptar la encuesta de factores de riesgo desarrollada por la OPS. El objetivo fue contar con una herramienta útil para el diagnóstico y monitoreo de los factores de riesgo a los cuales se les atribuye el 50% de la mortalidad. La adaptación de este modelo fue el resultado de un proceso de consulta y construcción de consenso con sociedades científicas, entidades académicas y expertos. La encuesta, realizada en la Provincia de Tierra del Fuego incluye 14 módulos temáticos y releva información sobre aspectos de la salud general, consumo de tabaco, presión arterial, actividad física, peso corporal, alimentación, colesterol, consumo de alcohol, diabetes, servicios preventivos, acceso a la atención médica, prevención de accidentes y datos sociodemográficos y de condiciones de vida. La encuesta tiene alrededor de 80 preguntas cerradas. Las preguntas fueron formuladas personalmente a cada encuestado en un tiempo aproximado de 25 minutos.

El objetivo general de la investigación – acción cuyo proceso y resultados se presentan en este informe, fue elaborar un instrumento para la vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Argentina. Ya que en la Argentina, al igual que en muchos países de LA, el Sistema Nacional de Vigilancia<sup>11</sup> Epidemiológica ha sido diseñado teniendo en cuenta, sobre

---

<sup>10</sup> [http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones\\_28.pdf](http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones_28.pdf).

<sup>11</sup>Definición de Vigilancia: recolección de datos-análisis-interpretación, en forma sistemática y continua, para el planteamiento, implementación y evaluación de las intervenciones en salud pública.

todo, las enfermedades transmisibles (Programa VIGI+A, implementado por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, con financiamiento externo) ;no habiéndose consolidado aún el de las ENT (se formó una comisión de Enfermedades No Transmisibles –en el marco del Programa VIGI+A- el cual definió un plan estratégico para hacer frente a la situación).

Actualmente la única fuente que tenemos para conocer los principales problemas relacionados con las ENT es a través de las defunciones.

Existen algunos estudios relacionados con Factores de riesgo y ENT, tanto a nivel local como a nivel nacional, que si bien representan un gran adelanto en el conocimiento del campo clínico tiene limitaciones para la toma de decisiones sanitarias. Dentro de las principales limitaciones se pueden mencionar: que no son representativos de la población general, que no siempre han usado definiciones estándares o validadas y que la mayoría no ha sido planeado en forma periódica, nuevamente se presente, en este trabajo, la dificultad de trabajar para el relevamiento epidemiológico, sin definiciones estándares sobre estos padecimientos. Este punto lo retomaremos en capítulos posteriores cuando analicemos los saberes médicos sobre la obesidad, y podamos ver claramente que no sólo a nivel internacional no existe una definición estándar de obesidad, sino también al interior de nuestro propio sistema sanitario, no existe consenso sobre como pensar la obesidad y menos aún, en las prácticas.

La Dirección de epidemiología desarrolla los procesos de vigilancia en salud pública. A nivel departamental se recoge y consolida la información de los municipios del departamento, se analiza el comportamiento de los diferentes eventos y se envía la información al nivel inmediato superior. Salvo por algunas excepciones no existe un sistema de vigilancia para ENT para ninguno de los niveles –nacional, provincial o local- Esta encuesta tuvo como objetivos específicos:

- a) Realizar una adaptación transcultural del instrumento de vigilancia de ENT propuesto por el Programa de Enfermedades No Comunicables de la división de prevención y Control de Enfermedades de la OPS. creando la primera versión argentina de la encuesta de FR.

- b) Evaluar la confiabilidad y validez del instrumento producido por el proceso de adaptación transcultural;
- c) Diseñar y poner a prueba un operativo logístico para la aplicación de una encuesta de factores de riesgo en la Provincia de tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur.
- d) Diseñar, implementar y evaluar una estrategia comunicacional para sensibilizar a la población y a los actores sociales y políticos locales acerca de la relevancia de la encuesta de factores de riesgo, garantizar la aceptabilidad de la encuesta y transmitir contenidos de promoción y prevención de las ENT.

Como se dijo, uno de los principales objetivos fue adaptar transculturalmente el instrumento de vigilancia de ENT propuesto por la Organización Panamericana de la Salud. Éste instrumento de vigilancia propuesto por la OPS consta de 14 secciones, entre las cuales, encontramos más relevantes señalar para nosotros, “alimentación” “conocimientos sobre peso corporal” “cobertura y acceso a la atención médica” “diabetes mellitus”...

La adaptación transcultural tuvo dos estrategias. En primer lugar, la revisión del instrumento de OPS y, en segundo lugar, una prueba de campo de la versión revisada del instrumento de la OPS. El producto de estas dos estrategias fue la primera versión argentina de la encuesta de factores de riesgo. El objetivo fue explorar la validez de forma, la equivalencia conceptual, la interpretabilidad y la aceptabilidad de la primera versión argentina de la encuesta de factores de riesgo. Se validó esta primera versión en la Provincia de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur, una vez adaptada transculturalmente. Población de estudio: hombres y mujeres de 18 a 65 años. Siguiendo patrones cartográficos de la Provincia proporcionados y ya utilizados en otras ocasiones por el INDEC.

La validez de constructo se refiere a la comparación entre los resultados obtenidos a través del instrumento y aquellos que teóricamente habrían de esperarse a partir de hipótesis derivadas del marco teórico utilizado.

Según los investigadores los resultados fueron:

En cuanto a la evaluación de validez de constructo del instrumento, consistentes con las hipótesis de trabajo planteadas, lo cual aporta información útil sobre los factores

de riesgo medidos con este instrumento. Para la población analizada, las diferentes secciones del instrumento tuvieron un funcionamiento adecuado, comportándose como una herramienta válida para la medición de los conceptos abordados.

La decisión del Ministerio de Salud de la Nación de adaptar transculturalmente el instrumento y ponerlo a prueba resultó ser una estrategia factible y apropiada. Desde la primera versión de OPS hasta la versión aplicada en el proceso de validación se introdujeron cambios significativos con respecto a las variables a medir, los fraseos de las preguntas y las escalas de medición.

Dada la urgencia de nuestro país por contar con información poblacional sobre los factores de riesgo de ENT y visto que los resultados y la validación no mostraron diferencias significativas por sexo, edad y nivel educativo en esta población, se puede afirmar que el instrumento probado está en condiciones de ser utilizado para relevamientos similares en otras jurisdicciones del país. La validación de un instrumento debe ser entendida como un proceso continuo en el cual cada medición permite ajustar y mejorar el instrumento.

La incorporación de una carta firmada por el Ministro de Salud de la Nación<sup>12</sup> enviada por correo a los hogares seleccionados fue positivamente recepcionada por la población. Esta carta fue valorada como un gesto de compromiso personalizado del Estado para con la población fueguina y sus problemas de salud y calidad de vida y favoreció el acceso a los hogares de los encuestadores.

La decisión de involucrar a los funcionarios de la provincia en las acciones comunicacionales y a los comunicadores sociales locales en el diseño de la estrategia comunicacional fue clave para ajustar los materiales de difusión y sostener la presencia de la encuesta en la agenda pública de la provincia. Asimismo, la elaboración de un material informativo dirigido a los comunicadores sociales sobre

---

<sup>12</sup> Artículo Diario La Nación (4/11/03) Al respecto del lanzamiento de la encuesta nacional de factores de riesgo, el actual Ministro de Salud Ginés Gonzáles García explicó: "El objetivo de la cartera sanitaria reside en recaudar datos confiables referidos a ciertos indicadores de salud que constituyen un riesgo para el desarrollo de patologías cardiovasculares y tumores. Estos males representan respectivamente, el 35 por ciento y el 20 por ciento de los decesos totales en el país. Y además su impacto sobre la calidad de vida de la población resulta cada vez mayor. Actualmente, las defunciones constituyen la única manera que tenemos para conocer las principales afecciones de nuestra población, en cuanto a las enfermedades no transmisibles. No hay datos fidedignos sobre los factores de riesgo a los que se atribuye el 50% de la mortalidad. Este sondeo nos dará una herramienta útil para su diagnóstico y monitoreo. Y para planificar y evaluar políticas de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades no transmisibles".

aspectos conceptuales de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo así como sobre los aspectos logísticos del trabajo de campo, la muestra y los contenidos del instrumento contribuyeron a la producción de noticias complementarias con información precisa, relevante y correcta.

Según el informe, la vigilancia en salud pública de las enfermedades crónicas no transmisibles requiere la participación de diferentes sectores de la administración pública, del sector privado y de la sociedad civil en la solución de los problemas que afronta.

La OMS propone un modelo progresivo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que considera tres momentos:

1. vigilancia del pasado, a través del análisis de la mortalidad
2. vigilancia del presente, que registra enfermedades
3. vigilancia del futuro, que se concentra en los factores de riesgo

En el *Informe sobre la salud en el mundo 2002* publicado por la OMS se menciona que diez factores<sup>13</sup> de riesgo son responsables de la tercera parte de la mortalidad mundial. Estos factores de riesgo son diferentes según la región. En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, los principales son el alcoholismo, la hipertensión arterial, el tabaco, **la obesidad**, la hipercolesterolemia y la dieta inadecuada. Habitualmente ocurre que existe interacción entre varios factores de riesgo y eso aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos.

Ya refiriéndonos más específicamente a investigaciones realizadas con un enfoque antropológico sobre la salud, no podemos dejar de señalar como antecedente obligado el trabajo realizado por Eduardo L. Menéndez y Renée Di Pardo: “De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización” (Ediciones CIESAS-Cuadernos de la Casa Chata – 1996). Los autores en este trabajo presentan y analizan material etnográfico referido a representaciones y prácticas que grupos de médicos, paramédicos y otros agentes sociales y sanitarios tienen respecto

---

<sup>13</sup> Factor de Riesgo: es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento de la probabilidad de desarrollar un proceso mórbido. Hay que diferenciar entre los FR que tienen que ver fundamentalmente con el individuo y son predominantemente biológicos y aquellos de la comunidad y el ambiente.

del alcoholismo en el Sistema Sanitario de México. Realizan una aproximación al estudio del saber de estos agentes básicamente antropológica, tratando de obtener la visión que tienen de su trabajo sobre el alcoholismo, el alcohólico y el alcoholizado, principalmente en su trabajo en el Primer Nivel de Atención a la Salud. Siendo, como en mi investigación, la categoría principal de estudio el “saber médico”<sup>14</sup>, entendido como:

“REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS TÉCNICAS CONSTITUIDAS A PARTIR DE SUS GRUPOS DE SOCIALIZACIÓN Y ACCION PROFESIONAL.

**Consideramos que el saber médico necesita producir representaciones y prácticas técnico-ideológicas, a partir del rol técnico que necesita representar el médico. Su intervención profesional requiere de la legitimación técnica diferenciadora y establecimiento de un campo común de reconocimiento y de acción con los pacientes.**

Este proceso dual se expresará en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de todos los pasos básicos del trabajo médico. Es decir, su diagnóstico, el uso de determinados indicadores o el manejo de criterios de curación constituyen una estructuración de representaciones y prácticas, que es imprescindible no solamente para pensar e intervenir sobre la enfermedad sino, sobre todo, para tratar al enfermo. Es el comportamiento de rol el que redefinirá como técnicas una parte de las representaciones sociales colectivas (Menéndez, E y R. Di Pardo 1996: 54) (negritas mías)

Los objetivos de la investigación llevada a cabo fueron:

Describir el saber médico respecto a un problema específico: el alcoholismo, tal como es observado en grupos de médicos, pasantes e internos que trabajan en el primer nivel de atención. Establecer características diferenciales que se observan en cada grupo, y la presencia de rasgos comunes. Analizan el saber médico a partir de las representaciones y prácticas de cada uno de los grupos, para luego observar si existe una estructuración general. El saber de los conjuntos, se refiere a un mayor nivel de

---

<sup>14</sup> Este trabajo representó para mi investigación un marco de contención y justificación de mi labor como investigadora. Ya que nos proveyó de una categoría teórica, como es la de “saber médico”, que antes se definía y que en los próximos capítulos se intentará poner en diálogo con la información del trabajo de campo, tensionarla con los datos y poder pensarla aplicada a otros padecimientos que no son el “alcoholismo”, sino “la obesidad”.

abstracción constituido por el MMH. Esta categoría teórica, tan importante para los que nos dedicamos al estudio del proceso salud-enfermedad-atención será definida en el capítulo dedicado a los referentes teóricos que orientaron nuestra investigación.

Con la información obtenida trataron de cubrir los siguientes aspectos: reconocimiento de los principales problemas de la comunidad o de la población según el profesional y la comunidad a partir de la percepción del médico; reconocimiento de los principales problemas de salud del área; reconocimiento del alcoholismo como problema en el área o en la población, definición de alcoholismo; clasificaciones y tipologías médicas de este padecimiento; criterios utilizados para detectar y diagnosticar; formas de detección en la consulta; número de personas detectadas o diagnosticadas con problemas en el uso y consumo de bebida alcohólica; síntomas y signos orgánicos, psicológicos, físicos y sociales utilizados para hacer el diagnóstico; características del sujeto con problemas de alcoholismo; principales problemas para establecer el diagnóstico; tipos de tratamiento específicos que conocen y utiliza; lugares y mecanismos de canalización de pacientes con problemas de alcoholismo; relación y opinión sobre los grupos de AA o similares; resultado de los tratamientos aplicados; criterios de curación que utiliza y expectativas de durabilidad; actividades antialcohólicas llevadas a cabo en los servicios donde trabaja; problemas que limitan la eficacia del tratamiento; soluciones técnicas aplicadas al alcoholismo; adiestramiento específico recibido a nivel de pregrado y posgrado; conocimiento y uso de tratamientos populares; opinión sobre las tendencias del consumo, causas del alcoholismo a nivel general, en la comunidad y a nivel de los pacientes que ha tratado; características económicas y socioculturales de las personas de la comunidad con problemas de alcoholismo; percepción del padecimiento por la comunidad o por la población que atiende; causalidad del alcoholismo según la población [...] existencia de recursos comunitarios y existencia de formas de participación social contra el alcoholismo[...] Esta matriz se amplió o se adecuó según cada uno de los grupos e instituciones, pero en todos los casos los puntos enumerados constituyeron la base para obtener información (et.al: 68)

El trabajo etnográfico consistió en la descripción de cada grupo de médicos, pasantes e internos a partir de sus representaciones y prácticas respecto del alcoholismo, al alcohólico y al alcoholizado, de su propia comunidad y su trabajo profesional. “Uno de

nuestros objetivos es encontrar en el saber de cada grupo la producción y la reproducción diferencial de un saber dominante. El supuesto teórico de la existencia de este proceso reproductivo es lo que fundamenta la utilización de esta metodología”  
Motivo de selección de la población de estudio: “estos grupos se seleccionaron porque las organizaciones salubristas nacionales e internacionales consideran que el primer nivel de atención es el decisivo para impulsar actividades de atención primaria (AP) enfocadas a combatir el alcoholismo” (et.al: 20)

La metodología utilizada para la obtención de la información, es más de corte cuantitativo, por la utilización de encuestas y entrevistas pre estructuradas, lo cual represente una importante diferencia con nuestro trabajo, si bien la el objeto de estudio “el saber médico”, en este caso sobre el alcoholismo, en el mio sobre la obesidad si están en clara relación, y ambos casos la información es tratada desde un abordaje cualitativo. En palabras de los autores del libro:

“Aún cuando en esta investigación se obtuvo información cuantificable, el manejo metodológico dominante se dio en términos cualitativos. En este trabajo no tenemos demasiada preocupación por la significación estadística de los datos obtenidos, sino por su sentido cualitativo para producir interpretaciones acerca de los problemas planteados.

No es que no nos interese la confirmación estadística, pero a los efectos de esta investigación nos preocupa mucho más la calidad, sentido, significación y pertinencia, así como la forma en que captamos por lo menos una parte de la información”. (et.al :64)

La obtención de la información de campo, en el trabajo de Menéndez y Di Pardo, se llevó a cabo entre 1981 y 1982. En el transcurso del trabajo de campo se entrevistaron a 49 individuos pertenecientes a tres grupos y se encuestaron a 136, organizados en 6 grupos. Además se entrevistaron a 20 informantes claves. Se trabajó tanto con grupos de la Salud Pública como con profesionales de la salud del ámbito privado.

La información se obtuvo a través de encuestas y entrevistas pre-estructuradas aplicadas a nivel individual en cada uno de los grupos seleccionados. Se aplicaron

también entrevistas a informantes clave, también se realizaron observaciones<sup>15</sup> en los consultorios oficiales y privados y a nivel de la vida comunitaria

Las respuestas de los médicos constituyen, para los investigadores, la expresión de un conjunto organizado a partir de la unidad donde trabajan, de la institución a la que pertenecen, del universo de pacientes comunes, del área de intervención y de la vinculación con otros grupos de profesionales. La investigación que realicé no pone el énfasis metodológico en la obtención de información generalizable a partir de una muestra representativa. Incluso si estas respuestas se presentan contradictorias con las prácticas observadas, estas incongruencias, son para los autores, expresiones de parte de la racionalidad del saber médico. Para los sujetos de la investigación “el alcoholismo es curable”, esto se da por la identificación con el MMH (Modelo Médico Hegemónico) con el acto curativo. En las prácticas no los curan, los medican, le dan indicaciones, le sacan la borrachera. Por ello, por encontrarse en conflicto con la identificación con el MMH, también, para la justificación de la no-curación, el saber médico deposita en las características del paciente gran parte de las dificultades en continuar el tratamiento antialcohólico y del reducido éxito terapéutico.

También el trabajo Discursos en colisión: **“Brechas y comunicacionales entre médicos y pacientes y el problema del incumplimiento en los tratamientos diabetológicos”** cuya autora Saslavski y, L. I. Sinay (médico Jefe del Centro de Endocrinología y Metabolismo del Hospital francés Bs. As), Mario A. Rabey (antropólogo)<sup>16</sup> Analizan las aparentes “contradicciones” en el hacer y pensar dentro de los tratamientos de otra de las ECNT, de la cual, la obesidad constituye, como antes se señalaba, un *factor de riesgo*, la diabetes. Los autores nos dicen:

“No hay separación entre **pensar** y **hacer**: porque nuestras observaciones en el campo han puesto de manifiesto que las diferencias entre lo que se dice que se hace y lo que se hace efectivamente, ni muestran contradicción entre representaciones y prácticas, sino tensiones inherentes a los modos de construcción de los discursos implicados.” (1994: 54)

---

<sup>15</sup> La observación en el lugar de trabajo, posibilita no sólo la entrevista sino también la observación de la dinámica general del servicio, incluida la relación médico paciente (75)

<sup>16</sup> Cuadernos Médicos Sociales Nº 69 Año 1994 CESS (Centro de Estudios Sanitarios y Sociales) Asociación Médica de Rosario.

Este trabajo presenta en muchos aspectos, similitudes con la investigación que se presenta en este informe de tesis, ya que constituye un trabajo etnográfico (llevado a cabo en el Hospital Francés de Buenos Aires) con carácter exploratorio, que se realizó a través de observaciones en la consulta del “diabetólogo” y entrevistas a enfermos que concurrían a sus controles habituales o de urgencia –también los investigadores, en este espacio permitieron que los profesionales definan el rol y objetivo de la presencia del antropólogo en la consulta- “No se usó metodología estadística porque se trataba de un trabajo exploratorio en el que se utilizaron métodos etnográficos”. Esta investigación realizada sobre la relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes ante la “queja” de los diabetólogos sobre el incumplimiento de los tratamientos por parte de los pacientes, “Trasgresión”, “Inobservancia” “Incumplimiento” “Inadaptación” “no adherencia” son palabras frecuentemente utilizadas por los diabetólogos para describir comportamientos de sus pacientes diabéticos. Atribución de “una culpa” “una falta” del paciente. Las conductas trasgresoras caen fuera del campo médico y suelen ser relacionadas con factores socioculturales. A su entender la cultura del paciente es un obstáculo a las conductas de adhesión. Se crea un “agujero” en la comunicación entre el médico y el enfermo.

Los autores señalan que una de los elementos que lleva a los médicos a pensar a este “irresponsabilidad” debida a la “cultura” del paciente <sup>17</sup>es que los médicos poseen una concepción antropológica tradicional de la cultura como estructurante de las prácticas sociales que ha sido recientemente criticada por autores como Giddens, Rosaldo, Turner... De esta idea es tributaria la noción fosteriana de los aspectos tradicionales del comportamiento cultural como obstáculo al progreso y al cambio de gran influencia entre los profesionales no antropólogos. (et.al: 48).

El enfermo se ve impedido por su *background* cultural de seguir los consejos de su médico porque no puede asimilar los cambios que en su vida cotidiana implican las nuevas conductas propuestas, por ejemplo para modificar los hábitos alimentarios (Foster 1978 en Saslavski y Sinai 1994) A esto debe sumarse que los diabéticos no insulino dependientes, suelen ser pacientes asintomáticos, que no registran señales de

---

<sup>17</sup> El hecho de que existan diferentes maneras de concebir las estrategias para lograr constantes biológicas (equilibrio glucémico) constituye una de las razones más importantes en las conductas de incumplimiento.

peligro ni reconocen los riesgos tal y como lo hacen los médicos tratantes, por lo que tienen grandes dificultades para asumir su condición de enfermos crónicos y para ajustarse a un régimen de vida particularmente restrictivo.

Sobre un terreno genético predisponente se superponen complejos factores psicológicos y socioculturales que participan tanto del origen de la diabetes como de las dificultades inherentes a su tratamiento.

La mejor calidad de vida, cuya función de proveer sienten los diabetólogos como propia debe, entonces, enseñarse y aprenderse. En este discurso enmudecen, sin embargo, las voces que hablan de otros modos de vivir, de otras concepciones sobre la calidad de vida, de las posibilidades reales y concretas del enfermo [...] el discurso médico no habilita a los profesionales para reconocer la utilidad de otros discursos en el tratamiento diabetológico ya que ellos creen en la existencia de **un** diabetólogo uniforme y unívoco. (et.al: 49)

El enfermo se transforma, a la vez, en aliado y alumno, sin participación real en decisiones que afectarán su vida. Médico: objetivo primordial es el equilibrio glucémico y si bien éste no debe ser descuidado, cae en el agujero negro, en una brecha comunicacional que les oculta valores culturales comunes producidos por los interlocutores. El médico, en este caso especialista en diabetes, pero podemos pensarlo en los médicos que formaron parte de nuestro trabajo, suman a su rol no solo la función de curar sino la de educar al paciente. Su objetivo primordial es modificar comportamientos o hábitos de vida. Objetivo similar al de los nutricionistas, en nuestra problemática específica. Pero bien, los autores nos alertan de que este rol de médico educador que se espera que cumplan, no siempre va acompañado por una formación adecuada a tal fin.

Este trabajo al igual que el mío pretende ser un abordaje antropológico al problema de la diabetes, en mi caso de la obesidad. Uno de los objetivos de los investigadores era construir un modelo enriquecido de esta enfermedad incorporándole estos factores culturales que, lejos de ser obstáculos, constituyen el nudo de la comunicación entre médicos y pacientes (et.al 50)

A pesar del nombre de la institución, estos enfermos no son de nacionalidad francesa y no existen comunidades étnicas ni culturalmente distintas a la población urbana de Bs. As y alrededores. Los diabetólogos de este Hospital consideraron que existían razones

socio-culturales que explicaban las conductas de no adherencia de sus pacientes y que un antropólogo podía aportarles los conocimientos sobre el obstáculo cultural que determina, a su modo de ver, un “agujero” “un espacio” en la comunicación [...] la tarea de la antropóloga no era la de obturar ese agujero ni tampoco de ampliar los saberes oficiales, sino la de conocer y hacer conocer a los actores los modos de construcción de saberes en el momento de la comunicación y en el lugar de la consulta.

Los enfermos nos plantearon la paradoja de sentirse más enfermos si están cerca de los médicos y si siguen sus indicaciones.

La enfermedad implica la paradoja de necesitar y tener en demasía lo que no se puede utilizar, paradoja que los médicos inscriben en las conductas de omnipotencia trasgresora de los pacientes y que los enfermos expresan en la impotencia de controlar sus glucemias.

Los autores concluyen que el drama de la diabetes se construye en un entramado vital tejido por actores que voluntariamente o no, negocian sus posibilidades en escenarios diferentes que siempre remiten a otras escenas jugadas en otros contextos. Los pacientes narran – o intentan hacerlo- lo que sucede en sus vidas cotidianamente. Los diabetólogos escuchan a sus pacientes, pero sólo oyen y narran, a su vez, diabetes-logo oficial.

Las “frustraciones” de los diabetólogos, también pueden pensarse en los nutricionistas o médicos generalistas que deben tratar, en Atención Primaria para la Salud, con pacientes diabéticos por el Plan nacional de Prevención de la diabetes. Ya que ambas, tanto la diabetes como la obesidad, necesitan el cambio de hábitos de vida para mantener la calidad de vida, y en ambos tratamientos existen altos niveles de “fracaso” podemos pensar en la formación de los profesionales, su práctica que piensa en los valores creados en interacción. También en la obesidad, existen, por parte de los profesionales un “reproche” u “culpabilización” al paciente, que adquiere en cierto modo un valor ético, moral.

Dentro de nuestra disciplina también, y complementando el recorrido por investigaciones realizadas con anterioridad a la nuestra, pero en íntima relación por el

tipo de problemática que trabajan, reseñamos a continuación un excelente trabajo de la Antropóloga Patricia Aguirre<sup>18</sup>.

Este trabajo representa un aporte invaluable, ya que se focaliza principalmente en los hábitos alimentarios de la población del AMBA, gracias a un intenso trabajo etnográfico de hogar en hogar, ámbito de suma importancia para abordar la “cuestión alimentaria”. Si bien la población que concurre al Centro de Salud en el cual se trabajó, no es del AMBA, sino de Rosario, muchas cuestiones que la autora señala sobre los “modos de alimentarse” nos sirvieron como guía para las preguntas que realizábamos a los sujetos que recurrían al Centro, que en su mayoría viven en un contexto de pobreza. El “descuido” de la investigación intensiva sobre los “pacientes”, fue debido a las limitaciones temporales para este trabajo y la falta de recursos humanos para realizar tan gran tarea etnográfica. Nos focalizamos en uno de los polos de la relación sistema sanitario-paciente, sin embargo no se descarta que en próximos etapas de investigación realizar un estudio de los modos de alimentarse.

Este libro es el producto de una investigación de 15 años que abarca los diferentes aspectos de la Seguridad Alimentaria<sup>19</sup> en el Área metropolitana Bonaerense (AMBA) que fue presentada como Tesis Doctoral en la Carrera de Antropología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en 1998 siendo defendida en el 2000.

Si bien la autora en este libro señala, que por cuestiones de espacio suprimió los antecedentes, la discusión teórica y los desarrollos metodológicos, podemos retomar, después de la lectura del mismo, algunos de estos pasos de la investigación.

La hipótesis principal de este trabajo es:

Que las estrategias domésticas de consumo pueden moderar la crisis alimentaria pero de ninguna manera superarla, y las diferentes **formas de malnutrición** que se manifiestan como desnutrición y obesidad, no son de ninguna manera resultado de estrategias fallidas sino el resultado esperable de estrategias exitosas que muestran de esta manera sus límites

---

<sup>18</sup> Título: “Estrategias de consumo: Qué comen los argentinos que comen” Edit. Miño y Dávila/Ciepp. 2005. Bs.As. Argentina

<sup>19</sup> La autora define a la Seguridad Alimentaria como: derecho de todas las personas a tener una alimentación cultural y nutricionalmente adecuada. Siempre depende del acceso a los recursos materiales y simbólicos de la sociedad.

Estrategias domésticas: La autora define este concepto nodular en su trabajo como: haces de prácticas y representaciones que se evidencian en los resultados de las acciones de las familias. Ante un rango limitado de alternativas disponibles, restricciones paramétricas de los hogares, las que son propias por su inserción social. Éstas constituyen prácticas y representaciones que ponen en funcionamiento recursos domésticos y extradomésticos posibles de movilizar. Probadas por ensayo y error en la vida cotidiana –acciones de la generación anterior- reiteradas y adaptadas. Esta recurrencia es precisamente lo que permite al investigador reconstruirlas. Son prácticas y representaciones que se desarrollan en el tiempo largo del ciclo de vida. Son esquemas subyacentes. Tienden a obtener satisfactores en la alimentación. La comida no puede ser vista sólo en sus aspectos nutricionales, como cobertura de una necesidad biológica, sino que abarca toda la vasta gama de usos: como principios de incorporación, saciedad simbólica, placer, identificación y diferenciación (entre sectores, edades y géneros), usos rituales de los tiempos, formatos, preparaciones. Estas estrategias son acordadas a nivel de los **agregados domésticos, no de los individuos. Si bien la autora señala que** obvio el individualismo metodológico de la teoría de la elección racional, y gracias a esto pudo recuperar para el análisis las prácticas que de otra manera podrían considerarse “suicidas”, como los casos donde la reproducción de la familia en el largo plazo se hace a expensas del deterioro de algunos de sus miembros. En este sentido nos separamos de los estudiosos europeos siguiendo la tradición académica latinoamericana. Sin embargo queda por resolver cómo es que los sujetos con sus conductas, que consideran a veces tan personales, ponen en acto regularidades grupales que los atraviesan. Para explicar este fenómeno, la investigadora recurre a la teoría de Pierre Bourdieu, el cual en su libro “La Distinción” postula el concepto de “habitus” como una “estructura estructurante, sistema de disposiciones interiorizadas para percibir, actuar, valorar, sentir y pensar de una determinada manera, que han sido internalizadas por los actores en el curso de su historia y que funcionan como principios generadores y organizadores de sus prácticas y representaciones”. Estas disposiciones que relevamos entre otras cosas como propensión a ciertos y no otros consumos alimentarios, son el producto de la historia individual del actor modeladas en la experiencia formadora de la primera infancia

dentro de una familia con su particular posición social y en posesión de cierto capital, tanto material como simbólico.

Respecto a la cuestionable idea de elección estamos hablando de cursos de acción cuyos resultados advierten una direccionalidad esperable.

Las familias seleccionan cursos de acción en base a la información (siempre incompleta) que poseen, tratando de disponer sus recursos de manera de cumplir sus fines para el largo plazo como “jugadas” lúdicas. Este es el significado de la idea de elección: una selección de alternativas basada en una evaluación de los costos y beneficios a largo plazo de las acciones posibles con la información disponible. No es una elección entre posibilidades infinitas, tampoco es una dependencia ciega.

La autora admite que existe una conciencia limitada se está negando de plano que los hogares actúen inconscientemente, ya sea por problemas psicológicos o por sobredeterminaciones de estructura. No niega ni el *actino out* de los neuróticos, ni los condicionamientos sociales, pero entre la neurosis y la estructura social hay posibilidades para una conciencia limitada.

Probables cursos de acción dentro de un rango limitado de alternativas. Son las limitaciones que les impone su inserción social.

Los haces de prácticas y representaciones por la que todos los sectores llegan a construir su alimentación no son ajenas a la dinámica de distribución del capital (materia, humano y social) son solidarias con la estructura de distribución. Sin embargo, nos resistimos a considerarlas siempre y por principio adaptativas.

Las estrategias son consideradas como prácticas y representaciones y no como una entidad superior a ellas

Otro supuesto fuerte que atraviesa este trabajo es la convicción de que la gente no como lo que quiere ni lo que sabe, sino lo que puede. Por lo tanto hay que conocer las condiciones materiales, las representaciones que condicionan el acceso simbólico: los principios de inclusión, es decir, acceso material y simbólico. Es impensable la idea de que sólo las representaciones guían la elección de los alimentos. Pensamos que las representaciones simbólicas y las condiciones materiales se construyen en una dinámica interactuantes de transformación recíproca. No nos detendremos en las variables subjetivas sino que buscamos la construcción social del gusto.

En un área urbana donde los alimentos no se autoproducen sino que se compran, la elección estará más condicionada por el mercado masivo de alimentos y los ingresos de los compradores que por las costumbres culinarias de los hogares.

A partir de **“lo que se puede comer”** (el acceso) avanzaron en el terreno **“lo que hacemos para comer”** (las prácticas) y más tarde sobre **“lo que se sabe”** es decir sobre las representaciones acerca de la comida, el cuerpo y la comensalidad, representaciones que constituyen el sentido, las causas, el principio de incorporación que justifica la elección de los alimentos, las preparaciones y las formas de comer. Considera que no hay arbitrariedad o estructuras misteriosas de la mente humana que condicionen el consumo industrial-urbano-posmoderno-, sino que las diversas representaciones del consumo se hacen inteligibles, y también predecibles analizando las condiciones materiales en que se desarrolla la vida.

**Este trabajo enfoca la alimentación como un derecho y dentro de la estructura de derechos de nuestra sociedad, como seguridad alimentaria.**

En el nivel de los hogares, se estudiaron sus estrategias alimentarias: no en vano las principales prácticas pasar por la diversificación de los ingresos. Estudiando el comportamiento estratégico este trabajo intentó describir y analizar: qué come la gente que vive en Bs As, y por qué comen así y que consecuencias tiene que coman de esa manera, para ellos y para la sociedad del mañana.

Qué prácticas –expresadas como canasta de consumo diferenciales- realizan los hogares y en qué representaciones se apoyan los principios de incorporación de la alimentación de los distintos sectores de ingresos y qué consecuencias tiene para los hogares y para la sociedad que la alimentación de distintos sectores sea como es.

A éstas prácticas y representaciones las llamaremos estrategias domésticas de consumo.

La autora situó su análisis en el AMBA durante el último cuarto de siglo pasado. Para ello metodológicamente desarrolló dos tipos de análisis uno a **nivel macro**: desarrollando un análisis de la evolución de las principales variables que intervienen en el acceso basándose en fuentes secundarias. Para el análisis de las variables principales de la seguridad alimentaria a nivel macro, se utilizaron series temporales de 1975 a la fecha de datos provistos por fuentes secundarias oficiales (INDEC/SIEMPRO). Este análisis lo realiza para ahondar sobre las tendencias históricas del consumo en

diferentes sectores de ingresos (de acuerdo a los datos de las Encuestas de Gastos e Ingresos de los Hogares disponibles para el área)

A **nivel micro**, para la descripción análisis de las prácticas y representaciones que conforman las estrategias domésticas se realizaron estudios de casos durante los años 1989, 1991, 1995, 1997 y 2001 en el AMBA. De una primera selección de 1289 unidades domésticas provenientes de todos los sectores de ingresos se trabajó en profundidad con 164. Es decir, se utilizaron 5 estudios de casos partiendo de 5 muestreos teóricos en forma de bola de nieve, estratificados por ingresos.

Estos relevamientos a nivel micro se realizaron por medio de:

Encuestas y cuestionarios semi-estructurados. (composición del hogar, estructura del ingreso y del gasto y disponibilidad calórica del hogar) después con este corpus de información se seleccionaron los hogares que serían los “casos”, en todos los sectores de ingresos. En los casos se preguntó por el sentido de las elecciones: con entrevistas, juegos clasificatorios y recordatorios de la comida del día anterior.

Al procesar los datos: corte por ingresos: en tanto en un área urbana la capacidad de compra condiciona de manera fundamental la estrategia de consumo.

Instrumento dentro del instrumento: los alimentos trazadores definidos analíticamente se probaron empíricamente en el estudio de casos y demostraron ser un buen marcador del consumo de cada sector, cumpliendo funciones materiales y simbólicas.

Bourdieu, a través del concepto de *habitus*, ha teorizado sobre la articulación entre sujeto y estructura, pero el problema, según la autora, fue operacionalizar separando por frecuencias la aparición en el discurso de conceptos que pudieran ser designados como disposiciones interiorizadas.

“Las prácticas las reconstruimos a partir de los resultados, observables y mensurables, en cambio las representaciones debieron ser reconstruidas a través del análisis del discurso.” (39)

Se estudió por lo tanto, las prácticas de los hogares pobres, los mecanismos básicos de la organización de la vida social. Al describir las estrategias de los pobres, por un lado encontramos algunas comunes a todos los sectores, pero también encontraremos estrategias específicas de la pobreza.

Siguientes prácticas agrupamos después del estudio:

- Diversificación de fuentes del ingreso
- Diversificación de las fuentes de abastecimiento
- Manejo de la composición familiar.
- Auto-explotación.
- Hay una quinta que atraviesa todas las anteriores: la organización social extra familiar, que es en realidad un medio para ampliar o restringir la composición doméstica, diversificar los ingresos o el abastecimiento y soportar la autoexploración.

Con respecto a las representaciones asociadas a la elección de alimentos. Tres tipos de representaciones en tres sectores de ingresos.

Tres haces de representaciones:

1. las visiones acerca del propio cuerpo
2. de los alimentos que hay que comer para lograrlo
3. de las formas que debe adoptar la comensalidad.

Cuando utilizamos como metodología el análisis del discurso y también juegos clasificatorios con los miembros de los hogares que formaron nuestro estudio de casos a lo largo de los años, hemos encontrado datos empíricos que apoyan estas posturas teóricas en la síntesis de 3 representaciones del cuerpo que funcionan como principios de inclusión de 3 tipos de alimentos, que se organizan en 3 tipos de comensalidad, según las condiciones objetivas de vida (en capítulos anteriores las llamamos restricciones paramétricas, que se verifican fundamentalmente por la pertenencia a cierto sector de ingresos). Aunque los límites son difusos y ha sufrido cambios en el tiempo, podemos agruparlos y describir.

1. *Cuerpos fuertes-alimentos rendidores-comensalidad colectiva*: en los sectores de ingresos bajos, y pobres estructurales (4 primeros deciles de la distribución de ingresos en 2001)
2. *Cuerpos lindos-alimentos ricos-comensalidad familia*: en los sectores de ingresos medios, empobrecidos o no (4 deciles siguientes)

3. *Cuerpos sanos-alimentos Light-comensalidad individual*: en los sectores de ingresos medio-alto y altos (2 últimos deciles de la distribución de ingresos) (159).

Las representaciones se fundan en las condiciones objetivas en que desarrollan su vida los diferentes sectores de ingresos, son construcciones históricas que una vez establecidas tienden a reproducir las condiciones en las que se han desarrollado. Pero no son inamovibles. (159) Ej: 2001.

Estas constituyen verdaderos principios de inclusión. Estas estrategias están condicionadas por los cambios en el contexto en que desarrollan su acción, debemos volver al nivel macro y observar los cambios en la oferta y las respuestas del Estado en la última década. Para ello la autora realiza un análisis de las **políticas públicas**. Estudiando los fundamentos de los programas de asistencia alimentaria según sus planificadores, tanto como las visiones de la misma que tienen los sectores que la reciben y el modo en que las incluyen en sus estrategias de consumo. Pone el énfasis en estudiar lo que reciben como asistencia y lo pagan como impuestos cada vez que compran comida. Este capítulo del trabajo de Aguirre, resultó para nosotros una gran contribución para la comprensión de las políticas, o la falta de ellas, en materia de alimentación que se han venido desarrollando en nuestro país en las últimas décadas. Retomaremos este aporte en capítulos posteriores.

La autora comprueba que desde los planes y programas se refuerza, antes que compensar, el mismo patrón de ingesta des-balanceado ya existente, favoreciendo la cristalización de las carencias. Respecto de las representaciones comprobamos que favorecen procesos ideológicos de identificación intra-sector y estigmatización inter-sectores.

Se analizó los cambios en la comercialización y su impacto en las estrategias domésticas. Comprobamos que en el último lustro se han creado nichos de mercado, con los que la agroindustria capta y a la vez modela la demanda de cada sector de ingresos. Recién creado mercado de los pobres (segundas marcas o marcas de distribuidos)

Por las características que impone a los alimentos comercializados, este mercado refuerza las tendencias existentes al exceso de grasas, hidratos y azúcares que dan

forma al cuerpo bajo y gordo de los pobres urbanos, aún cuando permite bajar el precio y aumentar la calidad y seguridad biológica de los alimentos.(23)

Sin embargo conlleva un riesgo de otra especie: al disminuir la incidencia del circuito de abastecimiento informal, reduce los canales de provisión alternativos que en el pasado permitieron ampliar los consumos de los hogares pobres. Esto nos lleva a suponer que su incidencia contribuye a fragilizar las estrategias de los pobres, ya que sin las redes de abastecimiento paralelas del mercado informal, de ocurrir, por ejemplo, un nuevo “golpe de mercado” como la hiperinflación, los pobres quedarán más expuestos.

La accesibilidad a los alimentos, en un área urbana (donde la autoproducción está limitada por el espacio) depende en gran medida del mercado (a través de la capacidad de compra –la relación entre los precios de los alimentos y los ingresos de la población) y del Estado a través de las políticas públicas que inciden sobre precios e ingresos o actúan compensando su caída. (43)

De mucha utilidad para mi investigación, la autora revisa los conceptos de seguridad alimentaria (como un concepto político), estrategias familiares de vida (concepto académico) y patrón alimentario. También los componentes del acceso a los alimentos, al respecto la autora nos recalca que la crisis no pasa por la producción de alimentos sino porque estos sean accesibles, afirmamos que tal crisis no es nueva, sino que es la fase final de un proceso de deterioro de por lo menos 2 décadas. Es por ello que la profundidad temporal del estudio se remonta hasta 1975. Si bien es impensable que una crisis de tal magnitud no se exprese en un deterioro tal que termine instalándose como problemática de salud, también es impensable esperar que se traduzca literalmente arrojando, por ejemplo, el mismo porcentaje de desnutridos. Entre la economía, la clínica, las prácticas y representaciones de los agregados sociales imprimirán características diferenciales al sufrimiento.

El interrogante del cual parte es:

“¿Por qué si el 40% de la población del área tiene problemas de acceso a la alimentación, el deterioro se manifiesta en menos del 10% de los hogares? ¿Qué es lo

que está actuando en el nivel doméstico para que la crisis alimentaria no sea tan profunda como el análisis de las variables contextuales sugiere?

Nuestra respuesta provisoria fue que a nivel de los hogares actúan estrategias domésticas de consumo alimentario que moderaron la crisis; esto nos llevó a adquirir sobre sus características y consecuencias.”

Las cifras indicarían que los principales problemas nutricionales de la población infantil que concurre al sistema público no pasan por la desnutrición aguda, sino por la desnutrición crónica y el sobrepeso. (63)

Estos datos nos llevan a una pregunta fundamental. Si durante los diez años de convertibilidad se verificó una crisis de acceso que impactó en la seguridad alimentaria a nivel macro afectando a gran parte de la población del área ¿Por qué no registramos sus efectos, por ejemplo captando un aumento significativo en la cantidad de niños desnutridos?

La respuesta provisoria es que los agregados sociales no son pasivos, de manera que los hogares desplegaron estrategias domésticas de consumo alimentario que les permitieron moderar (aunque no superar) la crisis de acceso. Estas estrategias son el punto clave de la seguridad alimentaria de los hogares. (64)

A continuación reproduzco un cuadro esquemático que concentra las ideas y presupuestos principales del objeto de estudio del trabajo que reseño:

**Seguridad alimentaria**

Nivel macroeconómico	Nivel microsocioal
<p><b>Disponibilidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suficiencia</li> <li>• Estabilidad</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Sustentabilidad</li> </ul> <p style="text-align: right;">} } }</p>	<p><b>Estrategias de consumo</b></p> <p><b>Prácticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversificación de recursos</li> <li>• Diversificación del abasto</li> <li>• Manejo de la composición familiar</li> <li>• Autoexploración</li> </ul>
<p><b>Acceso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precios            Estado</li> <li>• Ingresos</li> <li>• Políticas        Mercado</li> <li>  Públicas</li> </ul>	<p><b>Representaciones</b> (principios de inclusión de los alimentos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idea de cuerpo</li> <li>• Idea de alimentos</li> <li>• Idea de comensalidad</li> </ul>

Para mi objeto de estudio, el saber médico sobre la obesidad, resulta de suma importancia las reflexiones que la autora realiza sobre las causas o etiología del sobrepeso y obesidad en contextos de pobreza. Señala que la población de los sectores de mayor ingreso tiene acceso a mayor variedad de alimentos; los valores de vitaminas y minerales superan las recomendaciones. La malnutrición de este grupo se relaciona con el exceso antes que con las carencias de nutrientes. Llama la atención el alto consumo de grasas totales y saturadas, lo que, en este sector de ingreso esta relacionado no solamente con el consumo de carne bovina y otros alimentos de origen animal, sino con el consumo de grasas hidrogenadas: galletitas, amasados de pastelería y lácteos industrializados. El colesterol presenta valores que superan los 300mg. El excesivo consumo de energía, grasas totales, grasas saturadas y colesterol se relaciona con la aparición de patologías crónicas: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. El calcio es el único nutriente deficitario en la población de mayores ingresos a partir de 1985 (101)

La ingesta calórica, aunque baja, en los comensales más pobres, está sostenida por hidratos de carbono y grasas, por lo que la masa corporal de este grupo no necesariamente debe disminuir e incluso puede aumentar, generando problemas de sobrepeso. Esto lleva a una falta de nutrientes que tiene consecuencias en los cuerpos aunque no se vean a simple vista, escondidas detrás de una masa corporal que permanece sostenida, por la composición energética de pan, fideos y papas.

Esta carencia de micronutrientes equivale a restricciones en la calidad de vida. Todas importan sufrimiento, con esta composición del consumo, las carencias quedan encubiertas, detrás del aporte de energía.

La desnutrición aguda es la desnutrición evidente, la que se ve por la masa corporal reducida para la edad, es la que busca paliar la asistencia social alimentaria y en general toda la política social. Sin embargo en estos análisis los consumos con su pobreza en nutrientes esenciales, aparece la malnutrición, desnutrición crónica o hambre silenciosa como problema principal (103)

Sin duda las carencias se expresarán en los cuerpos [...] el desnutrido crónico es también un desnutrido profundo, porque en la superficie puede tener un aspecto generoso, incluso puede estar gordo [...] sin embargo porta sus carencias en los huesos (calcio), en la sangre (hierro), en sus tejidos (vitaminas) y sus déficit se verán en la vida cotidiana como falta de fuerza, falta de capacidad de aprendizaje y vulnerabilidad a las enfermedades (104)

[...] mayor vulnerabilidad a las infecciones que podemos captar indirectamente en los requerimientos de atención médica del primer quintil. Efectivamente los pobres se enferman más, pero se atienden menos y se mueren más, al menos eso es lo que demuestran las encuestas de utilización de servicios (104)

Los hogares seleccionan entre un abanico de posibilidades aquellos alimentos que en el pasado probaron darles resultados para mantener su alimentación y que son baratos, llenan y gustan [...] si además no hay consecuencias visibles (no adelgazan, al contrario, son más gruesos que otros sectores) ¿por qué no habrían de persistir en el mismo camino)

Estas canastas son el “punto de llegada” de estrategias familiares que efectivamente “dan resultado” porque sus portadores tienen la “evidencia de su éxito” en la vida de

todos los días: comen y viven con sus ingresos todo el mes, están activos, pueden trabajar, tienen hijos que van a la escuela y se ven sanos.

Esa es a nuestro criterio la **doble trampa** en que cae la estrategia de consumo que muestran estas canastas: se ven sanos pero sus consumos denuncian el riesgo de una alimentación con deficiencias y no las más visibles como serían las deficiencias calóricas, sino ocultas. De manera que la estrategia puede verse como “exitosa” desde la evidencia de la vida cotidiana. La posibilidad de un sobrepeso sostenido por pan, fideos, papas y las grasas puede ocultar en la apariencia de estar comiendo en exceso, carencias de alimentos esenciales para la calidad de vida.

Solo con estudios epidemiológicos, que abrieran las enfermedades por categorías de ingresos, seríamos capaces de devolver a su matriz social lo que hasta ahora se contabiliza como problemáticas individuales, clínicas, de carencias de nutrientes por una “mala alimentación” (105)

Estas privaciones no se aparecen como delgadez, como sería esperable de alguien que deja de comer, antes bien, pueden aparecer como sobrepeso. Esto resulta paradójico al sentido común: una gorda puede ser desnutrida. (150)

Si algo denuncia el déficit de estas mujeres-madres-pobres gordas o no, es su “cansancio”, la “falta de ganas”. Esta “debilidad” (que también existe por supuesto) pero que, dado el nivel de carencias nos atreveríamos a referir principalmente a una alimentación deficiente en micronutrientes principalmente hierro como señalan los trabajos del Ministerio de Salud (Calvo, E., Longo, E., Aguirre, P. y Britos, S 2001 *Prevención de Anemia en Niños y Embarazadas en Argentina. Actualización para Equipos de Salud*. Ministerio de Salud, Bs.As)

### **La obesidad en la pobreza es precisamente uno de los problemas de salud pública in crescendo en el mundo**

En Argentina todavía los pobres comen; al revés de otros países latinoamericanos, se come mal (cultural y nutricionalmente hablando) pero se come.

Desde el sentido común “si los pobres son gordos, en realidad no necesitan” no “falta”. No olvidemos que, pese a la insistencia de los sanitaristas, en las representaciones populares no se problematiza la salud, se problematiza la enfermedad, de la misma

manera en la alimentación, el problema es la “falta”, el “exceso” es visto como beneficiosos (aunque enferme) (230)

La autora concluye que las diferentes formas de malnutrición en los hogares pobres no serían el resultado de estrategias “fallidas” sino la expresión de estrategias “exitosas” que con tal malnutrición muestran sus límites. La desnutrición crónica, la obesidad y las carencias de micro y macro nutrientes son el mejor resultado posible de las estrategias de la pobreza y las considerábamos resultados funcionales al desenvolvimiento de la vida social, económica y política del AMBA (274)

Estas estrategias muestran sus límites porque permiten una reproducción con baja calidad de vida. Estas prácticas y representaciones se han demostrado muy efectivas para superar crisis puntuales pero crean un círculo de subnutrición-subproducción.

En este trabajo, concluye Aguirre, “hemos analizado suficientes variables como para respondernos si las estrategias antes que condicionadas no están sobredeterminadas por el nivel e ingresos, inserción ocupacional, educación, acceso a medios masivos, acceso diferencial a mercados segmentados, y por las políticas alimentarias directas e indirectas del Estado” (281)

La reproducción limitada, la eternización de la situación de pobreza, están opacadas por el logro concreto de que toda la familia come todos los días. (282)

Numerosos investigadores han señalado como el sistema técnico-científico tiene respuestas para la malnutrición en sus formas clínicas individuales, y para todos los sectores tiene una oferta: atiende, controla, legitima, normaliza y medica. [...] Habiendo situado el problema en lo individual da respuestas individuales que refuerzan que los propios actores no incorporen el análisis de su problemática alimentaria como derivada del contexto social en que desarrollan su vida (282)

Sintetizando, si nuestro análisis ha sido certero, si estas estrategias son el mejor resultado posible dadas las restricciones que enfrentan los hogares pobres y si la desnutrición crónica y la obesidad son resultados funcionales al desenvolvimiento de la vida social; entonces, debemos esperar que éstas sean las formas que adoptará el hambre en los pobres del próximo siglo (283)

Quiero finalizar este capítulo incluyendo mi propia trayectoria de investigación en la temática y problemática de la obesidad. En el año 2004, realicé una experiencia de investigación y trabajo de campo, en el marco de la materia curricular Metodología – Orientación socio-cultural de la Lic. de Antropología de la Universidad Nacional de Rosario.

El problema el cual desarrollé en ese año fue:

“El saber profesional acerca de la obesidad en una Institución privada abocada a ofrecer planes de adelgazamiento en la ciudad de Rosario”.

La investigación se realizó en una Institución Privada de la Ciudad de Rosario, que ofrece planes de adelgazamiento intensivos a un determinado costo. La metodología utilizada se basó en estrategias propias de un abordaje cualitativo (entrevistas informales, formales, observaciones...) Y los actores sociales de estudio fue tanto los profesionales de esta institución, en especial los encargados de desarrollar las dinámicas en los “grupos” y algunos “participantes”. El objetivo principal en esta investigación fue la aproximación al “conocimiento profesional” que se tiene sobre la obesidad. Ahondar en el entendimiento de los supuestos y concepciones desde las cuales se realizan los accionares, las prácticas, los planes para lograr que una persona baje de peso.

Considero esta investigación como antecedente, debido a su importancia para el análisis interpretativo del material de esta investigación (2006) que reseñamos para pensar nuestro actual problema de investigación.

El análisis realizado en el año 2004 fue un intento de una tensión de las categorías nativas o tópicos extraídos, con concepciones teóricas, referente teórico, estado del arte, reflexiones teóricas y reflexiones producto de la propia experiencia del investigador. Ya se concibe a todo proceso etnográfico como

“[...] un juego dialéctico entre la teoría y los datos en el que aquella no sólo modela el análisis sino la forma en que los eventos sociales son percibidos y transformados en datos” (Emerson, R, R. Fretz y Shaw, L. 1995:26)

Él mismo permitió ir al nuevo lugar de trabajo (Centro de Salud Pública) con algunos conocimientos e “hipótesis provisionarias” que se “resignificaron” a la luz de

nuestra nueva problemática de investigación y cuyas reflexiones finales se presentan en los capítulos finales: Los programas de alimentación y nutrición que se “bajan” en el primer nivel de Atención Primaria de Salud, y el saber profesional<sup>20</sup> en la nueva unidad de estudio, como es un Centro de Salud Pública, dependiente de la Provincia de Santa Fe<sup>21</sup>, en la ciudad de Rosario, desde cierta perspectiva y con algunos ejes para poder comparar, ya que el nodo del problema “el saber profesional sobre la obesidad” fue el protagonista de la interpretación. Este análisis realizado constituye para la investigadora una experiencia y un referente para explicitar, y así no caer en un “ocultamiento” de los supuestos e hipótesis con las que se abordó el actual problema de investigación.

Brevemente señalo, los ejes “armados” en el análisis que antes citábamos:

---

<sup>20</sup> Entendiendo “saber profesional como: *un saber mediador en procesos políticos e ideológicos*” “contemplado como una forma de práctica es el producto de la relación dialéctica entre el profesional y la sociedad, e implica constantes ajustes microsociales puesto que debe articular un discurso disciplinar y una ética asociada a circunstancias mudables”. Analizar “la distancia que se produce entre los proyectos ideológicos de las disciplinas y su despliegue en forma de prácticas profesionales” (teoría y praxis) “En las sociedades industrializadas se dan procesos de profesionalización que implican la búsqueda del monopolio sobre determinados ámbitos del saber y ello no es la consecuencia puramente mecánica de la complejidad de los avances científicos [...] sino de estrategias generales y específicas de ajuste entre los profesionales y la política, y de estrategias específicas de penetración en el tejido social” . (Comelles 1996:175)

<sup>21</sup> Es importante este señalamiento de la dependencia del Centro de Salud de la Provincia de Santa fe (Área de Salud Zona VIII), ya que existen otros muchos Centros de Salud, pero que pertenecen a la jurisdicción de la Municipalidad de Rosario, es decir a otro nivel de administración y que por lo tanto en lo referente a la organización, delegación y asistencia difieren

❖ **“Medicalización” de la obesidad.**

A través de la reflexión, análisis, tensión de los registros se caracterizó lo que en ciertos participantes pudo ser tomado como un proceso de “medicalización” de sus concepciones de obesidad, de sus definiciones. No pensaban a la obesidad del mismo modo que la pensaban antes de ingresar a la Institución, antes de la “institucionalización”; “medicalización”: concepto en términos de Menéndez: como una apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/enfermedad. Y éste proceso aplicado a nuevas áreas del comportamiento social. (Él término adicción es equivalente al de enfermedad). La obesidad pasó de ser, para los actores, de una “tendencia” a una enfermedad, sin embargo, una enfermedad con carácter de “adicción”, quizá por su carácter compulsivo.

El proceso de “medicalización” se da gracias a un triduo de instancias: ENSEÑANZA / PRESCRIPCIÓN / APROPIACIÓN (Menéndez 1990).

❖ **“Auto controlar” la enfermedad de la obesidad: esto es llevado a cabo por un profesional.**

Al focalizar la atención en el modo en el cual los profesionales realizaban su praxis, en la Institución Privada, cómo estructuraron los grupos, cómo interactuaban con los participantes, de que modo transmitían su conocimiento “experto” (Giddens 2002) sobre la obesidad y también conocer cómo es este conocimiento, se analizó e interpretó que en muchas ocasiones los profesionales pedían a los participantes: “CONTROL” (tanto sobre los alimentos, como sobre las conductas hacia ellos) “ESTRATEGIAS” “PLANIFICACIÓN” “IDENTIFICACIÓN DE OBSTÁCULOS” “CUANTIFICACIÓN DE LAS ACCIONES” “NO PONER EXCUSAS” “OPERACIONES MENTALES” “PENSAR LOS ALIMENTOS EN RELACIÓN AL CONTENIDO CALÓRICO”.

Estas categorías que los profesionales observados intentaban aplicar y transmitir y que claramente forman parte de una estrategia, fueron analizadas a la luz de la concepción que Eduardo Menéndez nos da sobre los “curadores” que asumen la función curativa. Ésta función

“ha supuesto siempre la integración de otras funciones de control, normatización, (normatizar quiere decir proponer modelos controlados de conducta frente a la enfermedad, pero también respecto de la salud supone la inducción a practicar y concebir relaciones sociales con el propio cuerpo a partir de fundamentos médicos)” (E. Menéndez 1990:66)

La PLANIFICACIÓN de la “vida alimentaria” fue en la Institución uno de los pilares para llevar a “éxitos” los planes de adelgazamiento. La planificación es realizada y obligada como un “deber ser”. Ésta situación fue analizada e interpretada como un proceso de “individuación” que Merrill Singer (1990) nos definirá como un proceso de asignación de la responsabilidad por la salud y la enfermedad al individuo. Esta “herramienta” teórica, responde a la necesidad de un análisis crítico del impacto de la medicina capitalista en las vidas y estilos de vida. Se le asigna, se le obliga al sujeto obeso que se haga cargo de su cuidado. Sin atender a los propios estilos de vida, particulares. Estilos de vida que responden a un determinado contexto (ciudad de Rosario, ciudad que forma parte de un país sub-desarrollado que responde a un modo de producción capitalista transitando por procesos de globalización....) los sujetos obesos están insertos en una sociedad, una sociedad que promueve el consumo “descontrolado” mediante la publicidad, los medios de comunicación...consumo “desenfrenado”. Pensamos que por la inserción de estos sujetos en una sociedad que incita al consumo “descontrolado”, y a la vez en el contexto Institucional se les obliga a tener un “control” sobre su consumo de alimentos, ellos entablan una lucha, un conflicto que se les presenta, y ante el cual, como dijimos anteriormente, deben enfrentar individualmente.

### ❖ “Riesgos de la salud” ¿motor del cambio?

Retomando algunas cuestiones de la teoría de Giddens, éste proponía pensar la noción de riesgo con una importancia central en la sociedad que poco a poco se está desprendiendo del pasado, de las formas tradicionales de las cosas y se abre a un futuro problemático (Giddens 2002).

En contra del sentido común, el autor nos sorprende planteado que la preocupación por el riesgo no tiene nada que ver directamente con el predominio real de peligros. El perfil del riesgo, en éste caso, se refiere a riesgo físico, de la salud de los sujetos que se denominan “obesos”, es una parte constitutiva del pensamiento especializado. La interacción entre los “sistemas expertos”, en este caso de los profesionales de la Institución, y la “conducta no profesional”, proporciona el material a partir del cual se realiza el perfil del riesgo, éste influye en los estilos de vida seguidos por los sujetos, modifica sus hábitos, los hace hacer ejercicio, y pagar planes de adelgazamiento.

Como interpreten el riesgo depende de los cambios en los estilos de vida que hayan producido, sin embargo, el autor señala que un hábito una vez establecido en el estilo de vida es muy difícil de cambiar, porque probablemente esté integrado en otros aspectos de la conducta personal. Caso que de modo bien claro es atendible ante la presencia de las dificultades expresadas por los sujetos, para hacer una “dieta”, práctica que trae aparejada otras cuestiones relacionadas con otros aspectos de la vida de los participantes de la institución, emociones, dificultades laborales...

Para los profesionales el sujeto obeso posee conductas “irracionales” “descontroladas” que deben ser nuevamente normatizadas, por el mismo profesional; al respecto Giddens nos dice que ésta explicación tiende a resaltar y hacer mucho hincapié en los “componentes **aparentemente** irracionales de la acción”. Al respecto plantea otra explicación:

“Dado que las prácticas específicas están de ordinario vinculadas a un conjunto integrado de hábitos de estilo de vida, los individuos no evalúan siempre, o quizá casi nunca, los riesgos como elementos separados cada uno en su propio ámbito. Más que calcular las implicaciones de diversos segmentos de conducta arriesgada, la planificación de la vida da razón de un “paquete” de riesgos. En otras palabras la aceptación de la búsqueda de un determinado estilo de vida se considera parte del paquete general” (Giddens 2002:161)

El autor permite pensar que el sujeto evalúa, este “paquete” de riesgos y opta por renunciar a su modo de vida ante ellos o ignorarlos. Quizá esto da pie a concebir y dar sentido, un sentido que escape al “sentido común” a las acciones de los participantes de la institución, refiriéndonos a la situación de hacer el tratamiento y no adelgazar. Cómo entender que ante el conocimiento de los graves riesgos físicos el sujeto no decida hacerse responsable por su salud. Simplemente planteo la posibilidad de abrir nuevos caminos de interpretación a partir de ésta “lógica”.

Estas interpretaciones realizadas desde los registros de campo, conforman una interesante base de “constructos” que constituyen supuestos que fueron pensados para abordar la nueva problemática que nos convoca:

El saber profesional acerca de la obesidad en un Centro de Atención Primaria de la Salud Pública Provincial, en la ciudad de Rosario”

Este recorrido que realicé por algunos estudios sobre obesidad representa un intento de conocimiento del actual estado de la problemática que trabajé para el Proyecto de Investigación de Tesis. El estado que precedentemente desarrollé intentó dar cuenta de los “saberes” de los profesionales, actualmente sobre la obesidad, los modos de abordar el tema, el modo de poner en práctica los conocimientos sobre la obesidad que poseen, y claro está, los supuestos que subyacen a todas estas cuestiones. Sin embargo debo reconocer que no todos los saberes profesionales sobre la obesidad se han dado cita en este recorrido. Pero creemos que soportan la posibilidad y pertinencia de realizar un Proyecto de Investigación como el que me propuse realizar, a la vista de que no todo está dicho o claro sobre la obesidad y el modo de tratarla. Existen ciertos “agujeros negros” con respecto al conocimiento profesional de la obesidad por lo cual esta problemática se me presentó como un espacio “bisagra” a travesado por dimensiones sociales, políticas y económicas, que complejizan su abordaje.

## 5. Referencias Conceptuales

En la tradición etnográfica  
construir un conocimiento  
significa dar contenido concreto  
a los conceptos que se elaboran  
teóricamente.  
Significa establecer las  
relaciones no sólo entre conceptos  
“en abstracto”  
sino entre conceptos con contenidos  
derivados de un contexto histórico determinado,  
la localidad de estudio  
(Elsie Rockwell 1987)

A la hora de “elegir” referentes conceptuales, cuyo objetivo y razón de ser en una investigación es la posibilidad de tensionarlos, re formularlos... con mis “datos” he optado por incluir <sup>22</sup>aquellos, que podemos identificar como dentro de un área de la Antropología social, llamada “Antropología Médica” (con esa nomenclatura en EE.UU y Europa) o Antropología de la Salud para los países L.A. La misma tiene sus antecedentes en Argentina desde la década del 70, en autores como Eduardo Menéndez y Esther Hermitte.

A su vez, como toda corriente, los enfoques y maneras de concebir lo social en relación a la salud/enfermedad han ido variando históricamente, algunos enfoques descartados, otros reformulados y otros fuertemente criticados. Por lo tanto parece pertinente señalar, dentro de nuestro esquema conceptual, utilizado de referente teórico (no marco teórico, lo cual implicaría un grado menor de flexibilidad o inexistente en nuestras categorías teóricas con las cuales interpretamos nuestro material de campo) que concepción de Antropología y Salud se está pensando, y dentro de la cual situamos teóricamente a los referentes conceptuales.

---

<sup>22</sup> Nos parece importante señalar que este “marco conceptual” es primera construcción, que de ninguna manera concebimos como definitiva. Simplemente representa un esfuerzo por sistematizar aquellas categorías teóricas, continuamente revisadas, que nos permitieron pensar y abordar nuestra problemática.

Nancy Scheper – Hugues (1990) plantea en Norteamérica, una Antropología Médica Crítica, que trascienda una mera antropología de la medicina y se convierta como disciplina con un estandarte de lucha y crítica. Esta orientación crítica revierte la hostilidad que en la Antropología Médica se tenía sobre trabajos como los de Erving Goffman, M. Foucault...entre otros. Autores que han sido criticados por su supuesta concepción de los médicos como “carceleros”.

La autora plantea 3 proyectos para una Antropología Médica Crítica:

- 1) Reducir los parámetros de la eficacia médica, dejando los enfermos sociales y a la cura social en manos de los activistas políticos y a los enfermos espirituales y psicológicos – y otras formas del malestar existencial- junto a curadores espirituales y etnomédicos;
- 2) Desarrollar un discurso antropológico sobre las formas de curación problemáticas y no biológicas en términos de su propio marco de referencia (emic) centrado en el significado y en las alternativas posibles (en la literatura médica: terapias heterodoxas)
- 3) **Radicalizar el saber y la práctica de médicos, tomando (y usando) el hospital y la clínica -en el sentido amplio que Foucault le da al término- como locus de la revolución social. (Aunque contraste esta propuesta con el proyecto de desmedicalización)**

Según la autora, la Antropología Médica convencional sufre de varias limitaciones: una conceptualización restringida de las relaciones sociales y de poder; falta de atención a la estructuración política de los significados en la escena clínica y la cultura como ideología que puede enmascarar realidades humanas políticas y económicas; y finalmente, una aproximación de-socializada a la relación humano / ambiental y una medicalización de la propia Antropología, de vasto alcance.

**Sólo desde una perspectiva crítica se priorizará la penetración de los procesos y estructuras internacionales y nacionales; pero haciendo, también una comprensión pormenorizada de cualquier problema particular que demanda una exploración completa de actividades y patrón de lo microsocioal.**

Otra autora, que también incluyó dentro de esta corriente crítica hacia la Antropología Médica es Merrill Singer (1990), la cual plantea que los nuevos lineamientos para esta Antropología Médica Crítica van acompañados por el desarrollo de herramientas teórico – conceptuales, con capacidad para el análisis crítico, con

relación a la naturaleza, funcionamiento e impacto de la medicina capitalista en las vidas y en los estilos de vida:

- ✓ Privatización: la transformación clínica del conflicto social en patología individual.
- ✓ Reificación: este concepto es introducido por M. Taussig, el cual lo retoma de Lukács. Taussig entiende que la reificación “se sustenta en una analogía entre la estructura de la mercancía y la práctica médica. Puede entenderse por reificación la aceptación de la construcción clínica como un hecho físico. De acuerdo con Taussig, son los procesos de reificación los que permiten mantener la negación en cuanto a la facticidad de los hechos” (Valero, S 2002). También este autor realiza críticas al modelo médico, y críticas a la antropología médica convencional, nos dice que la medicina opera a partir de una forma de conocimiento que supone la negación del aspecto social y simbólico de la enfermedad. En términos de Taussig (Taussig 1995): “...la cosificación de las relaciones sociales involucra una distorsión colosal donde valores definitivamente políticos, ocultos bajo la apariencia de constructos técnicos, se mantienen inmunes a toda crítica, estampados bajo la autoridad del hecho científico duro e impenetrable...”.
- ✓ Individualización: asignación de la responsabilidad por la salud y la enfermedad al individuo.
- ✓ Desplazamiento de la etiología social: el desconocimiento clínico de las relaciones sociales como fuentes de patología.
- ✓ Hegemonía médica: construcción médica de conocimientos sociales y socio científicos.
- ✓ Medicalización: la absorción de espacios y conductas sociales dentro de la esfera de la medicina.
- ✓ Control social médico: rol de la medicina en el mantenimiento de la adhesión a las normas de conducta oficiales.
- ✓ Somatización: este concepto en relación con el comportamiento del paciente, como expresión de manifestaciones corporales de la alineación, el stress ocupacional, la pobreza, y la discriminación, la fragmentación social y experiencia similares afectadas por la denominación de enfermedad.

- ✓ Lucha social en la salud y la medicina: la vida social dentro y fuera de la clínica involucra la pugna entre individuos y grupos con intereses sociales conflictivos y con capacidad desigual para movilizar poder. (Singer, M 1990)

Nombrar estos conceptos que estos autores plantean, tiene su razón de citarlos en la relación íntima que existe entre ellos con mi con la problemática investigada. Concibo que esta introducción a los referentes específicos que tomo para armar las referencias teóricas, las cuales desarrollaré a continuación, es necesaria para: ubicar mis referentes, dentro de una perspectiva amplia, es decir dentro de un área que posee algunos supuestos específicos para interpretar la realidad. Esto responde al temor de caer en un eclecticismo de conceptos extraídos de distintos paradigmas epistemológicos; la perspectiva anterior y los referentes que a continuación se señalan poseen relaciones intrínsecas.

### **Referentes Conceptuales / Categorías teóricas:**

#### **SABER MEDICO- PROFESIONAL**

Principalmente tomamos esta categoría teórica de dos autores relacionados con la Antropología de la Salud, uno de ellos es COMELLES quien entiende al saber profesional como: “un saber mediador en procesos políticos e ideológicos”. Contemplado como una forma de práctica es el producto de la relación dialéctica entre el profesional y la sociedad, e implica constantes ajustes micro sociales puesto que debe articular un discurso disciplinar y una ética asociada a circunstancias mudables. Este autor nos propone analizar “las distancias que se producen entre los proyectos ideológicos de las disciplinas y su despliegue en forma de prácticas profesionales” (teoría y praxis), que en este trabajo es abordada como representaciones y prácticas del saber profesional-médico con respecto a la obesidad.

“En las sociedades industrializadas se dan procesos de profesionalización que implican la búsqueda del monopolio sobre determinados ámbitos del saber y ello no es la consecuencia puramente mecánica de la complejidad de los avances

científicos [...] sino de estrategias generales y específicas de ajuste entre los profesionales y la política, y de estrategias específicas de penetración en el tejido social” (Comelles 1996:175)

Muy cercana a esta concepción de saber profesional se encuentra las reflexiones teóricas de Eduardo Menéndez, sobre el saber médico.

Primeramente traeremos a colación las definiciones que de “saber” nos da éste autor. El saber incluye “las prácticas y representaciones sociales y técnicas a nivel de los conjuntos sociales y de los curadores (saber médico y saber popular)(1993 :76) Propone trabajar el saber médico en términos de representaciones técnicas constituidas a partir de sus grupos y acción profesional.

### **Sobre el concepto de representación:**

Los conceptos de representación y práctica básicamente han sido usados en términos socioculturales y referidos a conjuntos sociales. Uno de los creadores: Durkheim los utilizó también para describir y analizar el saber de algunos tipos de técnicos. (magos, sacerdotes...) También Marcel Mauss. Son algunos (sacerdote, mago...) de los principales manejadores y agentes reproductores de representaciones y prácticas técnicas. Esta orientación continuó en la antropología social británica (Evans Pritchard...Turner o M. Douglas: desarrollaron la descripción de representaciones y prácticas técnicas que se refieren al ritual de enfermación-atención-curación. Antropología cultural estadounidense (Redfield y Vogt). (Menéndez 1996 :53)

Las representación son conjuntos de conceptos, conocimientos creencias, nociones e ideas que tiene el hombre sobre la realidad o parte de ella. En ellas basa su actuación practica o simbólica, con respecto a un hecho que considera suficientemente objetivado (independientemente que este sea real o no), dichas representaciones son dinámicas y se fundan en la experiencia personal del sujeto, es decir, en el contexto cultural de que procede y según los grupos sociales en que participa. El concepto de representación es para mi un nodo teórico de máxima importancia para el análisis del proceso salud/enfermedad/atención

Queremos tomarnos unas líneas para aclarar este concepto, tan frecuentemente utilizado en estos momentos por quienes trabajamos en áreas relacionadas a la salud. El proceso salud - enfermedad – atención, entre otras cuestiones viene a revertir la concepción de salud que la Organización Mundial de la Salud propuso. Entra en contradicción y cuestiona la estabilidad y el equilibrio necesarios, “estado de completo bienestar”, según la OMS, para concebir la enfermedad o la salud.

Los distintos conjuntos sociales general diferentes modalidades de respuesta a los proceso de salud-enfermedad-atención, es decir, respuestas a los padecimientos como problemas del bienestar físico y psíquico del hombre. Se pueden identificar tres niveles:

- a) el de la *autoatención* (en el que sólo están implicados el individuo afectado y su grupo primario)
- b) el que supone la existencia de algún tipo de *especialista* (chamanes, curanderos o médicos)
- c) el que admite la presencia de *instituciones*, más o menos especializadas en la cuestión (santuarios, hospitales o ambulatorios) (Abonizio 2005)

Si bien otros autores como Kleinman (1986) prefieren hablar de *padecimientos* pensados como una experiencia individual dentro de sistemas médicos locales que a su vez, están vinculados con distintos aspectos de la sociedad como son la legitimidad social de los padecimientos y su relación con practicas medicas, los roles sociales que asumen los enfermos, las familias de estos, los médicos y a comunidad en general, las relaciones de poder que emergen entre el enfermo, su familia y el medico local. Para comprender los padecimientos hay que analizarlos en relación, asociados con distintos tipos de “realidades”:

- ✓ la realidad física, (ambiente natural), accesible o inaccesible para el ser humano,
- ✓ la realidad social, construida de sistemas de normas, de significados y de poder en la comunidad , así como en las relaciones entre familias, comunidades e instituciones y las redes sociales que se establecen entre ellas;
- ✓ la realidad simbólica, que establece "puentes" entre las personas y los espacios sociales, y la realidad psicológica , inculcada con los procesos mentales de los individuos

Retomando a Menéndez y Di Pardo (1996) y la categoría teórica troncal de este trabajo y objeto de estudio: “el saber médico”, éstos nos señalan que es necesario producir representaciones y prácticas técnico-ideológicas, a partir del rol técnico, que necesita representar el médico. Su intervención profesional requiere de la legitimación técnica diferenciadora y establecimiento de un campo común de reconocimiento y de acción con los pacientes. Este proceso dual se expresará en un sistema de representaciones y prácticas que opera a través de todos los pasos básicos del trabajo médico. Es decir, su diagnóstico, el uso de determinados indicadores o el manejo de criterios de curación constituyen una estructuración de representaciones y prácticas, que es imprescindible no solamente para pensar e intervenir sobre la enfermedad sino, sobre todo, para tratar al enfermo. Es el comportamiento de rol el que redefinirá como técnicas una parte de las representaciones sociales colectivas (et.al : 54)

En el caso de las representaciones y prácticas médicas, **debemos considerar en toda su significación que la profesión médica se caracteriza por su tendencia a la acción, es decir a atender y a curar;** y que dicho pragmatismo opera dentro de condiciones que en determinados casos posibilitan una notable eficacia, pero en otros genera resultados inciertos, y en otros, limitaciones o incapacidad para resolver el problema. En todas estas situaciones, la representación de los técnicos, lo mismo que la representación de los conjuntos sociales, se plantean potencialmente la intervención médica. Es esta exigencia de intervención, la que favorece la discrepancia entre representación y práctica como producto de las expectativas de rol.

Pero ocurre que, acerca de una serie de problemas entre los que se incluye el alcoholismo, no existen instrumentos que evidencien una eficacia técnica diferencial. En estos casos, la legitimación sólo puede operar técnicamente sobre algunas variedades del padecimiento o bien, debe basarse casi exclusivamente en los aspectos ideológicos y *artesanales* de su saber (et.al:57) La posibilidad de establecer diferenciaciones claras entre los contenidos técnicos y socioideológicos de dicho saber es difícil. La reducción de la causalidad de los padecimientos a los determinantes biológicos legitimó el saber médico en términos científicos = en la representación médica se convirtió en uno de los principales mecanismo de identificación profesionales (et.al: 19) El saber médico incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales, que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad

técnico-ideológica. El conjunto de los aspectos señalados es intrínseco al saber médico y no constituye un proceso externo. Tanto el uso de un fármaco, como la norma institucional del tiempo que debe ser dedicado a la atención de una paciente, como la determinación vertical de la aplicación de vacunas constituyen simultáneamente hechos técnicos y sociales intrínsecos a las prácticas y representaciones médicas; la racionalidad ideológico-técnica convertirá en técnicos los aspectos socioculturales de su intervención, y así el tipo de relación médico-paciente.

Algunas representaciones socioculturales tienden a mantenerse en el saber profesional *resignificadas* como representación técnica debido a las características de este *padecimiento*, en este trabajo, la obesidad, que es al mismo tiempo un problema de salud y un patrón de comportamiento social, no sólo para los conjuntos sociales sino para los mismos profesionales (et.al: 50)

El saber médico establece la diferenciación con el saber de los conjuntos sociales; es ahí donde operan los procesos micropolíticos de distanciamiento técnico con el paciente o la normatización y el control de la conducta del mismo, pero como teoría de esos actos técnicos. Es con el saber que el profesional opera a nivel teórico, para diferenciar –controlar la representación- práctica de los conjuntos sociales respecto del proceso s-e-a y de su intervención.

Una parte de este saber aparece como no consciente desde la perspectiva del actor (médicos). El trabajo médico incluye criterio que frecuentemente no son reconocidos por la racionalidad biomédica como parte intrínseca de su saber.

Reconocer la importancia de los procesos institucionales sobre las prácticas y representaciones profesionales; en asumir que gran parte de la actividad médica es trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas y por un comportamiento de rol que condicionan la intervención individual.

Tanto a nivel oficial como privado, el tipo de intervención individual está regulado por una serie de normas administrativas, de rituales institucionales y de ideologías técnicas que imponen una forma de operar. Dentro de estas formas homogeneizantes cada sujeto expresa su particularidad. [...] pero éstas y otras condiciones refuerzan la necesidad de observar y describir el saber médico en términos de estructuraciones que operan a nivel de grupo o de institución. (et.al:16)

**El saber médico expresa lo que los profesionales han ido sintetizando y yuxtaponiendo en su proceso de socialización profesionales, incluye las representaciones y prácticas aprendidas en una escuela de medicina y las costumbres adquiridas en su trabajo institucional. Pero también el tipo de paciente a través del que genera su aprendizaje y sobre el cual seguirá trabajando es decisivo para establecer una capacidad de detección, tratamiento y cura. (et.al :51)**

### **ALIMENTACIÓN / ALIMENTOS/ COMER**

Comer es un acto social. A la comida la entendemos como una manifestación de las relaciones sociales. Para comprender por qué se come y qué se come debemos situar ese acto alimentario en un contexto, es decir, en una sociedad determinada, en un tiempo y en un espacio que también deben estar claramente establecidos (Aguirre 2004). “Lo que hay que comer” es una construcción social.

Consideramos los alimentos como símbolos para analizar la cultura, y no sólo como simples portadores de nutrientes. “Y es que los condicionamientos socioculturales relativos a la alimentación son poderosos y complejos. Los usos dados a cada alimento, sus combinaciones, el orden, la composición, el número y las horas de las diferentes comidas...todo ello esta codificado de un modo preciso, y dicha codificación es el resultado de un proceso social y cultural cuyo significado y razón cabe buscarlos en la historia de cada sociedad y cultura” (Contreras, 1992)

Atendemos al hecho alimentario, como hecho social total, en dónde podemos analizar los sistemas de clasificación que prescriben el comportamiento alimentario, la contextualización de las preferencias y aversiones alimentarias. Prestar atención a los significados de los comportamientos alimentarios. Ver el rol social que posee la alimentación. “El acto de alimentarse, bien sea comida o bebida, trasciende la pura necesidad de nutrirse, pues esta tan cargado de significados y de emociones que aparece ligado a circunstancias y acontecimientos que nada tienen que ver con la estricta necesidad de alimentarse. Se trata de una conducta que se desarrolla más allá de su propio fin, que sustituye, señala o resume otras conductas. En este sentido la alimentación constituye un signo de actividad, del trabajo, del deporte, del esfuerzo, del ocio, de la fiesta, de cada circunstancia social” (Contreras, 1992)

Con respecto a los hábitos alimentarios: Los nuevos hábitos alimentarios que se desarrollar en los países industrializados se basan más en estrategias de marketing que en las practicas alimentarias tradicionales o en una racionalidad basada exclusivamente en criterios de carácter dietético o nutricional" (Contreras, 1992)

Complejidad del acto alimentario.

Desde un punto de vista antropológico una característica importante de la alimentación es que las formas culturales de comer terminaron condicionando la necesidad biológica de hacerlo.

Para profundizar la cuestión, tomar en cuenta elementos de carácter diverso. A saber:

- a) biológico: las necesidades y capacidades del organismo del comensal junto a las características de los alimentos que se transformarán en su comida.
- b) Ecológico-demográfico: cantidad y calidad de alimentos que se pueden producir en hábitat para sostener a un número determinado de población, con cierta calidad de vida
- c) Tecnológico-económico: los circuitos de producción, distribución y consumo que hacen que los alimentos lleguen al comensal.
- d) Socio-político: relaciones que condicionan el acceso a la comida según clases, sectores o grupos, ya sea a través de mecanismos de mercado (compra), asistencia del Estado (políticas asistenciales) o relaciones de amistad, vecindad o parentesco (redes de ayuda mutua)
- e) Culturales: sistemas prácticos de clasificaciones que señalan qué cosa es comida y qué no lo es; qué, cuándo y con quién se debe comer o cómo debería ser el consumo de alimentos sobre sectores, edades, géneros diversos.

Todas las culturas establecen –a través de la práctica cotidiana- quién puede comer y qué.

Estas clasificaciones, claro, son relativas y propias de cada sociedad en un tiempo y espacio determinados. De hecho establecen la red de significaciones en la que se inscribe el acto de comer, la manera “correcta” de combinar los alimentos, las horas y las clases de comida que hay que ingerir a lo largo del día y a lo largo del año.

Estas dimensiones socioculturales de la alimentación, unida a una dimensión subjetiva, propia del comensal, articulan a este último con su propia historia y con la dinámica de su sociedad y su tiempo; indican, asimismo, que ese acto que nos parecía tan sencillo y

reiterado, debe ser visto como un hecho complejo, como un evento que no es exclusivamente biológico ni tampoco totalmente social, que une lo biológico y lo cultural de una manera tan indisoluble que difícilmente sea posible separarlos. Es bueno saber que todo esto comienza con las características mismas de la especie humana como especie social.

La comida no se usa sólo para comer. Estudiando el uso de los alimentos en diferentes sociedades se encontró a lo largo y ancho del planeta que varios grupos humanos coinciden al menos en veinte prácticas usuales:

1. satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. proporcionar un enclave de actividad comunitarias
5. expresar amor y cariño
6. marcar el sello de la individualidad
7. proclamar la distinción de un grupo
8. demostrar pertenencia a un grupo
9. hacer frente al estrés psicológico y emocional
10. señalar el status social
11. proveer recompensas y castigos
12. reforzar la autoestima y ganar reconocimiento
13. manifestar y ejercer poder político y económico.
14. prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. manifestar experiencias emocionales
17. expresar piedad o devoción
18. proporcionar seguridad
19. expresar sentimientos morales
20. manifestar riqueza.

Hay que subrayar que, excepto el primero (biológico), los diecinueve usos restantes tienen que ver con las relaciones sociales; por eso apuntamos que no hay evento alimentario sin comensal, sin comida, y sin que ambos estén situados en una sociedad

determinada y en un tiempo específico que designan a uno como comensal y a la otra como comida.

La discusión acerca de lo que significa alimentarse correctamente tiene que ver con las definiciones sociales acerca de qué quiere decir vivir bien. Y esto no depende de la ciencia sino de la escala de valores de una cultura formada en una relación dinámica con su propia historia. Por ejemplo: en el siglo pasado la gordura era mirada con aprobación social; era un signo de opulencia económica y de salud; se la apreciaba como un rasgo de belleza física. Hoy en cambio, la obesidad es vista como un factor de riesgo para accidentes cardiovasculares y diabetes; la mayoría de los gordos no son ricos sino pobres y la gordura está situada en el polo opuesto de la belleza. Existe, además cierta reprobación moral que categoriza a los gordos como personas autocomplacientes, débiles de carácter y abandonadas en todo lo que se refiere a cuidado persona (Aguirre, 2004:10,11,12,13 y 19)

Los alimentos son mercancías, que no tienen que ser “buenas para comer” como ser “buenas para vender”. Entre los alimentos “buenos para pensar” como quería Levi-Strauss y los alimentos “bueno para comer” de Marvin Harris (Bueno para comer 1985), en la modernidad los alimentos deben ser antes todo, “bueno para vender” aun a despecho de sus cualidades nutricionales (hasta el punto que toda una línea de productos se reconoce abiertamente como “comida chatarra” *junk food*) nociva para la salud como los chizitos, papas fritas o las golosinas sintéticas. (Aguirre, 2005)

## **PROBLEMÁTICA ALIMENTARIA: RELACION ENTRE SALUD Y ALIMENTACIÓN**

Tres etapas sobre el abordaje de las relaciones entre salud<sup>23</sup> y alimentación

- a) desde las primeras décadas del siglo hasta la segunda guerra mundial la preocupación se ubicaba en las enfermedades por **carencias vitamínicas**.
- b) Desde el final de la guerra hasta los ´70 aparece como tema básico la **desnutrición energético-proteica**. Ej. de enfermedades por deficiencia de proteínas: “kwashiorkor”, “marasmo nutricional”. “Ya no era el déficit de proteínas lo preocupante, sino el consumo global de alimentos, medido en

---

<sup>23</sup> La autora parte de considerar “las articulaciones internas y externas del proceso salud-enfermedad enfatizando que no sólo está socialmente determinado sino que tiene carácter social en sí mismo” (Laurell 1986)

término de calorías. “El problema del hambre emerge claramente como un problema político, respecto del cual las actividades médicas son prácticas secundarias y subordinadas” (Menéndez 1978 “El modelo médico y la salud de los trabajadores” en Basaglia, F: **la salud de los trabajadores**, Nueva Imagen, México)

- c) La preocupación actual de la literatura médica se centra en la **desnutrición crónica**. Si bien perduran todavía formas agudas graves y existen formas severas de xeroftalmia y de anemias nutricionales. (Hintze, 1991)

En Argentina no se llevan registros sistemáticos que permitan captar la desnutrición en toda su magnitud, de la misma manera que no se realizan encuestas de consumo y gastos de alimentos específicas y menos permanente (CONADE 1965; INDEC 1988) que no se lleven registros continuos de desnutrición (mediciones antropométricas en escuelas y centros de salud podría ser una vía adecuada) está expresando por lo menos 2 situaciones:

1. **subregistro** de la desnutrición
2. **despreocupación** de un problema de salud colectiva

La problemática alimentaria, así planteada es: aquella que abarca aspectos relacionadas con la producción (procesamiento-transformación y también insumos para la producción de alimentos) –distribución/comercialización-consumo de alimentos y sus efectos sobre las condiciones históricas de reproducción de la población y de la fuerza de trabajo, **una de cuyas expresiones es la situación nutricional crítica de vastos sectores sociales**.

El tema de la cobertura del consumo alimentario hace referencia a fenómenos tales como los “modos de consumo” impulsados desde los medios de comunicación de masas; las estrategias alimentarias de sobrevivencia desarrolladas por los sectores populares para satisfacer sus requerimientos alimentarios (patrones intra-domésticos de distribución de alimentos por sexo, edad, redes informales, autoabastecimiento, recurrencia a bienes y servicios provenientes de políticas públicas, estrategias de compra, etc.) o a acciones reivindicativas alrededor de lo alimentario (et al: 51)

## **OBESIDAD**

“una **enfermedad crónica** que constituye un problema de salud pública. Los resultados de su tratamiento a largo plazo en un gran porcentaje de pacientes son desalentadores, y se han formulado distintas hipótesis de origen biológico y psicosocial para explicar este hecho. Hay que pensar en la existencia de una compleja Homeostasis en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Hay consenso acerca de que el **paciente obeso, al igual que el diabético o el hipertenso, puede controlarse pero no se cura de su enfermedad y que los cambios de hábitos alimentarios y de movimiento deben ser sostenidos en el tiempo. Como consecuencia de la “enfermedad” se dan conflictos intra e interpersonales.** [...] “Parte de una homeostasis en la cual la defensa de los hábitos –muy dependientes del estilo de vida contemporáneo- y las ventajas secundarias de **la enfermedad**, juegan un rol significativo. Estas últimas implican el mantenimiento de un rol o identidad, cierta comodidad, una posibilidad de manipulación de ciertas situaciones y la **delegación de responsabilidades.** **Les cuesta enormemente asumir la responsabilidad de su autocuidado”** (Cormillot, A y Fuch A. 2002)

La obesidad puede considerarse como una enfermedad y un factor de riesgo de enfermedades crónicas y de otras enfermedades. (Galunsky y Kettel 2003: 579) La obesidad se define como un exceso del contenido de grasa corporal en relación con la talla. En general, la obesidad es un trastorno típico de sociedades prósperas, en las que ciertos factores como la provisión de alimentos diversos y abundantes, y el entorno laboral sedentario resultan coadyuvantes. Sin embargo, la asociación entre la obesidad y la situación socioeconómica en cualquier país de que se trate es compleja y depende parcialmente de la situación económica de ese país en particular. **Los factores que conducen a un consumo excesivo de energía son complejos, como indican los numerosos factores que supuestamente influyen en la ingestión de alimentos: respuestas fisiológicas a la comida; características del alimento, como la inducción de saciedad y la apetecibilidad; factores cognitivos, como la cohibición y socioculturales, como la economía, la educación y las prácticas culturales** (et.al : 584)

La genética es sumamente importante en la obesidad. (24% a 70% de casos). Además, los genes podrían solamente incrementar la susceptibilidad a ser obeso; también

podría ser necesario para su expresión un entorno que favorezca la obesidad con abundancia de alimentos y una necesidad mínima de actividad física.

#### ENFERMEDADES CRÓNICAS RELACIONADAS CON LA DIETA COMO UN PROBLEMA PARA LA SALUD PÚBLICA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO.

La urbanización y el surgimiento de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta están íntimamente vinculados.

“En otras palabras, la obesidad dejó de ser una característica distintiva del estado socioeconómico alto en Brasil y en México, y comienza a ser un marcador de pobreza, al igual que en los países desarrollados como los Estados Unidos” (Martorell y Stein 2003: 732)

En los países en desarrollo más avanzados, la obesidad es tan común entre las mujeres con bajo nivel de educación y en las comunidades rurales como entre las residentes en las ciudades y con mayor nivel educativo. En estos países, la obesidad no es más un problema exclusivo de las zonas urbanas y de los ricos, sino de la sociedad en general. (743)

**El ejercicio es popular entre las personas de niveles socioeconómicos más altos y la obesidad se ha transformado en un marcador de clase social ahora que es más prevalente entre los pobres y las minorías** (martorell r, kettel kl, hughes ml, grumer-strawn lm. obesity in women from developing countries. eur j clin nutr 2000; 54:247-52)

#### CUERPO

##### CONSTRUCCIÓN CULTURAL:

“El objeto de la ciencia social [...] el habitus: como sistema perdurable y transponible de esquemas de percepción, apreciación y acción resultantes de la institución de lo social en los CUERPOS (Bourdieu 1995:87)

Mas allá de una concepción simplemente biológica, concebir las representaciones del cuerpo como históricas, sociales, con características específicas (Le-Bretón 1990) que también responden a particularidades de la propia historia de la persona (entendiendo persona como actor social, inserto en un entramado de

relaciones sociales, donde posee roles y cuya identificación se da como producto de la interacción con los otros como poseedor de un cuerpo)

Imagen del cuerpo: “es la representación que el sujeto se hace del cuerpo, la manera en que se le aparece más o menos concientemente a través del contexto social de su historia personal, esta imagen posee VALOR: “interiorización que el sujeto hace del juicio social respecto de sus atributos físicos que lo caracterizan”

## 6. Acercándonos al campo: la construcción de la problemática.

Puedo señalar que mi mayor desafío en el proceso de investigación fue la elección del lugar donde realizar el trabajo de campo, es decir mi unidad de estudio.

Sabía que deseaba trabajar en el ámbito Público de la Salud<sup>24</sup> del Aparato Médico Sanitario de nuestra ciudad Rosario. Debía ser un lugar en donde pudiera acercarme a las problemáticas relacionadas con la alimentación, a sus profesionales de la salud, a su tratamiento y a las personas que la *padecen*. Como señalé, la obesidad no era una problemática instaurada en la agenda política y por lo tanto no cuenta con estructuras de atención totalmente instauradas y estables. Queremos aclarar que cuando hablamos de profesionales de la salud, no sólo queremos decir lo médicos, sino desde una perspectiva más abarcadora, todo aquel agente que se encuentra en relación con la salud, entendida esta como un proceso de salud-enfermedad-atención. En palabras del Dr. Alberto Agrest:

“Son agentes de salud, los médicos asistenciales, los instructores de trabajo práctico y los investigadores, los obstetras, los paramédicos, las enfermeras, los auxiliares de enfermería, el personal técnico, el personal administrativo, los arquitectos, ingenieros y constructores de construcciones médicas y los funcionarios de las secretarías o ministerios de salud” (Correo del Sap 1999)

Gracias a un trabajo interdisciplinarios, del cual formé parte, que se realizó en la ciudad de Acebal, a partir de la demanda del Ministerio de Salud y Medio Ambiente, de un “relevamiento de la Salud de su población”, me contacté con personal del mismo que me permitieron el acceso y el “permiso” para realizar mi trabajo de investigación en Centros de Salud dependientes del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe. Mediante una carta, que realizó su propio recorrido burocrático, fui gratamente recibida y se me abrieron las puertas “oficiales” de uno de los 34

---

<sup>24</sup> Entendemos a la Salud Pública como un campo construido históricamente que en un nivel general alude a la relación entre la población con los sistemas y servicios de salud regulados por el Estado. Incluye proceso políticos-jurídicos, teóricos técnicos e ideológicos-culturales, así como también los procesos e instituciones de formación de recursos humanos. (Abonizio 2005)

Centros de Salud que dependen de la Provincia y que trabajan con la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, constituyen todos ellos el 1er. nivel de atención a la salud que la población accede. (Trabajar con grupos de profesionales del 1er nivel de atención, supone reconocer el papel en la práctica cotidiana y recuperar la estrategia de AP, que ha sido asumida como una de las estrategias básicas del sector salud).

En capítulos posteriores retomaremos los modos de organización de la atención primaria de la salud, sus significados, objetivos y funciones.

El Centro de Salud Provincial (Nº 2 “San Jose de los Pobres”) (para guardar el anonimato de mi lugar de estudio, he cambiando intencionalmente tanto el número como el nombre) en donde realicé nuestro trabajo de campo por el período de 7 meses (junio a diciembre del año 2006) está ubicado a la altura de Gálvez al 3500 de la ciudad de Rosario y pertenece al Área Programática Nº 3 de la Ciudad de Rosario, Zona de Salud Nº VIII. Al final de este capítulo podrá encontrar un mapa que muestra del área de cobertura del Centro, si bien, como una de las secretarías no señalaba: *“a pesar del mapa (que supuestamente señala el área de atención que debe abarcar el Centro) viene mucha gente de más lejos a atenderse”*. *Sobre todo para atenderse con el “grupo de kinesiólogos” Los cuales en realidad son pasantes de la Universidad San Martín (Registro Nro. 9- 6/7/2006) (las cursivas significan texto extraído de los registros de campo de investigación)*

En él realicé observaciones participantes en los consultorio, entrevistas informales con todo el personal del centro (enfermeras, agentes sanitarios), entrevistas informales con los médicos de las diferentes especialidades que corresponden al 1er Nivel de APS<sup>25</sup>, observación y acercamiento a los Programas que desde la Dirección de Promoción y Protección de la Salud de la Provincia que se estaban realizando en el Centro de Salud, como por ejemplo, la “2da. Campaña de Prevención de Diabetes”, en dónde la problemática de la obesidad se encuentra muy presente e íntimamente relacionada, al ser la misma considerada por los efectores de

---

<sup>25</sup> Trabajar en el primer nivel supone reconocer su papel en la práctica cotidiana y recuperar la estrategia de AP que ha sido asumida en nuestro país, como una de las estrategias básicas del sector salud y, en particular, del Aparato Médico Sanitario. La estrategia de AP ha sido propuesta por la OPS para extender la cobertura y abatir los principales daños a la salud. Se iba a convertir en el núcleo, por lo menos ideológico-técnica, de la salud pública latinoamericana.

salud, como un factor de riesgo que puede llevar al desencadenamiento de diabetes. También algunas Campañas de desparasitación “Chau lombriz”... a la par de esto, nos abocamos a conocer, no sólo los actuales “dispositivos”, sino también pregunté y presté atención a lo “ya hecho” sobre mi problemática en el Centro. Intentado “historizar” lo diferentes dispositivos ya trabajados con la comunidad. Cuestión que el mismo Menéndez nos señala como parte fundamental para lograr una visión crítica del MMH (Modelo Médico Hegemónico). La “ahistoricidad” es una de las características más importantes de este modelo, los profesionales “olvidan” o “desconocen” los propios dispositivos usados con la comunidad en tiempos anteriores.

Tuve la oportunidad también, de observar las distintas etapas que dieron lugar al “Primer Taller de Constructores Comunitarios: Proyecto de Talleres de capacitación para Promotores Comunitarios. Zona de Salud VIII. Departamento de Educación para la Salud” (que principalmente tenía como objetivo informar y dar participación de la comunidad, sobre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y los Factores de Riesgo, entre ellos, resaltaba la obesidad), el seguimiento de este proyecto, fue por nuestra parte muy intenso, ya que realicé observaciones, no sólo en el momento de trabajo con la comunidad, sino en las instancias previas de “bajada” del proyecto a los profesionales y, de este modo, pude conocer como fue la recepción, no solo por parte de la comunidad, sino de los propios profesionales que lo llevarían a cabo. Por esto, es que decidí dedicar todo un capítulo de mi tesis al análisis de este proyecto.

Creí imprescindible el acercamiento a los “dispositivos” que se emplean en el Centro de Salud, como son los Programas (materno-infantil, prevención de diabetes, Programa Crecer –a una calle del Centro de Salud se encuentra un “Centro Crecer” que trabajar en “red” con nuestro Centro de Salud...) para conocer los modos en que se concibe, se piensa y el lugar que tiene en la “agenda oficial” la “cuestión alimentaria”, y porque no, también, la concepción de salud que subyace a los mismos. Si bien la experiencia de poder observar y preguntar sobre estos Programas que se aplican de distintos modos en los Centros de Salud es de suma importancia para el conocimiento de el tratamiento de las enfermedades relacionadas a la alimentación, en nuestro caso la obesidad, también sentimos en algunas etapas de nuestra investigación la necesidad de realizar análisis documentales de las distintas políticas públicas en salud y

alimentación para dar cuenta del contexto normativo político y económico en el que se encuentra trabajando nuestro fragmentado Sistema Sanitario Público (es importante recordar que la provisión de salud en nuestro país es cubierta por tres sectores: público, seguridad social y privado). Como parte de este trabajo, pero que por razones de espacio excluí de éste presente informe, analicé desde diferentes autores las implicancias actuales de la puesta en marcha del 2002 de la Primera Ley de Seguridad Alimentaria de Argentina (Registra bajo el número: Ley 25.724)(ver Anexo). Sin olvidarnos que en el marco de esta Ley, está el actual “Plan Federal de Salud”, que sienta las bases de las actuales directrices de los modos de Asistencia Sanitaria, principalmente en APS, si bien esto no significa “novedades” en los modos. La exclusión de este nivel “macro” en el cual se inserta los dispositivos y prácticas que analicé en mi trabajo de campo, responde principalmente a escasez de espacio y que en sí este nivel constituye otro “problema de investigación” muy complejo de analizar e historizar: “las políticas públicas sanitarias sobre la alimentación en nuestro país”. Sin embargo, no quiere decir que fue omitido a la hora de analizar los registros de campo.

En mi trabajo también intentamos conocer las características de la población que acude al Centro de Salud y su contexto (el barrio). Si bien en general conocemos que al Sector de Salud Pública acude la población con menos recursos, en su mayoría, a niveles socioeconómicos bajos, no podemos desatender a las características específicas de la misma, más si partimos de una concepción amplia e integral, así como es la de proceso de salud-enfermedad-atención. Con esto quiero decir que no dejamos de atender a características como: tipos de trabajo, edades, lugares a donde recurren, redes de solidaridad... Si bien no realicé un análisis exhaustivo, por limitaciones temporo-técnicas.

Como antes señalaba, trabajé realizando observaciones participantes en consultorios. Estos consultorios fueron dos: la de una profesional nutricionista y una médica generalista, que es considerada en el Centro de Salud por los otros agentes de salud como “la especialista de las grasas”. Entendemos a la observación participante como una técnica flexible que nos permite observar tanto ciertas significaciones pero por sobre todo el accionar de los actores en estudios. Sin embargo esta técnica revela

la imposibilidad que tiene el investigador de definir por anticipado y unilateralmente, qué tipo de actividades es necesario observar y registrar; por un lado, y por el otro, a través de qué tipo de actividades se puede obtener información. La observación participante básicamente consiste en dos actividades principales: observar y participar. Consistiría en una observación con ciertos niveles de participación que serán delimitados por el grado de involucramiento del investigador en la realidad a estudiar. (R.Guber, 1991)

“como el investigador mira y escucha a la gente que estudia [...] puede hacer un siempre creciente acopio de impresiones [...] que le dan una amplia base de apoyo a la interpretación y uso analítico de cualquier dato particular. Esta riqueza de información e impresiones sensibiliza a las sutilezas que podrían pasar inadvertidas en una entrevista y lo fuerza a formular continuamente preguntas nuevas y diferentes [...]. La observación por medio de la participación brinda la oportunidad de evitar errores porque provee un contexto de experiencias muy rico que hace conciente al investigador de lo incongruente o de lo aún no explicado, lo sensibiliza a las posibles implicancias y conexiones con otros hechos observados y así, lo empuja continuamente a reevaluar y adoptar su orientación teórica. (Becker, H y B. Geer en Hermitee, E 2002:282)

Efectivamente, estas largas horas en los consultorios, si bien en un principio llegué al borde de la desesperación, ante esta nueva “jerga” que no conocía y no entendía, poco a poco las preguntas que me surgían ante la observación de la práctica médica en casos de obesidad, diabetes...se convirtió en tema de entrevistas informales en la “salita de médicos”. Con mates mediante, la investigadora preguntaba por todo lo visto, y lo escuchado...permitiendo que mis propios sujetos de investigación dieran explicación y sentido a sus propias prácticas. La entrevista (informal o no directiva) la consideré una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de las significaciones de los actores. “Asimismo la referencia a acciones, pasadas o presente,

de sí o de terceros, que no hayan sido atestiguadas por el investigador, puede alcanzarse a través de la entrevista” (R. Guber 1991:205) a su vez la misma posee dos momentos: primeramente se intenta descubrir las preguntas para construir los marcos de referencia de los actores, a partir de la verbalización asociada libremente. Desde estos marcos se extraerán en un segundo momento, y tras una categorización diferida, las preguntas y temas significativos. (R.Guber 1991)

La observación participante me permitió acceder al mundo de las INTERACCIONES Y ACCIONES, mientras que la entrevista me permitió focalizar en los SABERES Y REPRESENTACIONES de los profesionales del Centro.

“Al participar de las actividades del grupo estudiado el antropólogo  
observa los hechos de la vida cotidiana,  
y las conversaciones que se mantienen durante ellos.  
Sus preguntas obtienen de los miembros de la comunidad  
la imagen que tienen de lo sucedido  
y en entrevistas posteriores  
va afinando su comprensión sobre el significado de los actos sociales.  
Esa retroalimentación entre lo observado  
y la relación de los miembros del grupo  
se convierte en un proceso continuado  
que va iluminando la trama de la cultura y de la organización social”

Hermitte, Esther

La observación por medio de la participación.

El trabajo de campo de larga duración me supuso la posibilidad no sólo de potenciar la información, sino de reconstruir determinados espacios de interacción. Al asistir todas las semanas, el mismo día, por un período, como decía de 7 meses, logramos crear un vínculo con los profesionales y demás trabajadores del Centro. En este Centro trabajan 4 asistentes sociales (agentes sanitarios), 2 enfermeras, 2 secretarias (una de las cuales presta sus servicios dentro del marco del Plan Jefas/es), 3 médicos generalistas, entre los cuales una de ella es considerada *“la que se ocupa de*

*las grasas*". El Centro cuenta con 1 nutricionista, que tiene su consultorio y atiende a sus pacientes, ya que en general son todas ellas mujeres, un determinado día de la semana, también trabajan 2 pediatras, 1 encargada de la limpieza, varios residentes (clínicos y generalistas) y residentes kinesiólogos, así como pasantes de nutrición de la Universidad de Salta y 3 psicólogas, de las cuales dos de ellas empezaron a trabajar en el Centro para su experiencia de Posgrado, que si bien ya concluyo el período que les correspondía, continúan *"por el compromiso con los pacientes"*. Poco a poco, ellos mismos me *"avisaban"* de las situaciones que podían resultar de interés para mi investigación, lo cual, sin olvidar preguntarnos el porque del señalamiento de esta u otra situación, me ayudó a conocer mucho sobre las formas y prácticas realizadas sobre la cuestión alimentaria. Desde la referenciación al Centro Crecer (perteneciente a la Municipalidad) que se encuentra a pocos metros del centro, como el dialogar con pacientes con problemas de sobrepeso u obesidad.

## 6.1 El contexto del “campo”

Debido a que la información se obtuvo durante un intensivo trabajo de campo, ello me permitió incluir nuevos aspectos, así como nuevas interrogantes que fueron aplicadas sucesivamente a la problemática: el saber de los actores sociales, este efecto no fue propuesto intencionalmente, sino que surgió en el desarrollo del trabajo de campo.

Muestra de ello es que en el periodo en el cual empecé aquel, el funcionamiento “normal” de centro de salud estaba teniendo problemas de continuidad y sus actividades estaban siendo interrumpidas y en algunos casos congeladas, debido a los frecuentes “paros” del sindicato de personal no-médico<sup>26</sup>, si bien este proceso afectaba en particular a los servicios del 2do y 3er nivel, del cual, la “nave madre”, como una de mis informantes le llamo, es referencia el Hospital Provincial, y el personal médica no estaba en huelga, se complicaba enormemente el funcionamiento del dispensario, por su organización en red con los demás niveles. Las secretarías son las personas encargadas de llevar a cabo la derivación a los niveles más alto cuando el caso detectado en el 1er nivel lo amerite, por ejemplo.

Por supuesto que esto afectó a mi proceso de obtención de información, pero al mismo tiempo hizo emerger otro tipo de representaciones y prácticas, así como reflexiones sobre el propio rol y trabajo de los médicos y no médicos, que sin esta situación coyuntural no hubieran sido expresadas. Los médicos sentían una disyuntiva

---

26

Un paro de UPCN obligó a cerrar 34 centros de salud provinciales 16/08/2006 - La medida de fuerza, por 48 horas, termina este jueves. Es por una supuesta mala liquidación de un plus prestacional que se paga cada tres meses y va por afuera del salario.

De un lado a otro. Otro día difícil para la salud pública, esta vez no en los centros municipales sino en los provinciales. Es que un paro del personal no médico mantiene cerrados los dispensarios –34 en total– dependientes del Estado santafesino por 48 horas. Y por eso, los trabajadores no médicos se movilizaron hasta el Área VIII de Salud. Lo que los empleados, afiliados al gremio UPCN, reclaman es el pago en tiempo y forma de un plus prestacional que la provincia les debe desde hace meses. La medida de fuerza generó la reacción del gobierno de la provincia, que a través del titular del Área VIII de Salud, Miguel Rabbia, sostuvo que la protesta “afecta la buena atención de miles de personas de los sectores más postergados de la sociedad”. El funcionario dijo que el paro lo sorprendió porque se estaba en instancia de diálogo con el gremio y dejó en claro que el plus prestacional, que se paga cada tres meses, es un incentivo que va por fuera del salario, que se liquida normalmente. Mientras tanto, la actividad se normalizó en los hospitales municipales luego de que los profesionales autoconvocados levantaran el paro de 72 horas que habían iniciado ayer

Fuente: Rosario3- <http://www.rosarionet.com.ar/rnet/regionales/notas.vsp?nid=29228>

entre pelear por sus condiciones de trabajo, “*si no te adherís al paro, no podés llevar la corrientes a tus compañeros*” pero por otro lado, son concientes de que quien los más afectados por estas medidas son los pacientes, y sus tratamientos, es decir, su salud “*Es una locura*” “*una ironía*” “*todo lo que veníamos haciendo con cierta regularidad con lo de los paros se perdió*” Le pregunto de quién es el paro y me contesta del “*personal no médico, pero esto nos afecta a todos, te desorganiza todo, no podemos atender con esta mugre*” (Registro Nro. 20)

En palabras de Eduardo Menéndez, quién en su investigación sobre el saber médico sobre el alcoholismo, atravesó una situación similar:

“Estos hechos coyunturales verificaban algunos de nuestros presupuestos teóricos básicos, como el que sostiene la importancia de los factores sociales y económicos en el desempeño de dicho trabajo médico, no como factores externos, sino como parte intrínseca del trabajo. Como sabemos, estos factores son, generalmente, excluidos del saber profesional por las aproximaciones biomédicas, mientras que para el enfoque antropológico son parte sustantiva del desempeño técnico. (Conflicto entre el personal y la dirección...)” (1996:69)

Con respecto al proceso de análisis e interpretación de la información recopilada en tantos meses de trabajo de campo, quiero señalar que no se trata de un proceso de trabajo con los registros posterior a la finalización de mi trabajo de campo, sino se trató de una constante revisión, comparación y puesta en diálogo con referentes conceptuales que íbamos incluyendo al momento de realizar el trabajo de campo. Fue un proceso paralelo y simultáneo, como plantean Glasser y Strauss en *The Grounded theory*, intentamos el *método comparativo constante*, por el cual el investigador simultáneamente codifica y analiza datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los va integrando. También nuestro análisis es producto del continuo *muestreo teórico*, al

seleccionar nuevas situaciones para ayudar a refinar o expandir los conceptos o teorías ya desarrolladas. Por lo tanto, este tipo de análisis requiere que la recolección de datos y él se realicen al mismo tiempo. (Taylor y Bogan 1999: 155)

Ya que debemos concebir a todo proceso etnográfico como

*“[...] un juego dialéctico entre la teoría y los datos en el que aquella no sólo modela el análisis sino la forma en que los eventos sociales son percibidos y transformados en datos” (Emerson, R, R. Fretz y Shaw, L. 1995:26)*

En este juego dialéctico, del cual nos hablan Emerson, Fretz y Shaw, traté de producir interpretaciones que surjan del análisis de las prácticas y representaciones de los propios “profesionales de la salud”, sin negar que la incidencia de los procesos económico-políticos y culturales. En términos de Eduardo Menéndez, el saber médico fue descrito y analizado en término de representaciones y prácticas, esto supone asumir que este saber opera a partir no sólo de un sistema teórico-técnico biomédico, sino que procede y refiere a un sistema cultural y económico-político del cual es expresión técnica y profesional (Menéndez y Di Pardo, 1996)

En el trabajo médico operan necesariamente procesos no solo técnicos sino también sociales, de ahí que se justifica una aproximación antropológica a este saber.

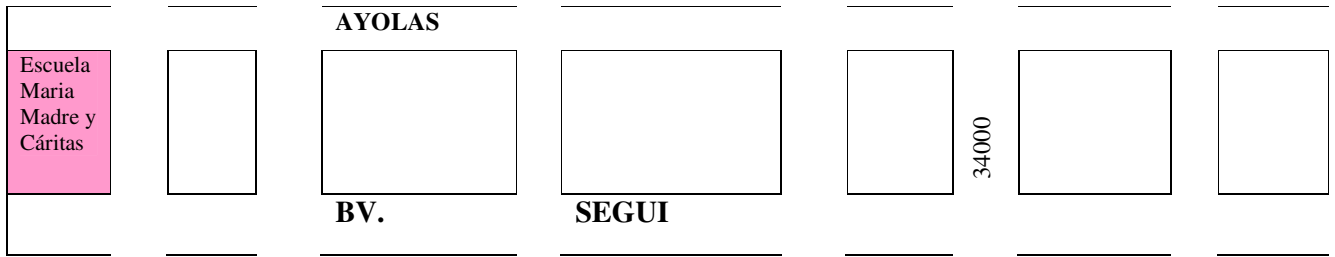
## 6.2 Consideraciones metodológicas y estrategias de investigación

“El objetivo del TC (trabajo de campo) es, por lo tanto, congruente con el doble propósito de la investigación y consiste en recabar información y material empírico que permita reconstruir la organización y la lógica propias de los grupos sociales [...]; reformular el propio modelo teórico, a partir de la lógica reconstruida de lo social” (R. Guber 1991:86)

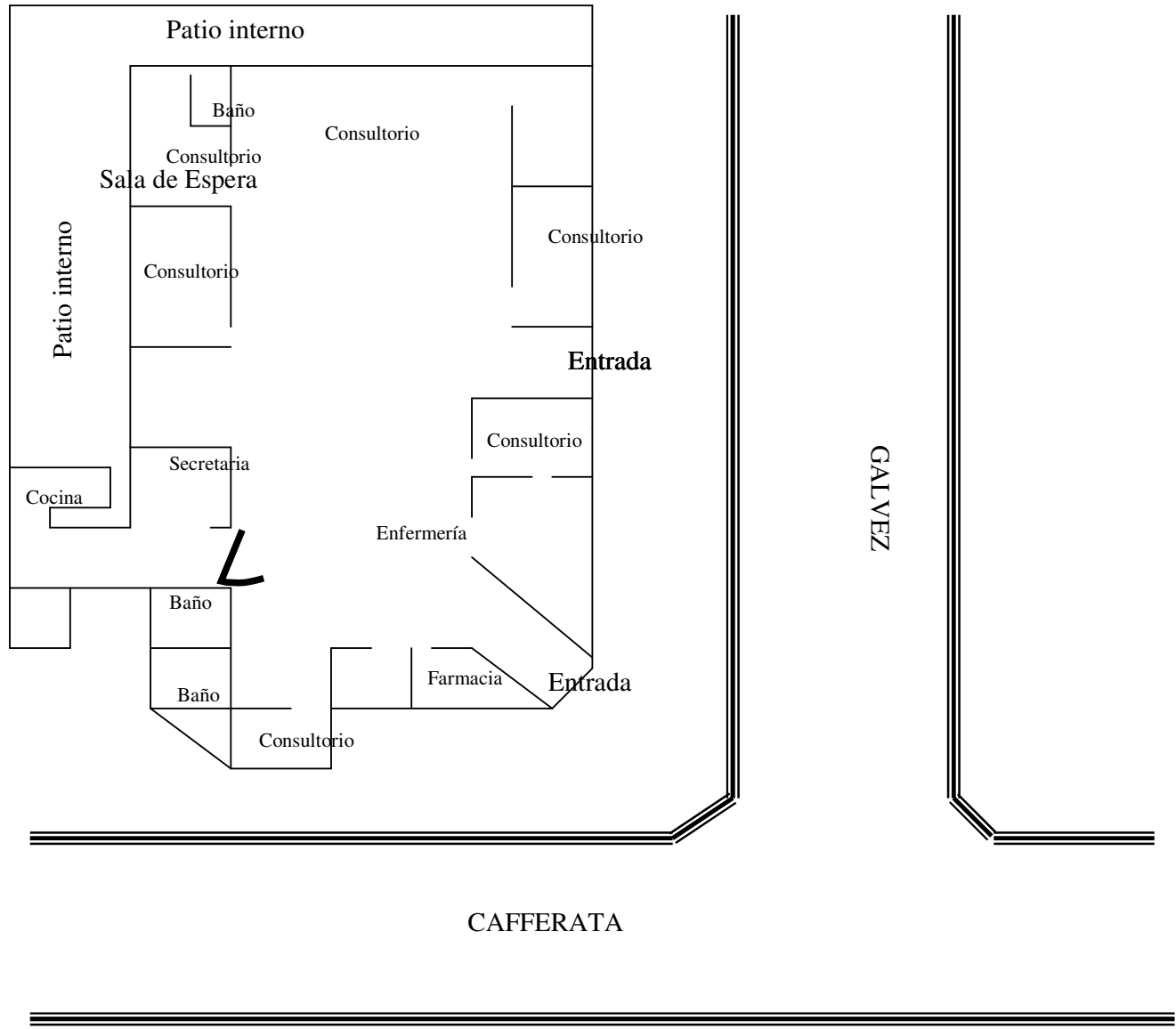
Para reconstruir “la lógica de lo social” apliqué un enfoque antropológico con técnicas “cualitativas”. Ésta “lógica de lo social”, esta construcción de conocimiento, la llevé a cabo tensando los datos empíricos con los referentes teórico, a lo cual le sumé la subjetividad del investigador. Este “método” intentó adaptarse al esfuerzo de estudiar nuestro “objeto” de estudio, el cual sólo se percibe y se entiende a través de la organización de la información construida como dato, mediada por constructos conceptuales y formas de ver el mundo. Por esto mismo, el estilo de investigación que tomé, fue en todo momento, trabajar con la reflexividad de los actores sociales y de la propia investigadora. Siguiendo a Paul Willis cuando se expresa acerca de la “confesión teórica” como un modo de conocer a los sujetos a través de los conceptos, pero sin despreocuparnos de “los elementos materiales reales”. (P. Willis, 1985)

Para atender a “los elementos materiales”, organizarlos, de modo que respondan a la concepción metodológica que antes expuse, tomé ciertas decisiones técnico metodológicas para poder llevar a cabo mi investigación. Sobre estas decisiones como bien nos dice Elsie Rockwell “no hay una norma metodológica que indique qué se puede o se debe hacer `técnicamente´. Lo que de hecho se hace en el campo depende del objeto que se construye [...] las opciones técnicas se articulan necesariamente desde el sujeto (el investigador) que los maneja” (E. Rockwell 1987:7)





*Lo escrito en cursiva no aparece en el mapa original*





## **7. Análisis e interpretación**

### **7. a. Análisis del Proyecto de Talleres de capacitación para Promotores Comunitarios**

#### ***Un “Proyecto de participación social frustrado”***

En este capítulo presentaré un análisis e interpretación de las observaciones que realicé sobre el “Proyecto de Talleres de capacitación para Promotores Comunitarios”. Este Proyecto (dispositivo) fue llevado a cabo en diferentes Centro de Salud dependientes de “la Provincia” es decir, del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

*“El proyecto se llevara a cabo con los Equipos de Salud de Centros Comunitarios y Comunidad<sup>27</sup> de su Área de cobertura, de las Áreas Programáticas I,II,III de la ciudad de Rosario. Como también se pueden sumar al proyecto en un segunda instancia otras Áreas Programáticas de la Zona VIII de Salud si asó lo solicitaran, en tal caso se realizará una adecuación local para llevarse a cabo el proyecto”.*

También incluyo, además de las observaciones y entrevistas informales, el análisis de documentos del Departamento de Educación para la Salud sobre el Proyecto, que durante mi trabajo de campo fueron obtenidos. Éste material documental fue el mismo que se entregó a los profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, pasantes de nutrición, enfermeros) encargados de “llevar adelante” en sus propios centros de salud esta programación. El material-documento utilizado para la construcción de este capítulo es:

- “Guía para facilitadores de los talleres de Constructores Comunitarios”
- “Cuadernillo de contenidos para los Constructores Comunitario” y otros materiales provistos en los talleres. Todos ellos editados oficialmente)

Quiero señalar la importancia de las observaciones que realicé, ya que tuve la oportunidad de presenciar casi todas las etapas y pasos que se realizó, desde la “bajada” a los profesionales que se deben hacer cargo, por parte del personal de la

---

<sup>27</sup> Definición de comunidad para la OMS: está constituida por miembros ligados en grados diversos por características económicas, sociales y culturales comunes, así como por intereses y aspiraciones comunes.

Secretaría<sup>28</sup>, con la presencia de profesionales de la salud de 6 diferentes Centros de Salud, hasta las reuniones con la “comunidad” y como recibe ésta el Programa, es decir la “recepción”. Como en capítulos anteriores señalaba, los Programas de Salud y los dispositivos que estos disgregan constituyen uno de los pilares del 1er nivel de atención a la salud, es decir, de los Centros de Salud.

Comenzaré trayendo a contexto, la “fundamentación del programa” que pude observar en el material impreso, el mismo nos presenta una situación actual marcada por transformaciones sociales, económicas y demográficas que se acompañan de cambios epidemiológicos y de patrones alimentarios y nutricionales. También señala un *“alarmante aumento de la prevalencia de ECNT [...] constituyen uno de los principales problemas de salud [...] a la cual no escapa nuestro país.* Con respecto a la obesidad, una de estas ECNT (Enfermedades Crónicas No Transmisibles), señala que así como otros países, la prevalescencia de la misma en el nuestro, puede pensarse en un 50% de personas con sobrepeso.

Me parece interesante, en la temática de antecedentes de ésta fundamentación, señalar que la misma, así como yo lo planteaba en capítulos anteriores, señala la falta de grandes estudios epidemiológicos sobre la obesidad. Sin embargo, trae a cuento, uno de los pocos estudios que existen, y que ya había incluido...*El estudio Venado Tuerto<sup>29</sup> mostró un 59,3% de sobrepeso total, con un 26,8% de obesidad. En el mismo se encontró un 44,6% de HTA y un 7,8% de diabéticos.*

Con respecto a los estudios sobre obesidad en la ciudad de Rosario, la fundamentación incluye trabajos realizados desde el Área Programática III, en donde se encontraron con un 52% de sobrepeso total, con un 26% de individuos con diagnósticos de Obesidad. La obesidad es clasificada mediante un IMC (Índice de Masa Corporal – para aclaraciones sobre este método de detección de la Obesidad, ver capítulo “Estado del Arte”) mayor a 30. La fundamentación del Programa presenta, además la problemática del *“aumento de la obesidad en la pobreza, con un fenómeno de superposición de personas obesas con déficit de micronutrientes, debido a una*

---

<sup>28</sup>Donde estaban presentes nutricionistas o pasantes de nutrición (que hacen sus prácticas en los Centro de Salud-la misma termina en diciembre) de la Facultad de Salta, psicólogos, endocrinólogos y generalistas Hay presente también 1 generalista gerontólogo.(registro de campo)

<sup>29</sup> Este estudio también constituyó para mi trabajo un antecedente. Ver Capitulo 4 “Estado del arte”

*alimentación no saludable, muy rica en HC y grasas, y pobre en proteínas animales, hierro y calcio” Esta cita específica, qué tipo de obesidad se está pensando para el desarrollo del Programa, no homologa la “obesidad” de la “obesidad en la pobreza”. En el Programa, la obesidad es pensada como “problema de Salud Pública y desde la OPS ha establecido dentro de sus líneas de acción [...] promover el diseño y ejecución de programas que contemplen la prevención y control de las ECNT [...] Se trata pues de buscar “**factores de riesgo**” para enfermedades crónica [...] hoy básicamente esta búsqueda se centra en el comportamiento de los individuos y en actuar sobre las causas de las causas. Ante esta realidad y ante el fracaso de los modelos médico-hegemónico en el control de las enfermedades crónicas no transmisibles que no han podido impedir el aumento de su prevalencia, nos conduce a trabajar mediante estrategias poblacionales, por haberse demostrado que son los que mayor eficacia para el tratamiento de las ECNT”*

Primero, quiero explicar en qué consiste un “estrategia poblaciones”: es aquella que busca realizar intervenciones en la población general pretendiendo que toda ella se desplace hacia una situación más favorable, se diferencia de una “estrategia de alto riesgo” que busca identificar grupos con riesgo elevado y realizar en ellos acciones más intensivas (Ej: un programa para disminuir ligeramente el consumo de grasas en la dieta dirigido a la población general – estrategia poblacional-desplazaría los niveles séricos de colesterol de la población hacia valores inferiores, pudiendo lograr menos índices de obesidad... La utilización de la estrategia de alto riesgo buscaría, en cambio, identificar a los obesos, diabéticos, dilipémicos o con enfermedad vascular incipiente tratando de lograr en ellos una disminución importante del consumo de grasas, y, lograr que este grupo de individuos se desplace hacia una posición de menor riesgo). Al utilizar la estrategia poblacional no sólo se beneficiarían los de mayor riesgo, porque aquellos por debajo del límite de riesgo –siempre arbitrario- también se alejarán de este límite hacia una posición más segura. Los programas de prevención sustentados en estrategias poblacionales tendrán mayor soporte en actividades y acciones realizadas fuera de los servicios de salud o en etapas prehospitalarias de los sistemas de salud [...] Ambas estrategias no son antagónicas, y de hecho, se complementan. (Encuesta Nacional Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Ministerio de Salud y Media Ambiente de la Nación – CEDES)

[http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones\\_28.pdf](http://municipios.msal.gov.ar/upload/publicaciones/Publicaciones_28.pdf).)

Y efectivamente siguiendo la fundamentación del Programa, este plantea que la APS debe ser el nivel más involucrado, *“dado que las intervenciones que se deben privilegiar son las comunitarias concretando acciones que fortalezcan o **generen espacios de participación comunitaria** [...]”*

Ahora, ¿cómo se concibe en la fundamentación del Programa la “participación comunitaria”?:

*“es cosa de todos”*

*la necesidad de generar espacios de capacitación con el aporte técnico de los equipos de salud, que como dijimos al comienzo: **la información es el mínimo grado de participación.***

**La participación es un proceso de aprendizaje hasta llegar a la participación real, momento en el cual pueden tomar decisiones sobre su propia salud, salud a nivel.**

*Las personas y fundamentalmente en las enfermedades crónicas, no pueden ser simples espectadores en su tratamiento, deben participar en la toma de decisiones, pero hay que decidir con conocimientos, y para ello hace falta educación para la salud.*

Recordemos que la “participación comunitaria” en los propios problemas de Salud es uno de los pilares que planteó la Declaración de Alma Ata<sup>30</sup> y, por ello, de la propuesta de API (Atención Primaria Integral), que insiste en que los programas no deben ser verticales, que se debe partir de las necesidades que la población propone, que los programas deben apoyarse en las comunidades de base, que deben incorporarse las diferentes formas de participación comunal incluidas las de tipo político, que debe establecerse un proceso de intercambio entre el saber popular y el saber profesional, que deben respetarse e incorporarse las costumbres de los grupos, etc. (Grodos y Bethune 1988:25)

Por otro lado, la fundamentación escrita, nos da información sobre algunas otras cuestiones de suma importancia para entender las representaciones puestas en juego en la Programación:

---

<sup>30</sup> OMS 1978: Declaración de Alma Ata: “Todo ser humano tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y ejecución de la atención sanitaria que recibe”

Concepción de “modelo de atención”: *nos referimos a todas las actividades que tienen que ver con la atención de los padecimientos en términos intencionales, es decir que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, y o curar un padecimiento determinado [...] casi todas estas formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de la salud, esto no solo lo impulsan los curadores sino además los sujetos y grupos sociales quienes **demandan acciones sobre sus padeceres mas que sobre su salud***”

Esta cuestión, la podremos ver claramente, en el próximo capítulo, cuando analizo los modos en que los pacientes “llegan a los consultorios”, cuestión que está íntimamente relacionada con los modos en que los médicos conciben a los padecimientos. Para adelantarnos, podemos señalar, que el requerimiento de atención en los consultorios está íntimamente relacionado a las concepciones del saber médico, con respecto a que enfermedad es diagnosticada y tratada y cuales son concebidas como secundarias o no diagnosticadas. Ejemplo de esto es que recién después del diagnóstico de “diabetes”, los pacientes obesos son “derivados” a una nutricionista para tratar su obesidad. Cuando un paciente obeso llega a la consulta de los médicos, éstos tratan el padecimiento por el que demandó su intervención y deja de lado la problemática de la obesidad.

El objetivo principal del Programa fue:

*“Capacitar un grupo de Promotores de la Salud que sean multiplicadores en acciones de prevención y promoción de la Salud durante y finalizado el Programa.”*

Este objetivo se los busca lograr a través de: *la programación Local Participativa*

Considerando que:

*“Contando con 175 talleres en total, y necesitando 5 talleres por grupo se llegaron a capacitar en cada grupo 30 personas con un total de 1050 promotores. Cada Área Programática planifica la programación de los Talleres según su realidad local”*

Con respecto al temario que se quería trabajar en estos talleres, en el contexto del Programa, se destacan los siguientes, que como veremos, responden a mi problemática de estudio. En el texto que estamos analizando, el cual fue entregado a los profesionales de la salud encargados de poner en marcha el proyecto en los

diferentes Centros de Salud de pertenencia, se distingue entre “factores de riesgo” y “patologías”.

### **1. Factores de riesgo:**

*Su tratamiento tiene como objetivo la prevención de la ECNT. La información nos indica que la mayoría de estas enfermedades son prevenibles. Se han identificado factores de riesgo comunes asociados a ellas. Estos FR son modificables con estrategias de intervención que detengan o retrasen la historia natural de la enfermedad.*

*La prevalencia de estos factores de riesgo es muy alta en la población adulta, y de no mediar acciones preventivas que modifiquen y disminuyan estos factores pueden transformarse en epidémicos.*

### **Factores de riesgo:**

1. *Hábitos alimentarios*
2. *Sedentarismo*

### **2. Patologías**

*Brindar conocimientos sobre la enfermedad, para el mejor control de la misma y así evitar la aparición de complicaciones crónicas.*

### **Patologías:**

1. *Obesidad*
2. *Diabetes*
3. *Hipertensión*
4. *Dislipemias*

La obesidad es definida como una “patología”, es decir, como una “enfermedad”.

Las causas de esta “patología”, serían, según el texto:

*“Hábitos alimentarios como el alto consumo de grasas e hidratos de carbono*

*Hábitos de vida sedentaria con una disminución de la actividad física.”*

Y con respecto al diagnóstico de la misma, se señala, un método que en los antecedentes de investigación se presenta como el más usado y confiable:

*“Para evaluar si una persona, tanto sea hombre o mujer, tiene un peso bajo, normal o sobrepeso se usa el índice de masa corporal IMC, que se calcula dividiendo el peso en kilos por la estatura en metros cuadrados. IMC: kg/m<sup>2</sup>”*

También se señalan los temas específicos que deben desarrollarse en los talleres: “hábitos saludables de alimentación (guías alimentarias Argentinas)” “hábitos no sedentarios” “obesidad: importancia de evitar su aparición-aumento de la prevalencia a nivel mundial-importancia de las patologías asociadas- diagnóstico- complicaciones-tratamiento” “diabetes” “hipertensión”.

Las fases en las que debían llevarse a cabo los talleres para la “formación de los constructores comunitarios” también estaban pautados en el texto “instructivos” para los profesionales de la salud encargados de “llevar a cabo el Programa con gente de la comunidad”. La primera fase consistía en la “*sensibilización a los equipos de salud, para motivarlos a un apoderamiento del proyecto*”. Esta fase pude observarla, en la reunión “taller” en el Dpto. de Educación para la Salud, representando un “*contacto inicial*” “*Se realizaran talleres preliminares con los Equipos de Salud de cada Área Programática con los siguientes objetivos:*

*Transmitir información sobre el Proyecto*

*Diagnóstico de situación local*

*Motivar la necesidad del cambio de estrategias locales*

*Diagnosticar elementos facilitadores e inhibitorios del proyecto*

*Intercambio de experiencias previas”.*

Esta instancia de taller (realizado el 2/8/2006), es como señalaba antes, un espacio en el cual pudimos estar presentes, y observar como fue el desarrollo del mismo, cómo entre los diferentes agentes de salud encargados de “bajar a la comunidad” este Programa, era pensada la problemática central del Programa: las ECNT (entre ellas la obesidad). En estos encuentros entre el personal médico y no medico de diferentes Centros de Salud dependientes de la Provincia, principalmente del Área Programática III, de la Zona de Salud VIII, pude escuchar y conocer las representaciones que sobre el padecimiento de la obesidad y sus dificultades para tratarla, así como su complejidad intrínseca a su relación a “hábitos” poseían los mismos. En la charla conjunta, se pusieron en juego las diferentes concepciones, historias..etc...sobre las ECNT. Debo aclarar que en este taller se encontraban, entre los presentes, la médica y la nutricionista del Centro de Salud en el cual realicé mi trabajo de campo.

Este taller fue coordinado por el área de “Educación para la Salud” y personal de la misma fueron los encargados de coordinar las actividades, y de informar y capacitar a

los presentes en el modo de llevar a cabo las actividades del Programa. Uno de estos sujetos claramente sintetiza el objetivo del Programa:

*“la idea de estos talleres es como mantener la salud” “acá vamos a hablar principalmente de la salud” “de las ECNT no estamos haciendo nada, estamos en lo de lo materno-infantil” es sobre ECNT “no es una temática abordada generalmente desde la salud pública” “no quiere decir que hayan bajado las infecto-contagiosas “desde la salud tradicional no estamos solucionando nada”*

También señaló los orígenes del Programa, es decir de donde surgió la idea

*“es una idea que surge del Dr. Miguel Rabia y que respondió área programática 3 y otros Centros que les interesa [...] esto nació acá”*

Si bien, a simple vista, nos parece obvio que un Programa de Salud surga de la agenda política, esta simple frase, engloba una de las mayores problemáticas y tema de discusión en los que a APS se refiere. Y tiene que ver, con lo que los familiarizados con las problemáticas de la salud pública conocemos por “verticalidad de los Programas”, las acciones sobre el proceso salud-enfermedad no surgen del dialogo entre los equipos de salud y la comunidad, mínima participación comunitaria, sino son “bajados” y “construidos” lejos de la comunidad que será afectada por los mismos. Si, leemos unas líneas antes, en la fundamentación del Programa, por lo tanto el espacio para la “participación comunitaria” queda circunscripto a “escuchar” y trabajar con la información que ya se decidió que será transmitida. La problemática de la “verticalidad” de las estrategias para buscar la salud, es tan conocida, que incluso la coordinadora de estos talleres la nombra:

*“A quien está dirigido el taller es a los adultos “¿cómo trabajar con la población adulta?” **Buscar gente de la comunidad, ej: un responsable de una familia numerosa, de los comedores para multiplicar en su centro. Grupos de 20 personas “no es vertical”** “es una sugerencia de cómo hacerlo, cada uno después lo maneja como quiere” “primero, en la primera reunión ESCUCHAR por que después a lo mejor hay un obstáculo, una creencia” “ellos van a ser los difusores nuestros” “ellos van a ser replicadores”.*

Esta es la dinámica del proyecto de “multiplicadores comunitarios”: Capacitar a una cierta cantidad de personas de la comunidad cercana al Centro de Salud, para que a

su vez éstas “informen” y “eduquen” a otras personas, también del barrio o comunidad. En ninguna instancia de la “bajada” del Programa, pude reconocer algún criterio de selección de los llamados “multiplicadores”, “constructores” o “promotores”, que como decía, pertenecen al barrio o comunidad. Sin embargo más adelante, ya en la instancia de reunión con “la comunidad” del Centro de Salud Nro. 2, analizaré quienes eran los presentes en las reuniones que se realizaron y cómo fueron convocados.

Ahora volviendo al taller que se hizo con los agentes de salud, quiero focalizarme en analizar, a través de los registros, las representaciones que sobre la obesidad pusieron en juego en la discusión en conjunto, así como las prácticas que realizaron y realizan al respecto de este padecimiento. A través de estas charlas, y en la discusión sobre cómo realizar los talleres con la gente de la comunidad, sobre ECNT y su prevención, puedo describir concepciones sobre éstos padecimientos, y su relación con el proceso salud-enfermedad-atención.

## **7. a.1 Representaciones técnicas sobre la obesidad:**

### **¿Qué es la obesidad?**

Si bien, en los “cuadernillos” la obesidad era definida como una “patología”, para los presentes en el taller y para el personal que trabaja en el área de Educación para la Salud, según su discurso, *“la obesidad es una enfermedad y un factor de riesgo, la obesidad puede ser enfermedad o factor de riesgo, las dos cosas”*

Dos son las cuestiones fundamentales que se quieren trabajar en el taller ya con la comunidad: *“hábitos alimentarios y actividad física, y como modificarlos a ambos”*

Una de las preocupaciones fundamentales de los profesionales era la cuestión de los “hábitos sedentarios”, que como antes señalábamos, son considerados, según los redactores de los cuadernillos instructivos como un “factor de riesgo”. Son considerablemente interesantes las representaciones que los profesionales poseen sobre lo qué es el “sedentarismo” y sus causas, que nos llevan por caminos diferentes a los estrictamente biológicos:

*“el argentino siempre fue sedentario, es un factor que venimos arrastrando desde hace más años, hace 50 años que tenemos crisis” “La gente que ha migrando de zonas rurales” “han migrado a esta cultura de animales de corral pero que pasa?!!!!, no caminan”*

Otra cuestión planteada, al igual que como se señala en el cuadernillo fue el *“aumento de la obesidad en la pobreza”*, sin embargo para otros profesionales de la salud, esta afirmación no puede ser pensada como absoluta, ante ello algunos contestaron *“también en los países imperialistas hay aumento de obesidad”*. Y de la mano de este cuestionamiento a esta representación de la *“obesidad en la pobreza”*, algunos médicos se preguntaban *“tiene que haber otra cosa no solamente comer mal” “es mundial y multifactorial” “tiene que tener que ver con un cambio cultural”*.

Si bien, como vemos, existen explicaciones de este tipo de padecimiento, por parte de los médicos, que retoman cuestiones histórico-sociales y económicas, en las instancias que observe predominó la *“culpabilización”* y crítica hacia los *“hábitos”* de los pacientes y no pacientes de los respectivos Centros de Salud. *“Hábitos”* que deben ser modificados, y ello es la razón de este Proyecto:

*“el hábito del comer es hacer grasas, guisos,... ¿cómo haces con eso?. Nos hemos cruzado y le hemos dicho que no le pongan sal. No terminamos de salir y ya le están poniendo sal” “hay una falta de educación alimentaria”*

*“Esto es un primer paso para que la comunidad venga a educarse y no sólo a entenderse” “el enfermo tiene que cambiar el estilo de vida, no tiene opción” “les decís que tenés que dejar lo de tus padres o tocás el arpa”*

*“las proteínas adiós gracias” “no saben que es una berenjena” “les tenemos que decir como cocinar”*

Podemos pensar, a partir de estas representaciones, que *“la educación”* es homóloga a *“dar información”* (*“les tenés que decir que dejen sino tocan el arpa”*), estas representaciones suponen que con la información de las consecuencias negativas para su salud de los accionares de los pacientes, puede efectivamente modificar los comportamientos. Sin embargo, si atendemos al discurso de los profesionales de la salud, si bien la información que manejan los pacientes se mejora con respecto a su salud, los *“hábitos”* no se modifican significativamente con respecto al consumo de

los alimentos “que engordan”. Ante esta realidad el saber médico busca explicaciones en otras dimensiones, que no pertenecen propiamente a las explicaciones biologicistas, por ejemplo la económica o la cultural:

*“el queso es un hijo” “esto no es sólo patrimonio de los pobres, no consumen lácteos, son muy caros” “hay cosas muy caras, los lácteos son muy caros, son incomprables”*

*“el guiso alcanza para todos, la torta asada suplanta al pan” “la torta asada tiene una función...con leña o carbón se hace por que la garrafa es muy cara”*

*“Propone dar una receta de la torta frita con aceite y no grasa. El enfermero le contesta” “si pero lo que buscan es que pese”*

*“yo como enfermera peso y mido la altura y le digo que están los practicantes de nutrición y dicen no, para que voy a ir? Si me va a dar una lista de alimentos que no puedo comprar”*

*“está esto de la única alegría, la comida, es cultural”*

*“yo como un bizcocho o me da saciedad pero me hace acordar a mis gustos de la infancia”. La Dra. le contesta eso es la “palatividad de la grasa”.*

Todas estas explicaciones, representaciones y concepciones sobre el porqué la gente come lo que como y cómo lo come, pueden ser vistas como recursos de los profesionales de la salud para explicar las dificultades que encuentran para prevenir y tratar las enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo, el Proyecto, del cual forman parte, el de “constructores comunitarios” no tiene como objetivo modificar las situaciones que los mismos profesionales presentan como posibles causas. El Proyecto busca “educar” “informar” y no tratar el cambio de una realidad económico-social que promueve la manutención de ciertos “hábitos”. La educación-concientización constituye un instrumento básico en AP, pero, ante estas representaciones me pregunté como ¿son realmente aplicados por los profesionales de la salud?. Para Menéndez y Di Pardo “la posibilidad de utilización de estos instrumentos no sólo se refiere a las condiciones socioeconómicas que limitan su aplicación y a la carencia de formación técnica específica para manejarlos” (1996:138):

*“Al respecto del CDS Nº 4 “el hábito del comer es hacer grasas, guisos,... ¿cómo haces con eso?. Nos hemos cruzado y le hemos dicho que no le pongan sal. No terminamos de salir y ya le están poniendo sal. Es necesaria la psicología”*

Tampoco falta las explicaciones tautológicas, de porque no se producen cambios en los hábitos alimentarios después del trabajo de “dar información” que los profesionales de la salud realizan en sus lugares de trabajo, *“no es fácil tener una enfermedad crónica y controlarse toda la vida”* “no se puede controlar por que es una enfermedad crónica”, la “cronicidad” explica muchas cuestiones. Este concepto será más analizado en el capítulo siguiente.

Gracias a que en este taller se encontraban presentes personal médico y no médico de 6 Centros de Salud Provinciales diferentes de la ciudad de Rosario, pude recopilar mucha información sobre experiencias diversas y estrategias diferentes de abordaje de la obesidad, así como dificultades y problemas que se presentan en los diferentes Centros de Salud:

- ✓ *Se comenta sobre una experiencia de títeres en los colegios: “el chico cuando aprende a tener estos gustos...”*
- ✓ *“les digo que vayan con los practicantes de nutrición” “la caja en base a eso lo que pueden comer”*
- ✓ *“lo que sirve es ir a la casa dos días antes y avisarles, mañana a las 16:00 horas se hace el taller...carteles en el centro no funciona”*
- ✓ *Comentan otra experiencia referida al tema “hicimos un taller de compras” “un taller de cocina también funcionaría”*
- ✓ *Uno de los centros comenta que “trabajábamos con las diapositivas del laboratorio ROCHE”*

- ✓ Dra. P “por que no podemos por la Provincia que el Mercado de Concentración no tire los viernes la verdura y se lo de a los carenciados”

Continuando con la línea programática y temporal por la cual se desarrolló el Proyecto que estamos analizando, la fase que debía realizarse después del taller con los profesionales encargados de realizar el Proyecto en sus respectivos Centros de Salud, es ya la (según el cuadernillo):

## **2. Programación local del proyecto**

*Segunda fase: talleres con los futuros promotores comunitarios*

### *1. Contacto inicial:*

*Percepción y conocimientos de estos conjuntos sociales sobre la prevención de las enfermedades crónicas y promoción de la salud*

*Rescatar los saberes de los conjuntos sociales sobre las enfermedades del adulto pensando como tales en enfermedades crónicas no transmisibles y que estrategias utilizan en la prevención y tratamiento de las mismas.*

*Compartir información sobre la problemática actual del aumento de prevalencia de las enfermedades crónicas del adulto.*

*Motivar la necesidad de cambio a través de la participación de los promotores comunitarios **conjuntamente con los equipos de salud** para la elaboración de estrategias locales que ayuden a revertir los indicadores epidemiológicos de estas enfermedades.*

La investigadora solo pudo conocer como fue el desarrollo del Proyecto de “Constructores Comunitarios” en la comunidad, valga la redundancia, en uno de los Centros de Salud, específicamente en el que ya estaba realizando el trabajo de campo. Por lo tanto, en análisis de la dinámica y los modos en que se realizó de ninguna forma pretenden conclusiones evaluadoras del Proyecto, sino un análisis de las prácticas y representaciones que sobre la obesidad y otras ECNT se pusieron en juego a la hora de “trabajar con la comunidad”. Y de este modo conocer más sobre el saber médico-profesional sobre este tipo de padecimientos. Específicamente también como son las prácticas sobre ellas en el 1er nivel de atención de la Salud. Donde las prácticas

preventivas y de participación social sobre el proceso salud-enfermedad-atención son la clave del “éxito”.

El Proyecto de Constructores Comunitarios, en el Centro de Salud Nro. 2, en donde realicé todo mi trabajo de campo, se realizó, no en el Centro mismo, el cual no posee un área para este tipo de actividades con “la comunidad” fuera de la Sala de Espera, sino en un “Centro Comunitario denominado San Francisquito de los Pobres”, como lo llamaron mis informantes, en la entrada del mismo había un cartel que lo denominaba de éste modo también, sin embargo, para una de las médicas que participó ese día en el taller era un “comedor”. Sólo el agente sanitario conocía su ubicación exacta, y dado que éste faltó ese día, la actividad se retrasó porque los médicos y residentes que iban no conocían cómo llegar al lugar exacto. El comedor se encuentra en el centro de una manzana, se puede ingresar a él por 2 pasillos. Alrededor todas las casas son casas de materiales muy precarios, mixtos de chapa y material, muy humildes. En el Centro Comunitario se la de “la leche la 230 niños”. La gente que estaba presente cuando llegamos, fue toda “invitada” personalmente por una de las doctoras. Una de las presentes es al parecer “directora” del Centro Comunitario y paciente asidua del Centro de Salud.

*Ninguno de los presentes conocía el objetivo o los contenidos mínimos del proyecto:*

*La Dra. pregunta “¿qué les dijeron a uds. que íbamos a hacer?”*

*Nadie contesta muy precisamente esta pregunta, algunos dicen “algo sobre salud”. Nadie señala de que tipo de enfermedades, o la modalidad de trabajo, etc...*

*Señala “queremos saber sobre que piensan sobre las enfermedades que les voy a nombrar” “los conceptos que vamos a desarrollar en tres miércoles seguidos”(registro de campo)*

Lo cual afirma aún más, lo que desde el 1er encuentro con los profesionales de la salud, para realizar la “bajada” del proyecto, se podía observar, esto es: la ausencia total de participación comunitaria. Si bien, el intento de “incluir” a la comunidad se sostuvo ya durante el desarrollo del Proyecto en el campo:

*La Dra. en muchas ocasiones señaló que “ud. coméntele a sus vecina”.*

*Varias veces resalta que “se va a trabajar con lo que ellos preguntes. Sobre familiares...” “¿En que te puede servir este curso en donde podemos aprender lo que ustedes saben y lo que nosotros sabemos?”.*

*La mujer que trabaja en el Centro Comunitario nos cuenta que trabaja en el Centro de Salud del Distrito Oeste. La Dra. le contesta “bueno puede servir para contarle a la gente, entender lo que les puede pasar”*

*“si tienen algún vecino que tiene diabetes avisen, si conocen gente...”*

*Llega otra mujer al taller. Ésta comenta: “mi hermana tiene diabetes” la Dra. le dice “Informe”, la mujer le contesta “no creo”.*

*La Dra. la motiva para que cuente su experiencia “*

*La Dra. se pone a leer el instructivo que se le dio la semana pasada en Educación para la Salud en donde se propone que hacer en cada encuentro.*

*Les pregunta “¿¿Qué entienden por diabetes???, nadie contesta ¿¿ que le pasaba a a persona diabética??? Tampoco contesta nadie. Una de las mujeres dice “yo no voy a decir” (registro de campo)*

La etapa de inclusión de la “comunidad” al Proyecto, recién se da en la instancia en que se pone a funcionar el proyecto. Al respecto, la antropóloga Patricia Aguirre, dedicada al estudio de la alimentación y políticas públicas en alimentación en la Argentina, señala que esto que reconocemos, no es un caso apartado, sino que es común que la “participación activa de la comunidad”, que se cita en la letra de los programas, rara vez cuenta con instancias institucionales (comités, asambleas barriales, reuniones, consultas...) (2005: 244). Por ello, es sumamente difícil pretender una “participación activa” cuando se convoca a la población (“se-baja”, en el discurso asistencial-institucional) para participar de programas, proyectos...que ya han sido cerrados en su operatoria (“los contenidos ya están definidos”), en las normas (“se harán 5 talleres”), las labores a desempeñar, las actividades a realizar y los insumos ya han sido pedidos, los presupuestos inelásticos ya están aprobados y la única actividad posible es la aceptación o la negación, puesto que hay pocas o ninguna posibilidad e cambiar (por lo menos en los papeles)(2005: 245). La participación en estos casos se reduce al consenso, a la legitimación pos-programas y contar con la actividad de la comunidad para bajar los costos transfiriéndoles a ellos la realización de algunas

labores no remuneradas. (et.al: 245) El Proyecto se diseñó desde las oficinas técnicas de los distintos ministerios y se incluyó la participación comunitaria solo en la etapa de implementación; ni en el diseño ni en la evaluación se admitió la presencia de los destinatarios. El acierto de la postura de esta autora, nos lo da el propio resultado del Proyecto. Al momento de terminar mi trabajo de campo, 4 meses después del inicio de los talleres, no se habían realizado más, sólo se realizó 1 de los 5 talleres programados con la comunidad, que se realizarían 1 vez por semana, continuadas. Ahora bien, ante esta realidad, de la interrupción de los talleres, traté de dialogar con los profesionales que se habían encargado de llevarlo a cabo y preguntarles porqué pensaban que no se realizaba más, cuáles eran las causas, cómo se sentían al respecto... esto es lo que analizaremos a continuación.

Ya en la semana posterior al primer encuentro, al cual no asistió más de 7 personas, el taller fue suspendido, porque: *“hoy tenían la caja, la caja de leche por eso no se podía” (en el Centro Comunitario)”*

*“se suspende, ya le avisé a Joli Y Marta para que junten gente acá” “si ellos no se preocupan que son los interesados, yo que voy a hacer, si el miércoles que viene no se hace paso el curso al área, a otro centro, hay que repartir esas carpetas”*

En este discurso se sintetiza un punto clave para entender el funcionamiento de este tipo de dispositivos de APS, *“si ellos no se preocupan que son los interesados”*

Generalmente, los médicos con los que trabajé, consideran que la comunidad tiene un interés por el saber técnico sobre su propia salud-enfermedad y la prevención, y que por lo tanto debe preocuparse por “informarse”, ya que, desde luego, se trata de su propia salud. El que no lo hagan, no es comprendido por los médicos de otra manera que “una falta de interés”. Me expresaron por un lado frustración (por parte de los profesionales) porque a los talleres no fue nadie. Y no continuaron. Pero tampoco nadie de la comunidad participó de la construcción y programación de éstos talleres, no fueron expresión de una necesidad transmitida por parte de la comunidad. Ante la ausencia de gente, una de las profesionales a cargo, delega en “las mujeres del comedor” (a las que una de las Dra. “invitó” de hacer el curso) de “buscar gente”.

Por otro lado *“si ellos no se preocupan que son los interesados, yo que voy a hacer”*. Se deposita en la gente un “interés” que “deberían tener”, por más que no haya sido la propia comunidad la “primera interesada”.

Para la nutricionista del Centro, que fue una de las que ideó este Proyecto,

*el “problema” es la “convocatoria, acá está el problema de que no venga la gente, si lo pensás son como nosotros, ¿cuántas veces nosotros no vamos a charlas que nos deberían interesar?, yo tampoco voy. Yo sufro de jaquecas desde hace años y casi no he ido nunca a todas las charlas sobre dolor de cabeza, ellos (refiriéndose a la gente del barrio) son iguales a nosotros, somos todos iguales en algunas cosas, todas las clases sociales”*

*“No hay involucramiento de la gente por adentro” Tampoco de la gente de afuera. “Directamente la gente no estuvo abocada a eso, o no le interesó, o yo creo que muchas veces tiene que ver...volvemos a la parte sociocultural, del interés que tiene la población y también de cuánto uno puede disponer para ese interés porque a veces hay cosas que uno tiene que hacer, uno tiene que sobrevivir, uno tiene que comer, trabajar, hay otras cosas para hacer, cuando nosotros tenemos ehh y lo hemos comprobado por que lo habíamos hecho acá, como era importante lo que es lo correcto, lo que es lo correcto en la alimentación de los niños entre 0 y 6 meses*

*“la convocatoria”: en los otros Centros en los que se debía realizar el taller, éste no fue mucha más exitoso:*

*“en el Centro No 4 tampoco hubo convocatoria” “¿Te acordás que iban a hacer en el N° 9 un desayuno???” “bueno tuvieron que salir a buscar gente, no empezaron”.*

Sin embargo, según mis informantes, en otros Centros sí pudo realizarse y de forma exitosa el Proyecto:

*“pero por ejemplo en el N° 24 hay práctica sobre esto, hay entrenamiento y principalmente continuidad, hay una psicóloga que lleva muy bien esto, han hecho caminatas con la comunidad...”*

Esto recalca la importancia de la formación técnica-profesional de los médicos y no médicos que trabajan en APS. Al respecto Menéndez nos dice que en la práctica no se recupera la palabra del “otro”, tampoco existe la formación y entrenamientos para trabajar en educación para la salud o participación social (1996)

A esta falta de formación-entrenamiento, se le debe sumar las condiciones laborales en las cuales el personal de salud trabaja: relación de dependencia, normatización de sus labores, tiempos establecidos para la consulta... debido a este tipo de organización tan jerarquizada las posibles “tomas de decisión” de estos profesionales, aunque acertadas, no son consideradas a nivel institucional. Claro ejemplo de esto es que mientras se realizó el 1er encuentro- taller con la comunidad, la nutricionista, una de las que participó en la organización del Proyecto, no pudo asistir al mismo, ya que tenía que atender pacientes en el Centro de Salud. También otro miércoles, en el que se debía realizar el Taller con los futuros Constructores Comunitarios, cuestiones de tipo burocrático-organizacional del Centro impidieron su realización: *“no vamos a ir hoy al barrio porque hay supervisión”*.

Me parece, de suma importancia, para analizar el saber médico atender a las diferentes formaciones profesionales, refiriéndome a la etapa de educación-formación. Los médicos “mas nuevos”, es decir, los residentes del Centro de Salud, en ciertas ocasiones me hicieron comentarios que denotaban una postura crítica sobre los modos de proceder en los proyectos, como el analizado, que busca la “prevención” y la “educación para la salud”. Ejemplo de esto fue, lo que uno de los residentes me comentó ante la interrupción de los talleres: *“¡a! Ya se casaron de ir al barrio”*. Esta simple oración, que en el habla denotaba una cierta ironía, esta mostrando en realidad un encuentro de saberes generacionales, en donde las generaciones más jóvenes de médicos, reciben una formación más intenta en recursos para trabajar con la comunidad, o simplemente para concebirla, y los principios de la API, resultado de este proceso, no tan nuevo, es el actual Plan Curricular de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Rosario, que no escatima en los contenidos de corte socio-cultu-económicos del proceso salud-enfermedad-atención. Muestra de este cambio que se está produciendo, a partir de la percepción del resquebrajamiento del MMH (Modelo Médico Hegemónico) (al respecto consultar textos y trabajos como los de Lorez Arnais “El concepto de salud. Concepciones y Paradigmas” en **Hacia una Epistemología de las Ciencias Humanas**) es el comentario de uno de los residentes cuando terminamos el 1er encuentro-taller con la comunidad:

*“estoy molesta, ésta era una oportunidad para desarmar el conocimiento hegemónico, el saber hegemónico, e hizo lo de siempre, no los dejó hablar”(refiriéndose a una de las médicas)*

En los documentos sobre el Programa de constructores comunitarios la fases que debían sucederse después de los 5 encuentros con los participantes de la comunidad eran:

**3. Tercera Fase:**

*Elaboración de folletería educativa destinada a la comunidad diseñada entre el Equipo de Salud-Promotores Comunitarios, Capacitadores y Departamento de Educación para la Salud.*

**4. Cuarta Fase:**

*Monitoreo de los talleres y evaluación final a cargo de Jefes de Áreas Programáticas y Departamento de Educación para la salud*

*Se realizarán una supervisión.*

*Finalmente se dará una acreditación de Establecimiento Promotores en Salud a aquellos Centros que acrediten el cumplimiento de los 5 Talleres correspondientes, la elaboración de la folletería ilustrativa para la comunidad y un Proyecto para multiplicar en las Instituciones de su zona de cobertura los contenidos de los talleres en forma conjunta con los Promotores.*

Estas son las fases que en “teoría” debían devenir a los talleres de capacitación de “promotores comunitarios”. Y los tomé del material documental. A la finalización de mi trabajo de campo, en el mes de diciembre de año 2006, los talleres no se habían continuado, por lo tanto no se había llegado a estas fases. (Habiendo empezado en agosto)

Para la antropóloga Patricia Aguirre tres son los elementos necesarios para la participación: “contribución”, “organización” y “poder”. Este aspecto, el poder, constituye probablemente el elemento más importante de la participación comunitaria, implica una instancia de toma de decisiones relativa a sus propias prioridades, implica el surgimiento de las capacidades, actitudes y destrezas para negociar con miras al logro de sus metas. Este es el punto con mayor conflicto (2005:244). Propongo que la comunidad a la que estaba dirigido el Proyecto, realizó

una “toma de decisión” al no concurrir a los talleres a los que eran “invitados”. Demostrando así, una vez más, que la participación no sólo tiene que estar presente en “los papeles” sino que es el elemento base para cualquier decisión de la salud de una población. Sin la cabida de la población, a la que está dirigida los programas, proyectos... no puede hacerse nada. Sin embargo, para los profesionales, esta decisión conciente de la población de no asistir a la convocatoria, se explica por una “falta de interés”. Lo cual es una respuesta lógica, si no fue la misma población la “interesada” en realizar alguna acción específica, y de las características propuestas, sobre los problemas de salud que están presentes para los profesionales de la salud.

### **7. a. 2 ¿Cómo se definió a la obesidad en el 1er encuentro con la “comunidad”?**

Como antes señalé, la participación de la comunidad en este Proyecto fue mínima, simplemente fueron “invitados” a capacitarse como “promotores comunitarios”. Sin embargo, analicé este espacio (1er encuentro del Proyecto de Constructores Comunitarios) que se realizó con gente del barrio “San francisquito”, a través, principalmente del “uso de la palabra”. La “participación”, está, para la investigadora, íntimamente relacionada a la “comunicación”; y es por ello que concibo los modos de “uso de la palabra” como un eje de análisis para conocer los roles de participación de los presentes.

Si bien, en el instructivo que se otorgó a los profesionales encargados de llevar adelante el Proyecto y que participaron del encuentro entre profesionales que se desarrolló en el área de “Educación Para la Salud”, se señalaba la importancia de incorporar “*saber del otro*”:

*“Rescatar los saberes de los conjuntos sociales sobre las enfermedades del adulto pensando como tales en enfermedades crónicas no transmisibles y que estrategias utilizan en la prevención y tratamiento de las mismas.”*

Este propósito no se vio reflejado en el taller con la comunidad. Se realizaron algunos intentos, por parte de la médica que dirigió el encuentro, de incorporar a “la charla” al “público”:

*Les pregunta “¿¿Qué entienden por diabetes???, nadie contesta ¿¿ que le pasaba a persona diabética???. Tampoco contesta nadie. Una de las mujeres dice “yo no voy a decir”*

El “uso de la palabra” fue principalmente para y de la médica. Aunque creo, pienso, que no de un modo “intencional”, ya que, y esto íntimamente relacionado a la oferta y la demanda y la ahistoricidad de sus propias prácticas, los presentes “esperaban”, en cierto modo sabían, que la profesional les iba a dar “información”, “esperaban” que hablara sobre contenidos médicos, que lleve a cabo una “plática”, ante esto, resulta lógico que los presentes no desearan incluirse en una dinámica de diálogo e intercambio, que desde un principio fue pautado excluyéndolos.

Ante la “falta de participación”, la médica se circunscribió a realizar una “lectura-explicación” de los contenidos de todos los encuentros que a partir de ese día se realizarían todos los miércoles, y que como ya adelanté no se realizaron, “se frustraron”.

Entre los contenidos, la médica incluyó algunas representaciones sobre la obesidad y sus causas:

*“con respecto a la obesidad algunas culturas, el sumo por ejemplo, esa gente vive 110 años a pesar de la obesidad, pero si la médica me dice que es malo, bueno tenemos que conocer qué nos engorda, qué podemos comer?”*

*“la obesidad no se marca sólo por un rollito, hay que tomar medidas, la cintura...no es tan fácil, no es cosa de decir: esta gorda bárbara”*

También explicó a los presentes que significaba que una enfermedad sea caracterizada como “crónica”:

*“las cosas se van poniendo viejas, es decir crónicas...” “a veces no hay información, no explicamos” (refiriéndose a los propios médicos) “estas enfermedades son muy silenciosas de todas formas todas las enfermedades avisan”*

El uso de metáforas para la explicación de las enfermedades fue un recurso muy utilizado y convenientemente didáctico, si bien no pude conocer si para los presentes fueron claras y entendidas:

*Julia le pregunta la Dra. “¿por qué se pone la insulina?”. La Dra. le explica pacientemente todo el funcionamiento de la insulina en el cuerpo por medio de*

*metáforas “como el circuito de la luz” “la insulina le da la mano a las células para entrar a trabajar, si no hay insulina o no puede salir del páncreas no trabajan...la comida, el sándwich de miga no entra así, sino que entre en forma muy chica...”*

También, en el intento por incluir a los presentes en la tarea de llevar adelante el Proyecto, es decir, de lograr el tan solicitado “involucramiento”, una de las médicas presenta como recurso utilizado por los profesionales de la salud la ayuda que muchas veces reciben de los propios pacientes para el “diagnóstico” de las enfermedades:

*“ya no existe más la diabetes 1 o 2, por que en una misma persona se pueden dar las dos, hay por ejemplo, actualmente adolescentes que directamente hacen una diabetes de adulto, los médicos a veces no nos damos cuenta de estas cosas y las mamás a veces nos ayudan”.*

A modo de conclusiones de capítulo:

“La historia de la participación  
comenzó antes de que se lanzara  
los slogans de la Atención Primaria de Salud, y  
se prolongará más allá de las vicisitudes actuales  
de las políticas internacionales  
en materia de desarrollo sanitario”

Fassin, D 1999

(“Entre ideología y pragmatismo.  
Ambigüedades y contradicciones de la participación  
Comunitaria en salud”)

El análisis del “Proyecto de Talleres de capacitación para Promotores Comunitarios”, significa para mi problemática de estudio, no sólo conocer más sobre el saber médico - profesional (fundamentos y experiencias teórico-prácticas) sobre la obesidad que poseen los profesionales que trabajan en el 1er nivel de Atención a la Salud (APS), así como un primer acercamiento a la concepción de este saber como “un saber mediador en procesos políticos e ideológicos” (Comelles), sino también, representa un aporte al conocimiento de los dispositivos con los que la APS se enfrenta al padecimiento de la obesidad.

En un contexto más general, pienso que el análisis de este Proyecto, ínfimo en amplitud a comparación del movimiento de Programas Nacionales que actualmente se lleva a cabo en los diferentes Centros de Salud dependientes de la Provincia de Santa Fe, me puede ayudar a la aproximación hacia una caracterización de qué Atención Primaria es la que se está usando para la atención de la población, siguiendo los criterios de Alma Ata y Riga, podemos deducir que prevalecen los recursos como “charlas de información”, “talleres de capacitación”... que si bien son un intento, y en ciertas instancias logran algo de “adherencia” a las conductas preventivas (en este caso las no transmisibles), no construyen espacios de “participación” de los propios “enfermos”, en dónde ellos mismos puedan formar parte de las “decisiones” sobre su salud, y su “otro saber” sea emponderado. La dedicación escasa de los agentes de salud a la atención de las realidades de la propia comunidad, a sus valores, a sus estructuras, a sus conflictos, explican en parte la dificultad de la realización de éste

tipo de programas, aunque como señala Didier Fassin, no se deben subestimar los efectos de la oposición de la clase médica a este tipo de programas, ya que toda transmisión de *saber* es una transmisión de *poder* (Michel Foucault nos señala la íntima relación entre saber-poder), éste tipo de programas cuestiona el monopolio profesional, no solamente en el terreno terapéutico sino también en el acceso a los recursos políticos. Para Didier Fassin la contradicción mas flagrante de la ideología participativa, y de la *retórica participativa*, claramente expuesta en este capítulo, es que la participación de la población se considera necesaria para el tratamiento de la s-e-a siempre que ésta esté de acuerdo con la forma de ver y entender a la misma por parte de los agentes de salud y expertos. Que se imponga un modo de participación (“escucha”, “repetición de los contenidos inculcados” “participación en instancias ya planificadas”...) contradice el principio mismo de dicho término.

“La delegación del saber a la comunidad es siempre de naturaleza política, y las modalidades de su puesta en práctica no reflejan ni más ni menos que las ideologías que la justifican. La delegación del poder y del saber tienen en común el inscribir las formas de participación en el espacio de las luchas políticas” (Fassin, 1999)

## **7. B. Representaciones y prácticas en el “acto clínico” de los profesionales de la salud del Centro de Atención Primaria sobre la obesidad.**

Para el lector ajeno al mundo de la “salud pública” quiero dedicar esta primera parte de este capítulo, para reseñar brevemente que es esto de la “APS” (“Atención Primaria de la Salud”). Así como la propia investigadora cuando se introdujo en este “nuevo campo”. Comprender que es la APS, y acercarme a la bibliografía específica sobre ella, fue uno de los tantos “descubrimientos” y necesidades que reconocí en mis primeras inmersiones al campo. ¿Qué es un Centro de Salud? ¿cuál es su diferencia con un Hospital? ¿cómo funciona, para que y para quienes funciona? ¿Cuál es el objetivo?...todas estas preguntas me llevaron a buscar información sobre la historia y funcionamiento de la APS en la ciudad de Rosario. Por cuestiones de espacio no puedo incluir en este informe final de Tesis todos los temas y reflexiones que sobre la APS pude conocer y su funcionamiento en la Provincia de Santa Fe. También las relaciones intrínsecas que ésta estrategia (APS) tiene con la programación nacional (Políticas, Programas) que son “bajados” a, entre todos los otros, el Centro de Salud donde trabajé

La Atención Primaria de la Salud es:

“Es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud”<sup>31</sup>

Por razones de espacio, nuevamente, me veo obligada a reducir el contenido de esta reseña, y simplemente presentar una imagen general sobre la APS, y resaltar las cuestiones más importantes para este trabajo.

---

<sup>31</sup> “Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia”. Ginebra-Nueva York 1978

Para autores reconocidos en la temática sanitaria, como Daniel Grodos y Xavier de Béthune (1988) la estrategia de la Atención Primaria en Salud no nació de la nada y como milagro en la Declaración de Alma-Ata (ver Anexo). Por el contrario, extrae lecciones de la acción médica pasada y formula para el futuro una estrategia global lo suficientemente ambigua para ser movilizadora y suficientemente consistente para servir de guía de acción y reflexión. No es ni una doctrina ni un cuerpo teórico, sino una lección extraída de la experiencia de campo.

Primaria significa primera, primordial, de primer recurso. Es decir fundante y fundamental, y no marginal. En 1985, casi diez años después de la Declaración de Alma Ata surgen críticas a la APS por su “utopismo y costo prohibitivo”, y en un coloquio en Anvers (Bélgica) se construye la APS “selectiva” (en oposición a la APS “integral” que concibe al proceso salud-enfermedad-atención de un modo más holístico). Este nuevo enfoque concentra sus esfuerzos en algunas intervenciones, dirigidas hacia grupos de población precisos, y seleccionados (un claro ejemplo de ello, es el surgimiento de los “grupos de riesgo”). Sobre este nuevo enfoque y con el aval del presupuesto externo es que surgen la multiplicidad y mosaico de programas que actualmente funcionan en el marco del “Plan Federal de Salud” (ver anexo). Para los autores Grodos y Bethune, en realidad debería abandonarse, en este nuevo enfoque, el término Atención Primaria y utilizar el de “intervenciones sanitarias selectivas”. Este nuevo enfoque buscó “soluciones rápidas” y “éxitos instantáneos” y desviar así los recursos limitados de la solución de los problemas reales subyacentes (mala alimentación general, infraestructura precarizada, agua potable etc..). Contribuyen de este modo a mantener un mal estado de salud general. Programas “prioritarios” (seductores, de corto tiempo, baratos, y con resultados aparentemente rápidos). El enfoque multicausal y a largo plazo, que se planteó en la Declaración de Alma Ata es reemplazado por un enfoque de problemas (patologías). Actualmente nuestro sistema sanitario público de salud está constituido por las siguientes características:

- primacía del hospital (segundo escalón de la atención) sobre el Centro de Salud de Atención Primaria (primer escalón)
- primacía de la ciudad sobre la zona rural
- primacía de las actividades curativas sobre las preventivas.

- primacía del médico sobre el resto del personal de salud
- primacía de las técnicas importadas y costosas sobre las técnicas disponibles y reproducibles localmente.
- primacía del tratamiento de la enfermedad sobre la promoción de la salud
- primacía de las construcciones sobre las actividades
- primacía de la medicina sobre el desarrollo de otros servicios en la zona rural.

Si bien cada país define como poner en práctica la APS, las posibilidades para los autores que citamos anteriormente se limitan a 4 perspectivas:

1. como un **nivel de atención**: el más próximo a las personas, el que se supone ampliamente descentralizado, de modo de ser fácilmente accesible y cubrir realmente la población de cada zona sanitaria.
2. como un **programa de acción**: que comprende al menos los 8 componentes siguientes: tratamiento de enfermedades corrientes, protección materno-infantil, vacunaciones, educación de la salud, lucha contra la malnutrición, prevención y control de las enfermedades endémicas, suministro de medicamentos esenciales y saneamiento del medio, que incluye la provisión de agua potable. Alma-Ata significa un carácter necesariamente múltiple de la acción médico - sanitaria.  
 Más importante es la gestión emprendida para ponerlas en práctica y que consiste en: a partir de la **demanda** de atención que emana una población dada. Identificar los **grupos de riesgo** en esta población. Responder a esta demanda y a estas necesidades **racionalizando la oferta** de atención posible.
3. como una **estrategia de organización de servicios de salud** que vuelve a colocar sobre sus pies al sistema médico-sanitario, es decir: 1) que pone al hospital al servicio de centros de salud rurales y no a la inversa; 2) que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y de promoción sanitaria; 3) que apela a la participación de la población; 4) que toma en cuenta que la respuesta a los problemas de salud no puede venir sólo del sistema sanitario.
4. como una **filosofía general** que impregna todo el sistema de salud, filosofía que “vuelve a poner a la medicina en su lugar”, es decir: responsabilizar a los

individuos y las comunidades. No reglamentando un desvío excesivo de recursos hacia el sector sanitario en detrimento de otros componentes de base del desarrollo. Considerando la equidad en la distribución de la atención. Concibiendo la salud de manera global, es decir bajo todos sus aspectos y en todo su ambiente social, cultural y económico. (1988: 75)

Creo que tomar estas 4 perspectivas de análisis como ejes de guía para el estudio de la realidad de la atención primaria para la salud constituye una problemática de investigación sumamente interesante y pertinente para el trabajo por la salud de la población. Sin embargo mi limitado trabajo realizado en un Centro de Salud Público Provincial de Atención Primaria para la Salud de la ciudad de Rosario no puede dar cuenta actualmente, en el nivel de análisis en el que he trabajado de las características de la configuración de esta estrategia.

En el marco de esta “estrategia” es que se inserta mi lugar de trabajo y los agentes que en él trabajan. Y en el cual “accionan” sus saberes (prácticas y representaciones) sobre los sujetos obesos de la población que pertenece al área sanitaria de correspondencia. Estas representaciones y prácticas de los médicos y profesionales de la alimentación (nutricionista) sobre la obesidad serán descritas y analizadas a partir de la información obtenida por medio de las entrevistas y las observaciones en el Centro de Salud. Describiré y analizaré las representaciones y prácticas de los profesionales de la salud. Este capítulo busca recuperar elementos que caractericen las representaciones y prácticas médicas sobre la obesidad. Partí principalmente, del siguiente interrogante:

### **7. B. 1 ¿Qué es la obesidad para los médicos y profesionales de la salud del Centro de Salud?**

Para algunos de nuestros sujetos (agentes de salud) la obesidad es diferente ha hábitos alimentarios. Sin embargo, a lo largo de nuestro trabajo de campo, recocimos la importancia que se le da a los “modos de preparación de los alimentos”, que forman parte de lo que constituye un “hábito alimentario”, como una de las causas de obesidad. Principalmente se cuestiona el modo de preparación de las “verduras” de la población que asiste al Centro. Cómo antes señalábamos en el marco teórico, la

obesidad es una cuestión compleja y de múltiples dimensiones, y claro está, íntimamente relacionada con los hábitos alimentarios, o más bien, a ¿cómo comer? Sin embargo, no todas las causas de la obesidad o el sobre peso provienen de los “hábitos alimentarios” o, como el discurso médico expresa los “malos hábitos”, o simplemente “comer de más”. Existen otras dimensiones, de tanto o más importancia, según los sujetos de estudio, los médicos, como así también para los pacientes con sobre peso con los que he trabajado, no sólo en estas investigaciones, sino en trabajos anteriores. Estas dimensiones son más de tipo socio-psicológicas, es decir, más vinculadas con la conflictividad de los lazos sociales, la precarización laboral y habitacional... Para una de las médicas del Centro de Salud, que por los mismos médicos y profesionales de la salud del Centro es la “especialista de las grasas”: *“La obesidad es por el stress es por stress, por depresión, no por lo que comés”* esto es ejemplificado: *“hay quien se come una vaca y es un palo, no es una cosa de alimento, es una ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE. No tiene tanto que ver con lo que comés”*. Para la investigadora, esta frase, sintetiza el núcleo para analizar en la comprensión del padecimiento de la OBESIDAD. Si leemos atentamente, la obesidad es, para esta profesional, una “enfermedad crónica” desencadenada, no por una ingesta más calórica que la necesaria para no tener sobre peso u obesidad, sino por causas de tipo psico-sociales, como es el “stress”. Esta definición de obesidad, y de su etiología, va más allá de la definida como IMC (Índice de Masa Corporal – Cap. Estado del Arte) mayor de 30.

Para mí, como investigadora, y con años de trabajo de campo en la temática, esta aparente “contradicción” no es novedosa. En trabajos anteriores realizados en una Institución Privada que ofrece planes de adelgazamiento (ver capítulo “Estado del Arte”, pág. 63), la obesidad también era planteada como una enfermedad, a pesar de que los pacientes no la consideraran de ese modo. La obesidad era asemejada a la diabetes, y para explicar su “cronicidad” se recurría a argumentos como la “adicción” y las “recaídas” cuestiones retomadas de las lógicas de los grupos de auto-ayuda de AA (Alcohólicos Anónimos). Esta influencia de los grupos de AA, es reconocida por el propio fundador de la Institución (por razones de preservación del anonimato – como cláusula de permiso para trabajar, me reservo de decir el nombre de la misma) donde trabajamos:

“En 1966 me acerqué a Alcohólicos Anónimos con el fin de conocer cómo se ayudan entre sí los alcohólicos y encontré una de las líneas de pensamiento que más contribuyeron a hacerme comprender al obeso. Los conceptos de conductas adictivas y de recuperación se fueron cristalizando en mí y en el equipo por medio de este contacto” (Cormillot, A y otros 1977:9)

“la obesidad es una enfermedad, como la diabetes o la gota, muchos de cuyos mecanismos desconocemos y que además no tiene cura sino recuperación. Ningún obeso podrá volver a comer normalmente sin riesgo de recaídas. No es un vicio, es una entidad que puede reconocer múltiples etiologías, pero con características orgánicas, psicológicas y sociales lo suficientemente concretas como para ascender al grado de enfermedad. Es preciso dejar de repetirle al gordo “coma menos y muévase más”, porque el resultado será igual que decirle a un reumático que no sienta dolor, a un tuberculoso que no tosa o a un asmático que respire bien. Recuperarse no significa solamente llegar al peso adecuado ni aprender los elementos que constituyen la dieta, ya que la mayoría de los obesos estuvieron algunas o muchas veces en línea y generalmente tienen buena información sobre lo que los engorda. Recuperarse es llegar a la sobriedad, o sea convivir con la enfermedad, llevando a cabo una vida que permita realizar una dieta, una existencia sólida en que sustentarse para no fracasar” (et.al:24)

Aunque, al igual que la concepción de alcoholismo, la obesidad como padecimiento no curable, como se expresa en los grupos de Gordos Anónimos (ALCO Asociación de Lucha Contra la Obesidad), es compartida por una gran parte de la profesión médica.

Los profesionales del Centro reconocen la complejidad del abordaje clínico de las ECNT, y que entre ellas, la obesidad, incluye abordar esferas que “escapan” a lo estrictamente biológico (“stress...”) o a la intervención clínica clásica (“medicación”). Recordemos que la obesidad al estar intrínsecamente relacionada a condiciones socio-culturales (“el guiso” “el mate con bizcochitos”...), a los hábitos y potencial estado patológico, establece mayores limitaciones al manejo exclusivamente técnico.

Es aquí donde surgen y pude observar más contradicciones, o incongruencias, tanto a nivel discursivo como en las prácticas clínicas. La obesidad es según el mismo discurso médico explícitamente definido por la mayoría como una enfermedad, pero la

representación que se expresa a través del conjunto de respuestas se refiere más a una concepción como problema social y “cultural”

*Médica Generalista, “especialista de las grasas” del Centro de Salud:*

*“la alimentación en la Argentina [...] han cambiado los hábitos alimentarios, la cultura, hace 20 años atrás era muy difícil que una chica de 18, 19, 20 años tuviera ese famoso cinturón alrededor, eso que se ve si uno se pone paradiño en la peatonal Córdoba y ve pasar a las chicas de esa edad tienen como esas adiposidades, como esa cosa localizada que antes no se veía, ahora por qué?? Le echamos la culpa al macdonald, a esa comida rápida??? A no comer en familia??*

Con Menéndez, considero que las posibilidades de establecer diferencias claras entre los contenidos específicamente técnicos, en mi caso, de la obesidad y los contenidos socioideológicos, que también conforman el saber médico, es difícil. Prueba de esto, para la investigadora, es la enorme cantidad y variedad de las dimensiones de la problemática, que los médicos me han transmitido, ante mi pregunta sobre ¿qué es y por qué padecemos obesidad?. El saber médico, no siempre puede recurrir para fundamentarse y retroalimentarse a los resultados de la eficacia técnica aplicada simplemente a lo biológico, como por ejemplo sería la práctica de recetar una medicación para la obesidad, es por ello deben recurrir a aspectos ideológicos, que incluirá y resignificarán. Veamos que nos dice una de las nutricionistas del Centro sobre una de las tantas medicaciones que se pueden utilizar para adelgazar:

*“el Rimonobant es la droga de la obesidad, es muy cara, todos mis pacientes las van a pedir. Lo que hace es que los receptores decanobastoides (los bloquean y produce anorexia), pero va a deprimir por que ese receptor es el de la euforia. Sólo lo probaron 4000 personas, es muy poca cantidad” Una de las medicas presente le dicen: “son los efectos de mierda de siempre”. Continúa la nutricionista: “vi los estudios en el Congreso de Obesidad, hay que ver que consideran bueno o malo en cantidad de cantidad de descenso, mis pacientes bajan 10 kg por año. Se pide el 10% del peso inicial, como buena forma de*

descenso. Podés trabajar 6 meses con la droga y después que hacés?? La obesidad es crónica.”

A nivel discursivo, una de las nutricionistas del Centro de Salud, nos explicita claramente la dificultad del abordaje de este tipo de padecimientos:

*“Recuerdo siempre una vez, un profesor me dijo: “no se metan en cosas que no son su problema, no hagan de psicólogos, para eso son los psicólogos, no pueden hacer todo...y este es un consultorio que da para hablar de muchas cosas, ASÍ ES TRABAJAR CON ENFERMEDADES CRÓNICAS”*

Cómo vemos, los profesionales reconocen, esta complejidad que significa la “enfermedad” de la obesidad. Incluye aspectos a “tratar” con los cuales la formación médica no se siente cómoda, o con las herramientas adecuadas para tratarlas, menos aún, si nos referimos, a las herramientas con las que disponen los profesionales de la salud pertenecientes al Sector Público de Salud, específicamente al Primer Nivel de Atención, que constituye un Centro de Salud:

*“la enfermera le comentaba a la Dra. sobre su hijo, joven de 21 años más o menos, que pesa 115 kg. :”toma, tiene presión alta, ahora lo mandé a la nutricionista del Centro, ahora está allá”. La Dra. le contesta, “es una cosa compleja, lo que hacemos acá no sirve para nada, tenés que hacerle una terapia de contención, con psicólogos, nutricionistas...” registro No. 23*

De todas formas, además de las representaciones sociales de las causas de la obesidad, aparecen en los discursos de los médicos, explicaciones de tipo biologicistas y técnicas. Entre ellas una muy difundida, la “teoría del adiposito” o “gen ahorrativo”. Si bien cuando escuché por primera vez en que consistía la teoría, no entendí el mecanismo y la lógica de este teoría por ser “específicamente técnica” y expresada en jerga “biológica”, gracias al trabajo de campo extenso que realicé, pude “re-preguntar” sobre ella, así como consultar bibliografía especializada. La HIPÓTESIS DEL GENOTIPO AHORRATIVO, postula que las circunstancias nutricionales adversas afectan a los individuos más capacitados para depositar el exceso de energía como grasa. En las sociedades con abundante abastecimiento de alimentos, esta adaptación produce una

obesidad excesiva y diabetes tipo 2 debido al desequilibrio en el eje insulina/glucosa. Por lo tanto la diabetes 2 representa una característica genética que se manifiesta al haber exceso de alimentos. Una HIPOTESIS alternativa sostiene que la tendencia a acumular grasa es el resultado DE CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS EN EL UTERO, que producen cambios metabólicos programados que favorecen el depósito de la energía de la dieta como grasa. Esta hipótesis del origen fetal se ha utilizado también para explicar el surgimiento e una variedad de enfermedades metabólicas en las sociedades de transición, como una respuesta fenotípica multigeneracional a la transición nutricional (Martonell y Stein 2003: 739). No debe ser extraño encontrarnos con este tipo de explicaciones como causa de la obesidad, ya que la reducción de la causalidad de ciertas enfermedades a determinantes biológicos es y ha sido, uno de los basamentos de identificación del rol del profesional médico y su disciplina, la medicina.

En relación a las representaciones de los médicos sobre la obesidad, aparecen, para ellos, íntimamente relacionados otros padecimientos. En varias ocasiones, entrevistando a los médicos, y preguntándoles específicamente sobre la obesidad, las respuestas se dirigieron hacia la problemática de la “desnutrición”. Problemática fuertemente presente en el Centro de Salud, en dónde la médica pediatra y las médicas generalistas tratan a niños con pesos por debajo de la curva de peso normal. Para muchos de éstos médicos, la problemática de la desnutrición y la obesidad son “*dos extremos de un mismo problema*”. Este problema sería, para los médicos, la MALNUTRICIÓN

*“porque muchas veces no es un sobrepeso es que se alimentan mal, porque únicamente puede ser a papa, o a pastas porque es lo único que pueden comprar, hay que entender que es una MALANUTRICION!! Estamos nutriéndonos mal...nosotros hicimos un trabajo hace un tiempo con gente de acá, y hablábamos...nos preguntábamos que es la desnutrición (agarra un folleto y comienza a leerlo)”*

*“Dra: “muchas veces la obesidad puede ser la malnutrición, por ejemplo comer mal, se come lo que se tiene o se puede comer, porque una muchas veces ahí sii yo voy a comer el queso descremado, si yo...no no...”*

Como vemos, claramente, en estas respuestas, la enfermedad se desplaza en su etiología a causas más económico-sociales. Se desplaza el eje de la enfermedad hacia los “modos de alimentarse”, hacia la problemática de la “accesibilidad a los alimentos”. Principalmente alimentos ricos en nutrientes. Cuestión que, en muchas ocasiones fue transmitida también por los propios pacientes *“no siempre se puede hacer la dieta...imaginate con 200 pesos” “hacer la dieta es muy caro”*.

### **7. B. 2 La “no adhesión” al uso de “las verduras”.**

Nos preguntamos por que recurrentemente, este tipo de alimento era nombrado por los profesionales de la salud, como un obstáculo para conseguir la “alimentación saludable”. Creemos que la disposición geográfica influye específicamente en este Centro de Salud. ¿Por qué? Por que si atendemos al mapa que incluimos sobre la ubicación del Centro de Salud Nro. 2 veremos que a poco menos de 1 cuadra se encuentra el Mercado de Productores de Verduras y Hortalizas. Para algunos profesionales del Centro *“teniendo el mercado de concentración se podría hacer muchos más”*. Principalmente teniendo en cuenta, que para ellos *“la gente no usa verdura”* “La verdura no la utilizan” *“no sé porque no la utilizan por que sí tienen cocina” (registros)*. Ante esta pregunta, continuamos hablando y buscando posibles respuestas, entre ellas destacamos que la causa de la no-utilización de las verduras, es debida, a que *“no está dentro del hábito socio-cultural, ellos crecieron sin comer verdura, por que es difícil lavar la hoja de verdura es más fácil tirar un bife en la plancha, es difícil ponerse a lavar el repollo, lavar un tomate, hervir una acelga, no se le han enseñado a ellas y ellas no pueden enseñárselo a sus hijos...”*, incluso por algunos médicos, este no-uso de las verduras, es *“por donde pasa el tema de la obesidad”*:

*“Con respecto a la obesidad para mi el tema pasa porque no saben usar la verdura...a las madres no les gusta y por lo tanto no las preparan y no se la dan a los chicos, es su gusto, a lo mejor si a los niños se les diera les gustaría”*

Esta descripción, que aparentemente provendría del sentido común, esta mostrando el conocimiento por parte de nuestros sujetos de estudio, de, lo que Bourdieu, en su brillante obra “La distinción” denominaría “construcción social del gusto”. El gusto, por

ser una construcción histórico-social, puede ser modificado. Y así lo es a través de las generaciones y horizontalmente según el lugar que los sujetos ocupan en el espacio del juego de posiciones sociales. Ahora ante esta posibilidad cabe preguntarnos ¿quién y cómo debe modificarse este “gusto” ya establecido, “reacio” a las “verduras”?

También se identificó como problema el “desconocimiento de cómo prepararlas”, si bien “muchos de los hombres del barrio trabajan en el mercado, por lo tanto hay más acceso y circulan las verduras y frutas” (registros). Esta representación que, al sentido común podría parecer una contradicción, “circulan verduras porque trabajan en el mercado” y “no saben prepararlas”, quise comprenderla poniéndola en diálogo con las propias prácticas de los pacientes, para lo cual me dirigí directamente a ellos:

*“Llega Juli (nombre ficticio) para hacerse atender por la Dra. “estoy haciendo dieta para el colesterol”. La Dra. se retira a buscar unos medicamentos. Nos ponemos a hablar, le pregunto sobre que come, me pregunta si yo sé cómo cocinar algunas verduras que no sabe mucho, por ejemplo la calabaza, el zapallito, y las coles de Bruselas. Tanto su marido como su hijo trabajar en el Mercado de Verduras y Frutas que queda a una cuadra del Centro de Salud “muchas gente trabaja en eso en el barrio” (registro de campo)*

Por otro lado, los mismos profesionales nos señalan la importancia de los “materiales para cocinar”, específicamente en lo que a cocción se refiere “en general la gente de la villa cocina, si tiene garrafa o leña que está mojada sin embargo las últimas familias que llegaron ahora no tienen garrafa”. A la par de esta situación el los “hogares” del barrio, con respecto a la situación alimentaria se suman otras; especialmente la cuestión de los “comedores”. Se presentó el cambio en los roles, al interior de las familias, “las madres no cocinan, ahora los chicos van a buscar al comedor, ahora van al comedor...sácales los comedores, a veces van y no comen, nadie les corta la comida, los comedores en la escuela no sirven, son muy fríos...a mi lo que me parece importante tener el comedor en la casa, la mujer se levanta a las 10:00 y comen mate o...”

Esta última cita nos introduce a la problemática de los cambios que se han producido al interior de las familias. Los profesionales no creen, en general, que los comedores sean la mejor opción para la alimentación de los niños. Se preguntan por que las

madres “no cocinan más”. Pregunta posiblemente fundamentada en la concepción de que el cocinar y la cocina han sido el ámbito por excelencia de las mujeres. A colación de este cuestionamiento que los propios profesionales hacen, queremos concentrarnos en lo que una autora, que antes citamos, Patricia Aguirre, nos dice, y que quizá nos ayuda a comprender esta percepción de los profesionales de la salud sobre “las madres no cocinan más”. Según la autora, la proliferación de comedores (“que en muchos casos fueron en realidad comederos”) impactó en algunas mujeres como una forma de crecimiento para ellas, un recurso para “salir” de la casa para participar en emprendimientos sociales como comedores, clubes de madres y hacia el final de la convertibilidad también en cortes de ruta(Aguirre, 2005:121) Cuando en los comedores, ellas eran caracterizadas como “beneficiarias”, este recurso más que una ayuda representó para ellas el “vaciamiento de sentido” de un rol que había internalizado desde pequeñas, del mismo modo, en los hombres representó un quiebre en la representación de “hombre proveedor”. “Durante muchos años la alimentación fue el recurso privilegiado de las madres para fundar su identidad y transmitir los valores domésticos en torno a la comensalidad familiar (absolutamente dominada por las mujeres)” (et.al : 122) A su vez, y con respecto a los niños que asisten al comedor, la autora, nos dice que se producen daños en la “socialización” de los pequeños comensales, al remplazarse a la “mama” por un servicio anónimo. Sobre esto nos alerta una de las agentes sanitarios del Centro de Salud

*“lo que yo veo es que a los hijos no les dan cariño es como si tuvieran un muñeco, no lo agarran... las mamás están diferentes...ellas no sabían que el afecto los nutre más, dales la comida cantando...dale tu tiempito”.*

Este agente sanitario conoce a la perfección la disponibilidad de comedores para niños y adultos del barrio y así nos los enumera:

*Comedor en la escuela y “de descentralización”*

*El de la escuela da la comida a las 11:30. El Comedor es mantenido por la FAO Da a las 17:30 por orden. “Antes estaban a la noche pero se lo prohibieron, por la inseguridad” “todos en el comedor son por jefas”.*

*Los comedores en el barrio son:*

- 1. “Francisquito de los Pobres”*
- 2. San Nicolás 3030 (Vecinal San francisquito – Descentralizada )*

3. *CDI deriva a los niños con bajo peso. Centro Crecer. Los derivan del Centro de Salud.*

4. *Comedores de la escuelas: “son 3” “mejor dicho no tienen comedor, dan comida, les mandan la comida hecha” “los que peor comen no son los pobres”*

*Agente: “En este CDI puede ir la madre” “porque el de 12 años no puede ir al comedor y comer lo mismo que son otros hermanitos de 8 ó 4”*

Como vemos no son pocos los comedores, y si bien no fue trabajada en profundidad la problemática específica del “comer afuera de la casa” pienso que el impacto en la nutrición de los niños y adultos, ya que en muchas ocasiones estos también son beneficiarios, es alto.

Si bien, antes señalaba que en general las representaciones de los médicos sobre los comedores y su papel en la provisión de alimentos cuestionaba o no lo veían como “la mejor opción”; otros profesionales señalaron que “el tema de los comedores” dá

*“la ayuda a la familia carentiada a que el niño pueda tener una comida, muchos comen en el comedor y vuelve, y vuelven a comer con la mamá, les aporta que el chico pueda jugar, pueda estar acompañado, que pueda ser educado, y también se le da un plato de frutas, verduras, leche...no conozco ahora la disponibilidad de los comedores, pero hay comedores donde se trabaja mucho, donde hay mucha gente que interactúa, que ofrece un servicio comunitario para poder luchar contra esto que es muy importante porque la persona ha ido cambiando su estructura, y a lo mejor la chica de hace 20 años atrás no logra tener en los percentilos la altura que tiene ahora, en obesidad!!!... porqué se va a macdonald?? Por qué hay más stress?? Por qué no se vive en la casa?? Porque estamos todo el día practicando cosas?? Por qué no comemos al mediodía?? Por qué pasamos y estamos con el yogurt light??? No comer no es la solución, el no hacer las comidas como corresponde no es la solución...o sea a mi me parece que en este momento que ha cambiado tanto, cambiando tanto el mundo no? El occidental que ha hecho tantos cambios en sus formas de vivir...ehh...tantas grasas...tanta comida rápida, tanta comida que es nociva para la salud, que aumenta el colesterol, aumentan los triglicéridos, que aumentan nuestra oleada de glucosa en sangre...nos pasamos comidas rápidas para trabajar.... (en este momento deja de hablar)”(registro de campo)*

Esta representación para esta médica de los comedores como un lugar en donde un niño “puede jugar, puede estar acompañado, pueda ser educado....”

Nos remite a ciertas concepciones de lo que es “comer”, que cuando citaba mis referentes conceptuales señalaba, el comer es un acto social y debe serlo. Comer como entretendido de las relaciones sociales, el acto de comer en un comedor, para los agentes de salud nos habla de un contexto específico:

*“pero no es problema de los niños, nuestra cultura hace que seamos así, porque nos olvidamos chicos que la alimentación, no es simplemente un acto de comer, la alimentación es un acto social es un acto donde las familias se reúnen, donde los niños se reúnen, donde podemos compartir experiencias, y es un momento tan especial que... el desayuno es un acto social, de estar relajado, consumir alimentos que sean agradables, no es una carrera de meter cosas adentro. El desayuno es la comida más importante del día!!! Eso quiero que lo recuerden para toda la vida, ¿vos que comés a la mañana? (dirigiéndose a uno de los chicos) “café con 2 bizcochos” “¿cuántos bizcochos? Le ponen algo?” “dulce de leche y manteca” “bueno muy bien, hay algunas cosas que podemos hacer en el desayuno pero que forma parte de los hábitos, y muchas veces nosotros no tenemos los hábitos, es muy fácil agarrar una medialuna o un pan con manteca*

Quiero incluir dentro de este análisis de las representaciones de algunos profesionales sobre qué es el “acto de comer” algunas representaciones sobre “qué es el alimento”. Tanto por parte de los médicos como de las agentes sanitarias del Centro el alimento, posee valores más allá de los nutricionales, para una médica que entrevisté

*“el alimento no es simplemente lo que vos vas a hacer...te vas a sentar y vas a meter dentro como cuando uno llena el tanque del auto...el alimento genera otro tipo de estimulación, estímulo de cariño, estímulo de estar acompañado en una mesa, de comer, muchas veces cuando hay angustias se come mal, se come de más”*

Con respecto a la Obesidad en el barrio, personal del Centro realizó un trabajo de mediciones antropométricas en niños del mismo. Al respecto me señalaron que existe un *“un foco de obesidad –detectada por algunos profesionales del Centro- cerca del Colegio Gendarmería Nacional, por el tipo de comidas que sirven allí”*. Por lo tanto, estamos aquí en presencia de dos problemáticas, que para los profesionales, influirían en la presencia de formas de “malnutrición” en el barrio, por un lado la problemática se direcciona hacia el “hogar” y los “modos de preparación o no de alimentos saludables en el hogar” y por otro lado la comida que se ofrece en los comedores. Al respecto, nos gustaría incluir algunas cuestiones que observamos en una charla que una de las médicas del centro de Salud dio en el Colegio que según nuestros sujetos de estudio hay un “foco de obesidad”. La médica, durante la charla pregunta dirigiéndose a las maestras de los alumnos presentes si *“acá hay nutricionistas???”*. Ante estas preguntas las maestras contestan *“no no hay, pero recibimos la comida ya hecha, nos la mandan desde la “comida centralizada” (registros)“lo que pasa es que estamos observando que muchas veces, en una semana repiten la comida, por ejemplo comen dos veces hamburguesas y por ahí no es lo aconsejable” Dra: “ajá...bien...bueno vamos a ver primero un almuerzo ideal...no siempre se puede hacer...esta opción tiene muchas vitaminas... (Comenta sobre el almuerzo que aparece en el afiche) atún a la parrilla con limón...deberíamos comerlo 2 o 3 veces por semana...actualmente la comida y el estilo argentino hacen que no ingrese el pescado”*

Pero además de los “comedores” que se encuentran presentes en el Barrio, del área de cobertura del Centro de Salud, en nuestro trabajo de campo reconocimos otros lugares e instituciones que trabajan complementando la labor del Centro de Salud, en lo que a cuestión alimentaria se refiere. Con respecto a estos lugares, a continuación, de modo resumido reseñaremos como trabajar y cuales son las representaciones que sobre estos otros “dispositivos”, más de tipo asistencial, tienen los profesionales del Centro:

### **7. B. 3 “Intersectorialidad”/ “Interinstitucionalidad”/ Trabajo en red con respecto a la Obesidad.**

Durante la búsqueda de antecedentes de investigación para mi proyecto, relevé mucho material sobre los modos de organización de la APS, incluyendo la Clásica Declaración y Alma Ata y la reafirmación de sus postulados en la Declaración de Riga. En ellos leía, que toda estrategia de APS debe ser un trabajo en RED con otras instituciones de todo tipo, derivado, claro está, de la concepción integral y englobadora de salud. Mis primeras observaciones en el Centro de Salud y mis primeras entrevistas informales con el personal del mismo, me mostraron que esta cuestión era, actualmente, de fundamental importancia, en el funcionamiento del Centro. Principalmente en el tratamiento y abordaje de la problemática de la alimentación.

Ya señalamos como “los comedores” funcionan como fuertes pilares para la manutención de la nutrición de los niños. Y señalamos como son representados y conocidos por los profesionales de la salud del Centro de Salud Provincial. Sin embargo también, me señalaron, en varias ocasiones, el trabajo intersectorial que el Centro realiza con los denominados Centros Crecer. Los denominados “Centros Crecer” forman parte de un programa llevado a cabo por la Municipalidad de Rosario, es decir, que dependen del área municipal, a diferencia del Centro de APS de estudio, en cuestión, que depende de “la Provincia”.

Fueron varias personas del Centro (agentes de salud, la directora del centro...) que me señalaron la importancia del trabajo con el Centro Crecer, dediqué unas semanas a la búsqueda de material y realizar una entrevista con una Coordinadora de este Programa, para conocerlo mejor. Pero desde ahora quiero adelantar, que en el trabajo conjunto con éste Centro Crecer, el cual es el Centro Crecer Nro. 9 (Iriondo 2612) ver mapa. Es el Centro Crecer que por cercanía le correspondería trabajar con el Centro de Salud Provincial Nº 2. En este Centro Crecer se provee “la caja” (de alimentos) a aquellos que el Centro de Salud Nro. 2 identifica que lo necesitan. La “caja” no es entregada por el Centro de Salud. Existen, actualmente en la ciudad de Rosario, 29 Centros Crecer que dependen de la municipalidad de Rosario, más 4 que dependen de

ONG's y se desempeñan a través de convenios con la Secretaría de Promoción Social de Rosario.

El Centro Crecer y su Programa son "el primer nivel de intervención del terreno" El Programa depende de la Secretaría de Promoción Social ("no hay médicos").

### **Historia y modo de funcionamiento del "Programa Crecer":**

(Información Obtenida por medio de una entrevista con la Lic. Rosa de Castro – Programa Crecer – Secretaria de Promoción Social – Municipalidad de Rosario- 2/8/2006 – registro Nro. 12)

El programa surge en el año 1997. Según mi informante, comienza como un movimiento en las casas de familias donde surgen las denominadas "ollas populares". La Municipalidad de Rosario comenzó a repartir cajas de alimentos en éstos hogares. Sin embargo en el año 2001 se redujo la cantidad de cajas, debido a la inmensa demanda y el aumento de la población que las requería. Sin embargo continúa su reparto. Éstas cajas que actualmente se reparten están clasificadas en caja "A" contiene una determinada cantidad y determinados productos. Caja "B"...

En el marco del Programa Nacional PROMIN, según mi informante, se construyeron la mayoría de los "Centros Grandes". Éstos Centros "no son jardines, es educación no formal, hay 3 salitas de tres edades en los centros grandes de 2 a 5 años"

Otra de las funciones de estos centros es:

"la idea es que la gente de la comunidad que están en sus casas asustadas se las visite, que no conocen los circuitos de trámites"

En los centros se dan talleres de cocina, con lo que viene en "la caja" "con platos regionales (del Chaco...)" "se intenta estrechar vínculos, derechos y deberes ciudadanos"

Dentro de los Centros Crecer, en el momento en que realicé el trabajo de campo se llevaba a cabo, según mi informante, una actividad denominada "sabores que saben". Señalo esto, debido a que, en estas actividades se trabaja siguiendo los contenidos de la denominada "guías alimentarias argentinas". Esta publicación, como decíamos "Guías alimentarias para la población argentina". Manual de Multiplicadores" cuyos autores son: Silvia Lema, Elsa Longo, Alicia Lopresti, y es publicado por la Asociación Argentina de Dietistas y Nutricionistas Dietistas, es, por lo que he podido observar, de suma importancia y conocimiento por los efectores de salud tanto municipal,

Programa Crecer, como por los provinciales. Para construir los contenidos, relacionados a la alimentación, del Taller de Constructores Comunitarios también fueron una fuente importante de información.

El equipo técnico de todo centro está conformado por: coordinador, auxiliar de cocina. Los más grandes a veces tienen psicólogos.

Tienen, en los Centros pasantes, desde hace 3 años, de la carrera de nutrición de la UCU (Universidad de Concepción del Uruguay). Antes tenían convenio con la Facultad San Martín (con un convenio con Salta). Desde el año pasado con la UCU. Los pasantes están 6 meses.

Para la Coordinadora de este programa *“se coordinaron coesfuerzos”*. Cuestión que también es transmitida por el personal del Centro de Salud. Una de las agentes de salud, me comentaba sobre el *“trabajo en red”*: *“todos los agentes trabajan con las instituciones: Iglesia, Centro Crecer que se encuentra cerca del Centro de Salud, escuelas de alrededor”*. *“el Bolsón lo entrega la Parroquia siempre que está derivado por el agente sanitario, si no van con la derivación dejan su dirección y el asistente sanitario va a visitarlos”* *“al Centro Crecer se mandan los chicos desnutridos”*.

Interpreto este *“trabajo en red”* y *“co-esfuerzos”* como una expresión de la complementariedad interinstitucional que se realiza en el tratamiento de la problemática alimentaria, específicamente en los niños. A nivel de las prácticas, de los servicios, se ve este trabajo conjunto, más allá de que se produzca o no a nivel de gestión.

Sin embargo, debo señalar, que algunos médicos del Centro de Salud no conocen el funcionamiento de estos Centros Crecer, ni cómo se realiza la repartición de las *“cajas”* y que contienen las mismas.

*“La Dra.*

*Pregunta “¿qué tiene la caja?”*

*Le contestan del CS N° 4 “latas, ahora sacaron todo, ahora en invierno lentejas, dan harinas...”*

*(la “especialista de las grasas” del Centro N° 2 que trata muchos pacientes diabéticos, y deriva a los obesos, no conoce y no está enterada de que contiene la caja de alimentos de la cual es beneficiaria un importante porcentaje de los derechohabientes del Centro)*

Este trabajo conjunto con los Centros Crecer, me mostró en que consiste un trabajo “intersectorial”, y su funcionamiento, el cual trasciende la mera cuestión nutricional y se inserta en la esfera “política”.

Además de los Centros Crecer existen otras instituciones relacionadas, y con las que se trabajan en cierto modo en “red” con el Centro de Salud Nro. 2. Sin embargo debo destacar que estas otras, no son, por decirlo de alguna manera “instituciones formales” pertenecientes a los Sectores Gubernamentales. Se trata más bien de instancias de agrupaciones comunitarias, barriales... Que sin embargo, han percibido las problemáticas alimentarias, entre otras relacionadas a la salud, de su propio barrio y han decidido participar en su abordaje. Una de ellas es la denominada por mis informantes la “Casita de Todos” (Constitución 2945) ubicada a pocas cuadras del Centro de Salud, según una de las agentes sanitarias del Centro *“en ella ganamos mucho con la desnutrición” “la casita se abrió por la desnutrición”*, sin embargo, en ella actualmente se hacen talleres de actividades prácticas en madera, también se hace *“psicología, desde acá los 5 psicólogos”* al parecer, los profesionales psicólogos que trabajan en el Centro participan en “La Casita de Todos”.

Quiero destacar que quién me comentó sobre este lugar, este emprendimiento comunitario, es una de las “agentes sanitarias” del Centro de Salud. Ningún médico me nombró la labor realizada en “La casita de todos” o siquiera su existencia. Esto no debe ser tomado como casual, ya que son, por lo menos en nuestro Centro de estudio, las agentes sanitarias, el supuesto “vínculo” del Centro de Salud con la Comunidad en general. Y por lo tanto las (generalmente son mujeres) que *“deben conocer”* la comunidad.

En los más de 6 meses que estuve trabajando en el Centro cualquier ocasión de “puertas para afuera” del Centro de Salud contó siempre con la presencia de un Agente Sanitario. Para el acompañamiento de la “Campaña de desparasitación”, de los encuentros de “constructores comunitarios”, para dirigirnos al Colegio donde se dieron algunas charlas sobre “alimentación saludable”, la agente sanitaria nos acompañaba. La agente sanitaria es el “lazo” en algunos casos el único, entre los médicos y la comunidad, de puertas para afuera del Centro. Incluso, podemos decir que los médicos (de las diferentes especialidades) temen salir “a terreno”, así nombrado por ellos

mismos, sin el agente sanitario. Para Grodos y Bethune (1998) no debe ser el “agente de salud lugareño” la piedra angular, sino el equipo a cargo del dispensario periférico:

“Pero lo esencial de nuestra crítica de los agentes de salud de base reside sobre todo en lo siguiente: Responsabilizar a las personas y a las comunidades en lo que se refiere a su salud supone una cierta desmedicalización de la acción sanitaria, una cierta desmitificación del poder del médico y de la autoridad de la medicina: es “el lado oscuro” de toda participación real. Ahora bien, esta desmedicalización y esta desmitificación no se efectuarán nunca con los agentes de salud de base pasando del lado del servicio médico; sólo se efectuarán cambiando el servicio médico” (1988:79)

A su vez, y más relacionado con el tema de la obesidad, podemos incluir en este apartado, sobre intersectorialidad e interinstitucionalidad en el abordaje de la obesidad, al grupo de “Gordos Anónimos” (ALCO) que se realiza sus encuentros en una Escuela del barrio. Esta información la obtuve por las entrevistas informales con varias pacientes de que esperaban ser atendidas por la nutricionistas. Ni la nutricionista, ni la médica generalista que se encarga de muchos pacientes con obesidad y diabetes, me nombraron esta Institución, que por conocimiento general, sabemos que cumple un rol y ha cumplido históricamente un protagonismo fundamental en el abordaje del tratamiento de la obesidad. En una de las consultas, una paciente le comentó a la médica: *“Estoy llendo a gordos anónimos [...] si en ALCO me dijeron que llevo aumentados 22kg desde que tuve a la nena, es mucho. La Dra. Le dice: bueno el miércoles que viene vamos a hablar con la nutricionista que hoy se fue a vacunar a una escuela”*. Si bien la paciente comenta que está tratando su problema de sobrepeso en ALCO “gordos anónimos”, la Dra parece no darle más importancia al hecho. Muchas otras pacientes me comentaron que suelen concurrir a los encuentros de “Gordos Anónimos”, sin embargo, éste hecho no me lo transmitieron los profesionales del Centro.

Esta “omisión” quizá esté relacionada con el fuerte crecimiento de la presencia de estos “grupos de auto ayuda” que para autores como Simon Williams y Michael Calnan, éste crecimiento puede ser visto en términos de resistencia legal a la dominación de la racionalidad médica sobre las formas experimentadas de conocimiento (1996)

Otras actividades como caminatas, talleres de huerta...etc constituyen un repertorio de actividades relacionadas a la problemática de la alimentación y específicamente sobre la obesidad que existe en el Barrio, o en el área de cobertura del Centro de Salud pero de las cuáles éste último no participa.

### **Tipos de “DERIVACIÓN”**

Las formas en que los médicos, nutricionistas derivan o reciben pacientes, constituyen una expresión de las concepciones que sobre la salud-enfermedad poseen los mismos. Constituye una fuente de conocimiento de las clasificaciones y modos de abordar la salud-enfermedad. Cuál profesional debe tratar tal o cual “cuadro” nos habla de las representaciones y saber técnico sobre la obesidad que tienen los profesionales de la salud. Cómo identifican, clasifican y piensan al tratamiento integral del padecimiento. A su vez, es un modo de conocer la dinámica organizacional de la APS (Atención Primaria de la Salud), los modos de relaciones con otros nodos de la red.

A partir del análisis de los registros, podemos pensar una clasificación de dos tipos y formas de “derivación”, es decir, de derivar, y en algunos casos delegar, el paciente o el padecimiento a otras instituciones o profesionales. En este caso la clasificación tiene como fundamento “el lugar” físico hacia donde se produce la “derivación”:

#### **“Derivaciones al interior del Centro de Salud”:**

En el contexto del Programa Nacional de Prevención y detección de la diabetes, en el Programa Provincial de Diabetes, se realizaron, durante mi estadía en el Centro de Salud, una campaña de detección de diabetes, la cual se llevaba a cabo por medio de un análisis de sangre. La misma se realizó durante casi una semana, en las mañanas. Una vez que un/una paciente era diagnosticado con diabetes, era “derivado” a las médicas generalistas, las cuales a su vez, en caso de que la paciente tuviera sobrepeso u obesidad era “derivada” por esta a la nutricionista. En algunos casos esta derivación se realizó el mismo día:

*“Vi dos mujeres que se estaban pesando con la nutricionista ambas se estaban pesando por que las habían mandado a pesar “por que me dio mal el estudio”. A una de ellas la nutricionista le dice: “vas a tener que venir después a adelgazar”. Ya que la paciente le dijo que tenía que volver la semana que viene a repetirse el*

*estudio. La nutricionista le pregunta “¿quién te derivó?” la mujer pareció no entender lo que le estaba preguntando, entonces la nutricionista le dijo “¿Por qué venís?” Al parecer la Dra. quería saber con quien se había atendido y quien le había dicho que debía pesarse. Ella le contesta con el nombre de la médica generalista.”*

*“La misma nutricionista me sugirió la idea de trabajar también con los pacientes de la Dra. P –generalista- que muchos de ellos son derivados a la nutricionista para una “planificación alimentaria” debido a su diabetes”*

Como nos señalaban los autores que cité en mis antecedentes de investigación, la diabetes tipo 2, antes denominada mellitus, está intrínsecamente relacionada etiológicamente con la obesidad y el sobrepeso, por ello no es casualidad que los pacientes diagnosticados y que presentaran obesidad fueran inmediatamente “derivados” a la nutricionista. También ésta “derivación” tiene que ver con la necesidad de que los pacientes que padecen diabetes “aprenden” y “modifiquen” sus hábitos alimentarios para controlar la enfermedad, en palabras de los profesionales “dieta para la diabetes”.

Cuándo los pacientes acuden a la médica generalista, especialmente los casos de diabetes, y presentan obesidad u sobrepeso, la médica propone trabajar en conjunto con la nutricionista, el caso. Lo mismo sucede en los casos en que pacientes con obesidad piden un turno directamente para tratarse con la nutricionista y ésta pide análisis de sangre para saber si son diabéticos, en caso de positividad los “deriva” a la médica generalista:

*“le entrega unos estudios a la Dra (nutricionista), e inmediatamente dice “yo sé que son los triglicéridos y el colesterol, ya te pregunté”. La Dra. ve los análisis y dice “tenés que ir yaaa a lo de la Dra.(generalista) para que te medique esto, es urgente!!!!”*

*La Dra. le contesta “lo tuyo es genético, hay una cuestión genética, una dislipidemia genética”. “Tu caso debería ser trabajado en interconsulta con el hospital, donde trabaje un clínico o endocrinólogo, tu caso hay que estudiarlo mejor”*

*Esta mujer tiene obesidad, no mide más de 1,60m y pesa 110 kg seguro. No habla mucho. Comenta “la Dra Adriana me mandó, tengo alta la tensión y sufro del corazón”. Dra: “a hipertensión” Sra. “si eso”*

*Dra: “está medicada?”*

*Sra: “si”*

*Dra: “¿es diabética?”*

*Sra: “no sé”.*

Observé que los pacientes acuden, generalmente a la médica generalista por malestares físicos, con síntomas y ante esta situación la médica solicita estudios de laboratorio que después señalaran si padece o no diabetes. Ahora, en mi trabajo, me pregunté ¿cómo llegan los pacientes a la consulta de la nutricionista? Esta pregunta, en parte ya fue contestada “por derivación” de la médica que detectó la diabetes, pero que pasa con aquellos pacientes que no se acuden a la consulta de la médica generalista, y que por lo tanto no acceden a la profesional nutricionista por el criterio médico:

*” Le preguntó como llega la gente a su consulta, sí es por derivación... me contesta que “no la gente viene porque se entera, viene sola” “como por ejemplo hoy Perez vino porque Lopez le comentó (usa apellidos para ejemplificar)”*

No hay una derivación a la consulta de la nutricionista, según ella, por casos de obesidad. “boca en boca” se enteran de la OFERTA del consultorio de una nutricionista en el Centro de Salud. Este consultorio funciona 1 vez por semana, a la mañana. Generalmente las pacientes suelen ir todas las semanas o cada quince días a un “control”. Digo “las” porque en los período que estuve realizando el trabajo de campo, no vi hombres que se atendieran en con la nutricionista, sólo algunos casos de “maridos” o “parejas” que acompañaban a su mujer. Si sólo atiende una vez por semana, y en muchos casos incluso las pacientes faltan, “por el frío” “por el calor”, significa que no existe una fuerte demanda de atención específica de problemas nutricionales, como por ejemplo la obesidad u sobrepeso. Esto está, para mí, íntimamente relacionado con el escaso tratamiento específico dado por los médicos del centro a ésta enfermedad. **Es decir la escasa demanda es producto de la escasa**

**oferta.** Sin embargo es notable la demanda de atención, en el Centro, por síntomas no específicos, pero si íntimamente relacionados al padecimiento de la obesidad: diabetes, hipertensión, problemas traumatológicos... tenemos entonces un proceso aparentemente contradictorio (Menéndez 1996) Analizando desde lo que Menéndez entiende por ésta relación médico-paciente, como una relación de mutuas expectativas: un profesional define su propio rol a partir del tipo de problema que el paciente propone. Tanto el médico como el paciente y su familia, tienen determinadas expectativas acerca de la intervención médica y el facultativo tiene también expectativas relacionadas con el tipo de enfermedad, el tipo de paciente y el rol de la familia. Es a partir de este SISTEMA DE EXPECTATIVAS MUTUAS que debemos entender, por lo menos en parte lo que se produce en la relación médico-paciente. La relación médico-paciente supone un encuentro donde no sólo operan significados técnicos, sino también significados y sentidos sociales, culturales y psicológicos. En consecuencia, las expectativas y significados sobre [...] el sobrepeso y la obesidad, en mi problema de investigación [...] se constituyen en la vida cotidiana y en la relación médico-paciente. El médico tiene una expectativa de la escasa durabilidad en el tratamiento de la obesidad o afirma la “falta de voluntad”. Si bien ambas remiten a representaciones sociales colectivas, el médico necesita convertirlas en representaciones y prácticas técnicas. Retomaré estas cuestiones cuando analice los procesos relacionales de salud-enfermedad dentro de los consultorios en donde se trabaja con gente con obesidad u sobrepeso.

Esta escasa oferta, en realidad nos está expresando que la obesidad es casi no atendida específicamente. Cuando un paciente acude a las consultas de los/las médicas generalistas, aunque se detecte la obesidad, padecimiento que no requiere de estudios de laboratorios para su detección, los médicos tratan el padecimiento por el cual se demandó su intervención y dejan de lado la problemática de la obesidad.

Cuando es directamente tratada la obesidad es cuando se detectó que el paciente sufre de diabetes, o cuando el paciente “decide” acudir a una nutricionista para tratar “sus kilos de más”. Acá nos encontramos con otra problemática que excede la problemática específica que trabajé en este informe, pero que es de suma importancia, y tiene que ver con el otro polo de la relación médico-paciente: ¿qué hace que quieran acudir a una nutricionista?. Si bien realizamos algunas entrevistas

informales con pacientes, no trabajaremos aquí esta cuestión. Ya que deberíamos incluir las representaciones que sobre la labor profesional médica, en este caso específico, de la nutricionista posee la población que acude al Centro de Salud y la que no lo hace también.

El diagnóstico de la obesidad, en estos casos, es resultado de una “derivación secundaria” ya que primeramente se identificó la diabetes y no la obesidad, por más de que ésta no necesite un análisis de sangre para ser detectada. Se deriva al paciente a la “nutricionista” para que baje de peso y para cambiar su plan alimentario (más adelante dedicaremos unos párrafos para analizar qué es para los profesionales un “plan alimentaria”) me pregunto ¿si se derivan los pacientes a la nutricionista recién cuando ya se ha diagnosticado la diabetes –enfermedad crónica no transmisible-, no resulta poco preventivo. No sería “más eficaz” o “más lógico” que la nutricionista trabajara con los pacientes que no tienen ya ésta enfermedad crónica, la cual no desaparece más? Si la obesidad es un “factor de riesgo”, como algunos efectores del área de “Educación para la salud” me señalaron “así lo pensamos desde acá” y algunos conocimientos médicos dicen que es un factor desencadenante de la diabetes ¿Por qué tratarla una vez aparecida y no antes?

#### **“Derivaciones con otros niveles de Atención de la Salud” (Hospitales, especialistas de otros niveles...)**

La estrategia de Atención Primaria de Salud supone trabajo en red con diferentes niveles de complejidad para la atención de la salud.

Mi trabajo se focaliza específicamente en el primer eslabón y escalón de complejidad, el 1er nivel de atención, el cual debiera cumplir un rol sustantivo no sólo en las actividades curativas, sino también en la promoción para la salud, el desarrollo comunitario, la participación social etc. El 1er. nivel es la “puerta de entrada” al sistema sanitario de Salud Pública. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y a comunidad con el sistema nacional de salud pública, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar en donde residen, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Es el punto más cercano a la población y el encargado de “diagnosticar” los cuadros de los pacientes. Cuando uno de ellos necesite una intervención que exija más complejidad y

especificidad el 1er nivel, debe “derivarlo” y asegurar su entrada a los eslabones de más complejidad de la red.

*La Dra. le contesta “lo tuyo es genético, hay una cuestión genética, una dislipidemia genética”. “Tu caso debería ser trabajado en interconsulta con el hospital, donde trabaje un clínico o endocrinólogo, tu caso hay que estudiarlo mejor”*

Sin por ello “desembarazarse” del paciente, sino buscar el tratamiento interdisciplinario y continuar el seguimiento del caso:

*Los niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución.<sup>32</sup>*

Principalmente el Centro de Salud en el cual trabajé, trabaja con el Hospital Provincial de la Ciudad de Rosario. El Centro de Salud, constituye principalmente, un lugar donde se “pueden pedir turnos” para las distintas especialidades médicas que no están representadas (“endo” –endocrinología, “ORL” otorrinolaringología...; “hemato”, “cirugía”; “kine”) por los profesionales de la salud que trabajan en él. Existe una secretaria que todos los días se comunica con el Hospital Provincial, y le dicta a la secretaria del hospital el número de Historia Clínica que el paciente tienen en el Hospital (que consta de 7 números). La historia clínica que ese paciente tiene en el Hospital, no es la misma a la que tiene en el Centro de Salud (cuyo número consta de 3 cifras). Si el paciente no tiene historia clínica, se lo ingresa por el número de DNI. Los pacientes “no pueden pedir turnos sin una orden” de alguno de los profesionales del Centro de Salud que considera necesaria la interconsulta y la derivación. Específicamente y para ejemplificar esta modalidad, en un caso una paciente que padecía diabetes y obesidad y que estaba siendo tratada por la médica generalista y la nutricionista fue “derivada” al Hospital en donde se le detectó cálculos en la vesícula. Según la paciente no pudo ser operada, al momento en que hablé con ella, por el nivel

---

<sup>32</sup> “Atención Primaria de Salud. Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia” Ginebra-Nueva York 1978

de su diabetes. Sin embargo hay excepciones *“muchas veces no vienen con orden para atenderse en el Provincial porque ya se atienden con un médico allá en especial”*

En esta instancia de conocimiento de los modos organizacionales entre los diferentes niveles de complejidad de atención a la Salud, pude conocer y acercarme a la experiencia vivencial de los pacientes y trabajadores de salud, que trabajan en un Sistema Público de Salud en completa crisis, en lo que a recursos para la salud se refiere:

*“Me cuenta que hace 3 meses que no le dan turnos para ecografías “suspenden, hay sólo 3 ecógrafos para todos los centros”.*

26 centro de salud Provinciales “derivan” a sus pacientes a éste Hospital, lo cual, a simple vista, puede uno calcular el nivel de “saturación” de los servicios en el mismo.

#### **7. B. 4 Tratamiento de la obesidad: “LOS CONSULTORIOS”:**

##### ***“Recursos para la Normatización de la alimentación cotidiana”***

Durante los meses que realicé trabajo de campo en el Centro de Salud, los médicos y profesionales de la salud del Centro me dieron la oportunidad, a mi modo de ver, una oportunidad privilegiada, de poder permanecer en los consultorios cuando los pacientes eran atendidos por ellos. Esta experiencia, enriqueció de todas las maneras posibles mis conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad-atención, tanto específicamente sobre el padecimiento de mi problemática, pero principalmente en términos generales sobre qué es la enfermedad, que es la salud, cómo es la relación médico-paciente, como sufren los sujetos enfermos, como sufren los médicos ante el padecimiento ajeno y propio, cómo la coyuntura laboral actual afecta al proceso de curar...

A su vez, pude observar el “saber médico” en acción, es decir, las prácticas que sobre mi enfermedad de interés “la obesidad” se realizan para su tratamiento y abordaje. En la relación médico-paciente, en la instancia de consulta, es dónde, el saber médico, *el saber profesional* según Comelles, contemplado como una forma de práctica es el producto de la relación dialéctica entre el profesional y la sociedad. Como antes señalaba, este autor nos propone analizar “las distancias que se producen entre los proyectos ideológicos de las disciplinas y su despliegue en forma de prácticas

profesionales” (teoría y praxis). Para Eduardo Menéndez, el saber “incluye las prácticas y las representaciones sociales y técnicas a nivel de los conjuntos sociales y de los curadores (saber médico y saber popular)” (1996:76)

Por lo tanto, para ser coherente con esta posición teórica, quiero a continuación analizar la información registrada en los consultorios, entendidas como las practicas propias que sobre el padecimiento realizan los médicos y profesionales de la salud del Centro de Salud en el que trabajé.

“El consultorio” o la instancia de “consulta” constituyen el espacio de privilegio para la realización del tratamiento de la obesidad, y por supuesto, de muchos otros padecimientos<sup>33</sup>. Es en este espacio, institucionalizado al interior del propio Centro, en dónde se “dictan” las “directrices” y se aplican las “técnicas” médicas para tratar la enfermedad. Después de muchos meses de observaciones en este espacio, considero posible realizar una clasificación de los principales recursos que los médicos y profesionales de la salud posee y utilizan a la hora de definir un tratamiento para la obesidad. Estamos situados, en la instancia posterior a la “derivación” o llegada del paciente al consultorio (ítem que desarrollamos anteriormente).

Por otro lado, concibo que analizar las prácticas nos permite conocer las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

Como decía, los diferentes médicos (generalistas) y la nutricionista utilizan diferentes “estrategias”, “técnicas” “remedios” para tratar la obesidad desde sus consultorios del Centro de Salud. El principal de estos recursos, a través de la lectura de los registros, es la entrega (tanto por medio oral como escrito) de un “**plan alimentario**”, a diferencia de lo que generalmente estamos acostumbrado, estos profesionales no hablan tanto de “**dieta**”. Prefieran hablar de un “**plan alimentario**”.

*“Médica Generalista: “por que yo hablo de plan de alimentación, por qué? Porque no podemos vivir a dieta, uno tiene que vivir justamente comiendo alimentos que te gusten [...] el plan alimentario forma parte del estilo de vida y consiste en comer de todo pocas cantidades como corresponde”*

---

<sup>33</sup> Principalmente realicé observaciones en el consultorio de una de las médicas generalistas, que es denominada por la propia gente del Centro como “la especialista de las grasas” y en el consultorio de la única nutricionistas del Centro.

*“la continuidad del plan alimentario, que es más que una dieta, el plan lo tenés que mantener por 3 o 4 años por eso es un plan, no es para adelgazar, es para estar sanos, por que es bueno tener un poco de grasa en el abdomen”*

En las ocasiones que más se habla de la palabra dieta fueron dos:

Cuando el paciente era “derivado” por detección de diabetes:

*“Bueno vamos, dieta para la diabetes: la dieta para la diabetes no difiera mucho de una para un humano normal, bueno todos somos humanos, mejor de una humano sano”.*

Y cuando los pacientes se referían al **“plan alimentario”**

*“la dietóloga me dio una dieta, pero está complicado hacer una dieta, a parte de mi familia yo es otra comida, es complicado para comprarlo, por el tipo de comida y que es aparte es caro”*

Los médicos que pudimos observar en sus consultorios, ante un caso de obesidad u sobrepeso, generalmente “prescriben” un “plan alimentario”. Claro que está prescripción, no es una simple “receta” con un medicamento y las indicaciones para tomarlo. Este **“plan alimentario”** que se prescribe incluye muchas “instrucciones” “explicaciones” “informaciones” “pláticas” “reglas” etc... **“indicaciones, capacitaciones y educación alimentaria”**.

A continuación quiero incluir algunas cosas de los registros relacionadas al **“plan”**.

Como antes nombré en algunas ocasiones los profesionales se ayudan con “folletos” para explicar en que consistió el **plan alimentario**:

*“la Dra. les da un folleto en donde hay un ejemplo de dieta a seguir: esto es solo un ejemplo de cómo debería ser un día, no es que todos los días tiene que ser así, es un modelo [...] hay algunas **reglas de otro tipo**:*

*Tomar 2 litros de agua por día*

*Comer despacio*

*Caminar una hora diaria*

*Repartir las comidas en 8 veces.*

***Nada de dulce, nada de gaseosas... con esto me conformo, eso de no comer, engorda, eso de que cierro la boca y adelgazo es mentira, tiene que comer cada dos horas.***

*“cambiar los hábitos de la masita, dejar las harinas de lado”*

En muchas ocasiones los profesionales deben “buscar soluciones” a situaciones que el paciente les presenta y que impedirían o impiden que se pueda realizar el “tratamiento” que se les está “prescribiendo”. Incluso una profesional me habló de que es necesario en algunas ocasiones “cautivar” al paciente para que adhiera al tratamiento. “Ganar” la confianza, y “retenerla”. Cuestión compleja en estos tiempos en donde la medicina se encuentra en un momento de apertura reflexiva que cuestiona sus principales fundamentos y la coloca en una situación de inestabilidad de su legitimidad, por esto es que no resulta fácil para el profesional y tampoco para el paciente, el cual en el consultorio o en la ausencia del profesional me contaba los costos y dificultades para realizarla, “la dieta”:

*Llega la Dra. e interrumpe, pregunta “¿y como va esa comida?” Estela le comenta los problemas con los horarios y las pocas ganas de cocinarse para ella. La Dra le dice “hace a ella como a vos, comen una cucharadita y otra para la nena, le hacés la papilla, pollo, carne, pescado a la parrilla”. Estela le interrumpe “mi problema son la panadería”. La Dra. le dice “tenés que adelgazar porque con tu gordura en el vientre y la hipertensión vas a hacer una diabetes vos sos una chica joven, y tenés un pronóstico muy complicado si te da diabetes, tenés que comer bien, con tu hija, lo mismo que ella”. Estela le prestaba atención, aunque no puedo decir que mucha, continúa “vos comé la comida con la bebé, lo que vos le preparás y al resto de los chicos hacele polenta, arroz, fideos...Estela le contesta “no pasa por eso doctora, pasa por que me canso”*

Una técnica que utilizan los profesionales para que el paciente “se adhiera” al **plan** es la “concientización de los riesgos” a su salud que puede venir con el mantenimiento de la obesidad o sobrepeso, como vemos en la cita anterior. Incluso creo que esta cita de los registros que incluí es sumamente “rica” para aclarar esta cuestión, ya que no sólo se advierte a la paciente de lo que le puede ocurrir si no adelgaza, sino que con la conjugación verbal “vas a hacer” podemos pensar que se intenta también

responsabilizarla del propio curso y desenlace de su padecimiento, no utiliza términos como por ejemplo “*va a pasar*” “*va a suceder...*” Esta expresión discursiva, es en cierto modo, la expresión de la responsabilización del por la posible aparición de una enfermedad como resultado de su conducta “*vos vas a hacer que te aparezca la diabetes...*”

*“bueno yo no coincido con eso. El médico tiene que decir el riesgo. Debe informarle al paciente y le explica los riesgos de tener tan altos los niveles de colesterol (400) y triglicéridos”*

Pero en muchas ocasiones los pronunciamientos sobre el riesgo fracasan en el objetivo de tranquilizar y “concientizar” a las ansiedades de los pacientes, puede tener efectos contrarios:

*Sra: “tengo miedo, y feo sabor en la boca”*

*Dra: “eso puede ser por los medicamentos”*

*Sra: “pero es ahora”*

*Dra: “puede tener algo que ver con la dispepsia”*

*Sra: “¿qué es una dispepsia?”*

*Dra: “estas cosas relacionadas al componente nervioso, todo lo psicológico puede dar estas cosas gastrantes, el estómago u otros órganos funcionan como órganos de choque, de una situación psicológica”*

*“Te voy a pedir para dentro de 15 días un registro de comida”*

***Sra: “Tengo miedo, bueno pero bajé!! Estoy contenta!! Cuál es el problema de que coma menos??”***

*Dra “no, ni más ni menos” “si bajás más de 2 kg por semana bajás no sólo grasa sino músculo, y eso no es bueno...”*

*Sra: (dirigiendo a mi) “Nunca está contenta!!” “Yo a los demás les hago las frituritas, pero yo sigo con mi sopa”.*

*“le entrega unos estudios a la Dra, e inmediatamente dice “yo sé que son los triglicéridos y el colesterol, ya te pregunté”. La Dra. ve los análisis y dice “tenés que ir yaaa a lo de la Dra. para que te medique esto, es urgente!!!!”*

*Sra: “hace tiempo que estoy con esto, yo fui a un médico que me dio unas pastillas enormes que no las podía tragar, **no me asustés por que tengo que trabajar, yo no puedo dejar de trabajar, soy vendedora ambulante y vamos de un lado para otro, de un pueblo a otro”***

En importante señalar que las consultas con los pacientes con obesidad suelen ser largas, ya que como decía, incluyen muchas explicaciones e información sobre la alimentación y los alimentos, y las modificaciones que deben realizar sobre los modos de alimentarse:

*La Dra. le señala que debe modificar “el frito”. Hay otras formas de cocinar “al vapor, al horno, a la parrilla...” “Con respecto a las verduras, yo siempre las clasifico en 3 grupos, dependiendo las calorías que tienen:*

*GRUPO C: por ejemplo la papa y el camote y el choclo, son las que más calorías tienen, no deberían ser el acompañamiento de las carnes.*

*GRUPO B: calabaza, zanahorias y remolacha.*

*GRUPO A: son las que más tenemos que comer. Son el resto.*

*Intente no ponerle papa en la sopa”*

*“Yo siempre señalo que hay 3 cosas básicas que hay que seguir para bajar de peso:*

*1 los controles*

*2 el movimiento – si hay mucho sobrepeso no podemos pedirle a una paciente hacer 40 minutos todos los días.*

*3 dieta”*

*“-consumo carne todos los días”*

*-bueno está bien, pero no es lo ideal, en realidad la carne debería comerla 3 o 4 veces por semana. Lo ideal es comer en la semana: 3 o 4 veces carne, 2 veces pollo, 2 veces pescado y una vez pastas (no fideos ni pastas rellenas, pasta secas). Acuérdesse nada frito!!!. En la cena, puede tener 2 opciones, una cena liviana, como una sopa de verdura, o si quiere repetir la comida del almuerzo por que le sobró, reduzca la cantidad, intente de todas formas no repetir.*

*La Sra. casi no pregunta nada, a casi todo responde “sí”.*

El pesaje del paciente también es un recurso y un tiempo del consultorio:

**“control de peso”:**

La nutricionista del Centro pesa siempre a todas sus pacientes antes de que empieza a trabajar en el consultorio, generalmente ella misma lo hace y toma nota en una planilla en donde tiene registrados los pesos de todas sus pacientes. Si una paciente asiste por primera vez también se la mide.

Los médicos (generalistas...) pesan a sus pacientes sólo cuando éste no sabe su peso.

Otra estrategia utilizada, principalmente por la profesional nutricionistas son los:

**“interrogatorio alimentario”:**

*Dra: "¿Haces las 4 comidas?"*

*Sra: "sí"*

*Dra: "modificaste el tipo de comida"*

*Sra: "saqué todo a la mierda"*

*Dra. "no, me refiero al tipo de comida"*

*Sra: "no, todo igual"*

*Dra: "contame que comida diferente ha aparecido en estas semanas"*

*Sra: "ninguna"*

*Dra: "pero vos dijiste que te comiste un atracón"*

*Sra: "si me comí todo, pizza, empanadas, pero fue hace 2 semanas, esta semana vengo bien"*

*Dra: "vos sabés que el problema de la ingesta diferente es la cantidad" "podés comer un churrasquito de pollo"*

*Sra: "tengo miedo, y feo sabor en la boca"*

*Dra: "eso puede ser por los medicamentos"*

*Sra: "pero es ahora"*

*Dra: "puede tener algo que ver con la dispepsia"*

*Sra: "¿qué es una dispepsia?"*

*Dra: "estas cosas relacionadas al componente nervioso, todo lo psicológico puede dar estas cosas gastrantes, el estómago u otros órganos funcionan como órganos de choque, de una situación psicológica. Cuando se estabilice todo, seguro, posiblemente, la pelota en el estómago se va a ir, sino tenemos que agregar otro medicamento, pero preferimos que no" 16*

*Dígame ¿usted que come en el día?"*

*Sra. "no desayuno, ni meriendo, no como nada"*

*Dra: "debería hacer las 4 comidas. En vez de 2 muy grandes, haga 4 más chicas.*

*Agrégueme leche"*

*Sra: "la otra Dra. me dijo que no puedo tomar leche, ni tampoco café, no sé porque"*

*Dra: ¿por qué? ¿Qué Dra?*

*Sra: "será por que no me gusta mucho, dijo que no lo fuerce"*

En los casos en que “el interrogatorio” parece “correcto” es decir que el paciente siguió el plan alimentario, pero el peso subió o no se modificó, el profesional médico opta por pedir un:

**“registros de alimentos”**

*la Dra. me hace anotar lo que como, por que a lo mejor vos decís ¿Por qué no bajo si hice bien la dieta?, ella ve que comés y ve si te equivocaste, que está mal, hay que venir al control” “En el barrio hay mucha gente obesa”.*

*“Te voy a pedir para dentro de 15 días un registro de comida” le recuerda que en 15 días se vuelven a ver y que haga el registro de comida.*

*La Dra. le pregunta: “¿sabe leer o escribir”??*

*Sra: “No, no sé escribir pero sé leer imprenta”*

*Dra: “tiene alguien que pueda auxiliarla en casa, uno de los nenes que la pueda ayudar para anotarme que comen algunos días??”*

En mi investigación en una institución privada abocada a ofrecer planes de adelgazamiento, éste recurso también era utilizado con mucha frecuencia, los participantes debían completar unas hojas que ya estaban divididas por días y en las cuales debían escribir todo lo que comían, como lo comían en dónde y cómo se sentían al hacerlo. Si bien en el Centro los registros que se piden no son tan rigurosos, se utiliza. Sin embargo, como vemos, este recurso adquiere sus particularidades en el ámbito Público de la Salud, a dónde concurren la población más pobre de la sociedad rosarina, y parte de esta población presenta altos niveles de analfabetismo. Ante esto los profesionales deben “reformular” sus “técnicas” para poder llevarlas a cabo. Esto es consciente por parte de ellos, reconocen las diferencias entre “lo que debe hacerse” y “lo que puede hacerse” o “lo que efectivamente se hace”:

*La Dra. le explica como reducir las grasas y el azúcar. Le recomienda el pescado como la mejor de las carnes “yo te voy a decir lo más finito, lo mejor posible, lo ideal, de eso se puede hacer no siempre, pero yo te lo digo”*

Para esto existen muchas explicaciones, a nuestro objetivo nos reducimos a conocer que los profesionales de la salud, saben y reconocen esta divergencia. El porqué los pacientes “no cumplen” o cómo resignifican las “prescripciones médicas” posiblemente sea tema para próximos trabajos. En donde preguntaré como están los

pacientes frente a los tratamientos ¿activos o críticos, pasivos y aceptantes, o una mezcla de ambos?. Las percepciones de la medicina son complejas y los individuos no son meramente consumidores pasivos. Antes bien, creo que son agentes reflexivos y críticos.

Los profesionales médicos hablan con sus pacientes sobre los riesgos, y las consecuencias e intentan “enseñar” sobre las estrategias curativas, pero la cuestión se complejiza y adquiere dimensiones que escapan al alcance del saber médico, cuando se identifica que lo que se debe modificar es la causalidad económica-política (“con escasos ingresos, para lo único que alcanza es para un guiso”) y cultural de la obesidad, si pueden hablar de cómo reducir “las conductas de riesgo” o como intervenir sobre la inoperancia del propio sector de salud (Menéndez). Sobre el sector de salud, volver a señalar una situación que se repitió con cierta continuidad el período en el que trabajé en el Centro: estos son los paros y las ausencias de los médicos. Principalmente como antes expuse, los paros fueron realizados por el personal no médico (agremiados en UPSN) dependiente de los Sistema Sanitario Provincial, a esto se le suma la ausencia de los médicos por diferentes razones, muchas de ellas que escapaban a su voluntad de asistir al centro, por ejemplo en dos ocasiones debieron ausentarse del Centro de Salud para realizar una “capacitación” en el Hospital Provincial, en otras la nutricionista debía trabajar en otros Centros de Salud o acompañar en Campañas de vacunación.... No pude relevar si los pacientes sentían malestar ante estas ausencias, muchas de ellas no avisadas, sin embargo, si existía malestar por parte de los propios profesionales

*Le pregunto de quién es el paro y me contesta del “personal no médico, pero esto nos afecta a todos, te desorganiza todo, no podemos atender con esta mugre”*

*Me encuentro a la psicóloga me dice “es un quilombo esto con los paros está todo desorganizado”.*

*“Es una locura” “una ironía” “todo lo que veníamos haciendo con cierta regularidad con lo de los paros se perdió”*

Una de los pilares para mantener el “**plan alimentario**”, según los médicos con los que hablé, son “la constancia y el seguimiento”. Cuestiones que en la coyuntura en la que

estábamos insertos a la hora de realizar el trabajo de campo, no pudieron ser realizadas. Encontrando nuevamente una divergencia, en el “deber” y en el “hacer”.

Según Menéndez:

“Estas características y procesos no deben ser considerados como casuales o secundarios, sino que forman parte de la racionalidad técnica. Este se organiza no sólo a partir del conocimiento médico, sino de un saber profesional que tiene que operar institucionalmente y que necesita *incluirexcluir* en sus propias representaciones y prácticas la continuidad-discontinuidad institucionales, los cambios en las políticas de salud nacionales e institucionales, las presiones sindicales, los procesos de deterioro salarial del equipo de salud. Estos u otros procesos van a formar parte del saber médico junto con las costumbres ocupacionales”

### A modo de conclusión de capítulo

Quiero plantar algunas cuestiones que analicé a partir de los registros y del diálogo continuo con la teoría. En el inicio de este capítulo, cuando hablaba de las representaciones que poseen los profesionales médicos sobre la obesidad, señalaba también el escaso diagnóstico específico de la misma. La obesidad pocas veces aparece planteada como un asunto aparte, siempre está integrada a otros problemas de salud, principalmente otras ECNT (especialmente la diabetes). En la práctica, la obesidad no recibe un “etiquetamiento médico” (desmedicalización), esto contradice a las definiciones de la misma, las cuales la conciben como “enfermedad” o “factor de riesgo”, de los médicos entrevistados y hasta en la clasificación CIE10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades), la obesidad es “una enfermedad”. Las prácticas no la consideran en términos dominantes como enfermedad.

Sin embargo, en las ocasiones en las que es tratada específicamente, generalmente por parte de la nutricionista, la cual recibe “pacientes que específicamente van para adelgazar”, hablamos en otros términos. Cuando se les ofrece un “tratamiento”, éste tiene como objetivo la “medicalización” de los procesos alimentarios (atribución hacia ciertos alimentos como saludables, enfermantes, para prevenir enfermedades, o la percepción de los mismos de acuerdo a clasificaciones científicas actuales.)

La modificación de los hábitos alimentarios mantenidos hasta entonces, es el objetivo primordial, el cual se lleva a cabo por medio de 3 instancias: enseñanza/prescripción y apropiación (Menéndez 1990). Las dos primeras se pueden observar claramente en la parte final de ésta capítulo, con respecto a la apropiación, sólo pudimos reconocerla por lo que los profesionales nos señalaban, ya que no realizamos un trabajo intenso con los pacientes como para reconocer esta cuestión<sup>34</sup>. Los profesionales nos decían:

*“Dra: “Muchas saben todo lo que tienen que hacer, ya antes de venir, no vienen a buscar un plan, la dieta, vienen a buscar alguna manera de sostenerla en el tiempo, para esto sirve “el control” (la consulta), para reforzar con la intervención” “saben lo que no tienen que comer”.*

---

<sup>34</sup> Una paciente me comentó: “yo las dietas me las sé de memoria pero de todas formas todos tienen que venir a un “control” Registro Nro. 15

Algunas pacientes nos confirmaron esto al decirnos, que *“es necesario venir al control”* *“vos sola no podes, tenés que venir a que te ayuden”* *“todos tienen que venir a un control”* discursos que muestran una re-apropiación de los pacientes del saber médico. Como producto de su continuo trato rutinario con los sistemas abstractos expertos que constituyen el saber médico-profesional.

## 8. Conclusiones

El saber médico-profesional sobre la obesidad en un Centro de Salud Pública de Atención Primaria Provincial de la Salud:

Caracterización:

- No reconoce en la práctica clínica a la “obesidad” como una problemática que debe tratarse en sí, sin embargo a nivel discursivo, sí la reconoce como una problemática presente en la comunidad que acude al Centro de Salud. El padecimiento prácticamente no fue identificado como problema prioritario.
- El saber médico – profesional, si bien a nivel discursivo, explica la etiología de esta “enfermedad”, en el “acto clínico” los recursos para tratarla son escasos y los recursos de la propia población, es decir la autoatención, son “negados” u “omitidos”.
- El análisis de las representaciones y prácticas que los profesionales de salud realizan sobre los pacientes obesos muestran que la “responsabilización” por este padecimiento la tienen únicamente los propios pacientes, si bien a nivel discursivo se incluyen otros “factores causales”, el tratamiento se realiza a nivel personal e individual.
- La presencia de pocos especialistas en alimentación en el Centro de Salud denota la falta de reconocimiento hacia este padecimiento como problemática.
- Las actividades que surgen de la iniciativa de las Secretarías del Ministerio no logran una participación de la población, lo cual muestra la falta de relación y diálogo entre el dispositivo de salud y las propias percepciones de la población sobre lo que es salud y enfermedad.
- El actual saber médico-profesional que trabaja en el 1er nivel de atención de la salud no posee los recursos necesarios para tratar enfermedades relacionadas a la conducta (especialmente a la “conducta alimentaria”). No existe trabajo interdisciplinario, original, para tratarlas.
- El padecimiento de la obesidad es por medio del “acto clínico” y a través de diversos recursos (“plan alimentario”, “registro de comida” “control-pesaje”) “medicalizado” y “normatizado”. También en las acciones preventivas llevadas a cabo con la “comunidad” se transmite un saber técnico sobre este

padecimiento. Sin embargo en el nivel discursivo de los saberes médicos-profesionales, la obesidad se “desmedicaliza” retomando cuestiones socio-culturales y económicas que forman parte de todo proceso de salud-enfermedad.

- La obesidad se presenta como una problemática compleja, que necesita un abordaje multisectorial, en donde uno de estos sectores debe ser la propia comunidad.

### **Líneas pendientes:**

- Cómo señalé en este trabajo, se excluyó intencionalmente, por falta de espacio y por la complejidad de la problemática un análisis histórico sobre las diferentes Políticas de Salud y Alimentación que los diferentes Gobiernos Nacionales y Provinciales han construido y ejecutado.
- El trabajo con el grupo de los pacientes con sobre peso y obesos, y sus propias trayectorias, biografías e historias de vida sobre sus prácticas alimentarias y su relación con el cuerpo constituyen el paso próximo de la continuación de ésta investigación. Este trabajo con grupos de personas con sobre peso y obesas debe incluir, necesariamente, un abordaje y análisis desde una perspectiva de género.
- El trabajo de investigación en los niveles 2 y 3 de la Atención de la Salud, sobre los dispositivos empleados para el tratamiento sobre la obesidad, representa una deuda para quien quiera abordar en la totalidad el tratamiento de este padecimiento.

## Bibliografía General

- Abonizio, M (2005) "Actos de significado: la problemática de las adicciones desde los trabajadores de la salud municipal". Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. UNR. Rosario
- Aguirre, P (2004) "Ricos flacos, gordos pobres. La alimentación en crisis" ed. Claves para todos. José Nun (comp.) Capital Intelectual. Buenos Aires.
- Aguirre, P (2005) "Estrategias de consumo: que comen los argentinos que comen" Edic. Miño y Davila, CIES. Bs. As. Argentina
- Bourdieu. P y L. Wacquant (1995) Respuestas para una antropología reflexiva; Edit. Grijalbo; México
- Comelles, J (1996) "*Las profesionales y el Estado*" En: Ensayos de antropología cultural Prat E. y A. Martínez (comp); Ariel Antropología; Barcelona; España
- Comelles J. (1993) La configuración del modelo médico y del modelo antropológico, Edit. Eudema; Madrid
- Contreras, J "*Alimentación y cultura reflexiones desde la antropología*" En: Revista chilena de antropología nº11; Facultad de Ciencias Sociales. Univ. De Chile. Santiago de Chile
- Cormillot, A y otros (1977) Obesidad. Edit. Panamericana. Bs. As. Argentina.
- Cormillot, A y Fuchs, A (2002) "*Obesidad y dismorfofilia: otro punto de vista sobre una enfermedad crónica*" En: Revista Actualidad Psicológica agosto 2002
- Emerson, R, Fretz, R y L. Shaw (1995) en Emerson (Comp.) Writing Ethnographic Fieldnotes, University of Chicago, Chicago.
- Fassin, D (1999) "*Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud*" En Menéndez (Coord.) 1999 Participación social: metodología, problema y expectativas. El caso de Nicaragua 1978- 1989. Inst. Mora. México.
- Galunski, D y L. Kettel Khan (2003) "*Cap. 48 La obesidad desde la perspectiva de la salud pública*" En: Publicación Científica y Técnica Nº 592: "Conocimientos actuales sobre Nutrición" 8va. Edición. Barbara Bowman y Robert Ruselle Editores. OPS. 2003:
- Giddens. A (2002) Modernidad e identidad del yo-el yo y la sociedad en la época contemporánea; Edit. Península; Bs.As; Argentina
- Goffman, E (2000) Estigma. La identidad deteriorada; Edit. Amorrour; Bs.As; Argentina
- Grodos, D y X. Bethune (1988) "*Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo*" En: Cuadernos Médicos Sociales Nº46 Diciembre de 1988 CESS (Centro de Estudios Sanitarios y Sociales) Asociación Médica de Rosario. Rosario. Argentina

- Guber R. (1991) El Salvaje Metropolitano; Edit. Legasa; Bs. As; Argentina  
(2001) "El trabajo de campo: un marco reflexivo para la interpretación de las técnicas" en: La etnografía. Método, campo y reflexividad, Ed. Norma, Buenos Aires.
- Hammersley, M y P. Atkinson (1994) ¿Qué es la etnografía?, Edic. Paidós, España.
- Hermitte, E (2002) "*La observación por medio de la participación*" En: Visacovsky, Sergio (comp.) Historia y Estilos de trabajo de campo en Argentina; edit. Antropofagia; Bs.As; Argentina
- Hernestrosa, G 2000 en: Revista Nueva Octubre
- Hintze, S (1991) "*Las relaciones entre salud y alimentación: acerca de la autonomía de lo alimentario*" En: Cuadernos Médicos Sociales Nº 58 Diciembre 1991 CESS (Centro de Estudios Sanitarios y Sociales) Asociación Médica de Rosario. Rosario. Argentina
- Kleinman, A (1986) Orígenes sociales de la señal de socorro y de la enfermedad. New Haven: Prensa de la universidad de Yale.
- Le-Bretón. D (1995) Antropología del Cuerpo y modernidad; Edit. Nueva Visión; Bs. As; Argentina
- Martorell, R y A. D. Stein (2003) "*Cap. 58 El surgimiento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en los países en desarrollo*" En: Publicación Científica y Técnica Nº 592: "Conocimientos actuales sobre Nutrición" 8va. Edición. Barbara Bowman y Robert Ruselle Editores. OPS. 2003.
- Menéndez, E y Di Pardo (1996) "De algunos alcoholismos y de algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización" Edic. CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata, México
- Menéndez, E (1993) "*Autoatención y participación social: estrategia o instrumento en las políticas de atención primaria*" En: C. Roersch et. al: Medicina tradicional 500 años después. Instituto de Medicina Dominicana, Sant Domingo
- Menéndez, E (1990) "*Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*" En: Cuaderno de la Casa Chata; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; D.F; México.
- National Geographic Revista Agosto 2004
- Rockwell, E (1987) Reflexiones sobre el proceso etnográfico Departamento de Investigaciones y de Estudios Avanzados del IPN; México
- Scheper Hugues, N (1990) "*Tres propuestas para una Antropología Médica*" Mimeo. Univer. de California; Berkeley; U.S.A
- Singer, M. (1990) "*Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment*" In: Soc.Sci.Med\_30 (2)
- Singer. M (1990) Reinventando la Antropología Médica: hacia un relineamiento crítico

- Taussig, M (1995) Un gigante en convulsiones; Edit. Gedisa Argentina
- Valero, S (2002) *“El concepto de `contención familiar’* En: Revista del Instituto Criminológico, Universidad de Zulia, Venezuela
- Willis P. (1985) *“Notas sobre el método”* En: Cuadernos de Formación; Nº2; R.L.I.C.R.E; Santiago; Chile.

**Anexos:**







## 1 Atención Primaria de la Salud (APS)

### Texto: Declaración de ALMA – ATA. URSS (12 de septiembre de 1978) O.M.S Y U.N.I.C.E.F

I

La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud reunida en Alma Ata...  
Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, es un derecho humano fundamental [...]cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de de la salud.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación de su atención de salud

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas  
Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos [...] todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y en cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

[...]

2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de **promoción, prevención, tratamiento y re habilitación** necesarios para resolver esos problemas.

3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha

correspondientes; **la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición adecuada**, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

[...]

5. exige y fomenta en grado máximo la autoresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

6. debe estar asistida por sistemas de envíos de casos integrales, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

[...] En este contexto interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

## **Reafirmación de Alma-Ata en Riga**

Declaración de adhesión renovada y fortalecida a la salud para todos en el año 2000 y más allá, adoptada en la reunión de la OMS "Desde Alma-Ata hasta el año 2000: perspectiva a medio camino", Riga, URSS, 22-25 de marzo de 1988.

### **Prefacio**

A la reunión en Riga (URSS), celebrada del 22 al 25 de marzo de 1988, asistieron expertos de todas las regiones de la OMS además de representantes de la UNICEF, del PNUD y de organizaciones no gubernamentales.

Los participantes concluyeron que el concepto de salud para todos ha contribuido sólida y positivamente a la salud y el bienestar de todos los pueblos. Señalaron, sin embargo, que subsisten problemas que requieren un mayor grado de compromiso y acción para conseguir una aplicación más eficaz de la atención primaria de salud.

En la reunión se reafirmó con firmeza la Declaración de Alma-Ata y se instó a todos los países a que adoptaran la salud para todos como meta permanente.

### **Introducción a las acciones emprendidas en Riga**

En la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978, las naciones del mundo se unieron para expresar la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Estas preocupaciones, expresadas en la Asamblea Mundial de la Salud de 1977, se subrayaron de nuevo en la Declaración de Alma-Ata, que afirma que uno de los principales objetivos sociales debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y

económicamente productiva, y que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. También se afirmó que la salud, la paz y el desarrollo están íntimamente relacionados entre sí y que cada uno de ellos debe perseguirse y protegerse en interés del bienestar de la humanidad.

Las experiencias de los Estados Miembros en materia de desarrollo sanitario durante los diez años transcurridos desde la conferencia de Alma-Ata, ponen de manifiesto que los conceptos y principios de la salud para todos han dado al mundo unas pautas morales, políticas sociales y técnicas que han permitido a los países abordar enérgicamente los problemas de la inequidad en la atención de salud y la enfermedad de sus poblaciones.

Este período también ha demostrado la importancia que puede tener la acción política en la aportación a la salud para todos, como las medidas encaminadas a reducir las confrontaciones bélicas y menguar los gastos militares, mejorar las relaciones comerciales y económicas y los esfuerzos por resolver los problemas de la deuda externa.

La mayoría de los países han hecho considerables progresos en el aumento de la equidad y la eficacia de los servicios sanitarios y en la mejora de la salud y el bienestar de sus poblaciones, afirmando así la validez y las estrategias de la meta de la salud para todos de la OMS. Pueden citarse algunos ejemplos notables de mejoras en la cobertura, la eficacia la calidad de los programas:

- Las tasas de inmunización en la mayoría de los países han aumentado desde aproximadamente el 5% de los niños de los países en desarrollo en 1970 a más de 50% a finales de los años ochenta.
- La disminución de las tasas de mortalidad de lactantes, menores de cinco años y madres es prueba de un notable avance; en numerosos países, las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años han disminuido en más de un 50% desde 1950.

- Muchos países han basado sus políticas sanitarias nacionales en los principios de la salud para todos, subrayando el fomento de la salud, inclusive la mejora de los estilos de vida, y descentralizando las iniciativas a los distritos, las ciudades y las comunidades locales.

A pesar de lo generalizado de los progresos, es evidente que los beneficios no han sido uniformes ni de unos países a otros ni dentro de los mismos. Todos los países reconocen la necesidad de luchar perpetuamente contra la enfermedad, aunque la naturaleza de los problemas de salud cambie. Mirando hacia adelante, hacia el comienzo del siglo y más allá, está claro que mantener la salud y garantizar la equidad debe ser una meta permanente de todas las naciones.

Además, algunos de los países menos adelantados han hecho progresos muy limitados: sus tasas de mortalidad de lactantes, niños pequeños y madres y las morbilidades asociadas siguen siendo inaceptablemente altas.

Las proyecciones de las tendencias actuales al año 2000 indican que esas tasas de mortalidad se mantendrán a niveles trágicamente elevados para muchos de esos países. Por ejemplo, en muchos países de África y Asia meridional las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años seguirán estando muy por encima del 100 por mil en el año 2000.

Los problemas sanitarios también son cada vez más graves en las grandes poblaciones urbanas sumergidas en la pobreza.

### **Permanencia de la salud para todos**

I. Mantenimiento de la salud para todos como meta permanente de todos los países hasta el año 2000 y más allá

Reafirmar la salud para todos como meta permanente de todas las naciones, según se recomendaba encarecidamente en la Declaración de Alma-Ata, y establecer un procedimiento para examinar los retos a largo plazo que se plantearán a la salud hasta entrado el siglo XXI.

Intensificación de la acción social y política para el futuro: horizonte 2000

## II. Renovación y fortalecimiento de las estrategias de salud para todos

Alentar a todos los países a que prosigan la vigilancia de sus propios problemas de salud y perfeccionen sus estrategias sanitarias dentro del espíritu de la salud para todos. Esta acción pondrá de manifiesto sus problemas sanitarios más acuciantes y permitirá identificar a las poblaciones más vulnerables y desasistidas. Deben crearse programas con un espíritu de equidad para esas poblaciones tratando de conseguir su participación activa en el establecimiento y la aplicación de las estrategias.

## III. Intensificación de la acción social y política en favor de la salud

Intensificar la acción social y política necesaria para prestar apoyo a la evolución de las políticas y a la asignación de los recursos necesarios para progresar hacia la salud para todos, incluida la participación de los demás sectores, de las organizaciones no gubernamentales, de las comunidades y de otras agrupaciones interesadas en la tarea de encontrar mecanismos apropiados para fomentar la creación de nuevos vínculos de colaboración en favor de la salud entre ellos y con los gobiernos.

## IV. Creación y movilización de líderes de salud para todos

Hacer hincapié en todos los países en la creación y la estimulación del interés y el apoyo de los actuales y posibles líderes del sector de la salud y de los demás sectores, en los planos de la comunidad del distrito y de los países, con el fin de poner a contribución la inventiva, la defensa, el compromiso y los recursos en respuesta al desafío del desarrollo sanitario.

## V. Capacitación de las poblaciones

Capacitar a las poblaciones suministrándoles información y apoyo técnico y ofreciéndoles la posibilidad de adoptar decisiones, con el fin de que puedan compartir las oportunidades y las responsabilidades de la acción en interés de su propia salud. Prestar particular atención a la función de la mujer en la salud y el desarrollo.

## VI. Utilización de la colaboración intersectorial como fuerza en pro de la salud para todos

Apoyar el establecimiento de una colaboración intersectorial continua en pro de la salud, incorporando los objetivos sanitarios a las políticas públicas de los demás sectores y activando posibles mecanismos en todos los escalones.

### Aceleración de la acción en favor de la salud para todos: horizonte 2000

## VII. Fortalecimiento de los sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria

Fortalecer los sistemas de salud de distrito basados en la atención primaria, como medida puntual clave para centrar las políticas y los recursos nacionales, así como los intereses locales, en las necesidades sanitarias más acuciantes y en las poblaciones insuficientemente atendidas.

## VIII. Planificación, preparación y apoyo al personal sanitario con miras a la salud para todos

Reorientar los programas de enseñanza y formación de personal de salud, haciendo hincapié en que estos programas deben responder a las necesidades de los servicios de salud y centrando las experiencias de aprendizaje en sistemas de salud basados en la atención primaria que estén ya en funcionamiento. Prestar firme apoyo moral y de otra índole al personal, sobre todo al que opera en zonas remotas o en circunstancias difíciles.

## IX. Perfeccionamiento y uso racional de la ciencia y la tecnología apropiada

Insistir en las aplicaciones de la ciencia y la tecnología apropiada a los problemas fundamentales de salud que amenazan a las poblaciones en todo el mundo y fortalecer la capacidad de los países del Tercer Mundo para las investigaciones, prestando particular interés a las encaminadas a mejorar la salud de las poblaciones más pobres.

## X. Superación de los problemas que siguen pendientes de solución

Establecer programas prioritarios encaminados a superar los problemas graves en los lugares donde el subdesarrollo o la perturbación del desarrollo son factores importantes y donde los progresos han sido muy limitados, tales como las altas tasas de mortalidad de lactantes y niños y las de mortalidad materna, el uso indebido de sustancias como el tabaco y el alcohol y el desequilibrio entre el crecimiento demográfico y los recursos ambientales y socioeconómicos. Buscar mejores vías de acción a través de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la acción intersectorial.

Iniciativa prioritaria especial de la OMS y la comunidad internacional en apoyo a los países menos adelantados

Establecer una iniciativa internacional especial centrada en las trágicas circunstancias de los países menos adelantados, principalmente en el continente de África, y en particular los que presentan tasas marcadamente elevadas de mortalidad de lactantes y niños menores de cinco años y de mortalidad materna, iniciativa encaminada a superar los obstáculos concretos que se oponen al progreso y a fijar las metas que deberán haberse alcanzado en el año 2000.

En el momento en que finalizo la escritura de mi tesina de grado se está llevando a cabo en la ciudad de Buenos Aires la Cumbre Internacional “Buenos Aires 30/15: de Alma Ata a la Declaración del Milenio”:

sábado, 18 de agosto de 2007

### **Expertos mundiales defienden la atención primaria de salud**

*Un cónclave en Buenos Aires concluyó que el sistema permitirá tener mayor equidad*

Ministros de salud de 60 países y autoridades sanitarias mundiales defendieron ayer en Buenos Aires la atención primaria de salud como alternativa para alcanzar mayor equidad ante “viejos problemas como la pobreza y la exclusión”, según el documento emitido al finalizar la conferencia internacional que deliberó en Buenos Aires. ¶

“Consideramos a la salud como una inversión y no como un gasto, y también como una responsabilidad del Estado y la sociedad en su conjunto”, expresaron los responsables sanitarios en el documento, tras cinco días de deliberaciones en el marco de la cumbre “Buenos Aires 30/15: de Alma Ata a la Declaración del Milenio”. ¶

El texto conclusivo sostuvo que “la salud es una causa y un factor generador de desarrollo y crecimiento de una nación” y manifestó que los responsables sanitarios afrontan “viejos problemas como la pobreza y la exclusión”. ¶

“Se suman nuevas problemáticas relacionadas con temas ambientales, cambios demográficos, estilos de vida no saludable la reemergencia de enfermedades”, expresaron.

Los especialistas ven a la estrategia de la atención primaria de la salud, como la “más indicada” para afrontarlos. ¶

Los representantes sanitarios expresaron que “es imperativo avanzar hacia la cobertura universal e integral de la salud” y propusieron “un enfoque de género, inclusivo, no discriminatorio y priorizando a los grupos vulnerables”.

**Deplorable.** Los más de 60 países que firmaron el documento de ayer reconocieron que en los últimos 30 años “la situación de salud de gran parte de la población es deplorable y no goza de una atención de salud integral, equitativa y ni siquiera básica”.

También admitieron que los sistemas de formación de recursos humanos en salud “en general no responden a las necesidades sanitarias de la población ni están preparados para afrontar acciones preventivas y de promoción de la salud”.

Recalaron además que el mundo “está muy lejos de cumplir las metas de la declaración del milenio”, que proponen el acceso universal a la salud en el año 2015 haciendo especial hincapié en los grupos más vulnerables.


En esto influyen “las políticas sociales y económicas que atentan contra la equidad y dificultades en los sistemas sanitarios dicen los expertos.

Frente a este panorama, los representantes sanitarios se comprometieron a iniciar procesos que fortalezcan la atención primaria de la salud en todas las políticas sanitarias, uno de los puntos principales propuestos por Argentina en el documento presentado en el desarrollo de la conferencia.

También se incluyó en la declaración final que los países desarrollen indicadores para medir el grado de equidad con que ejecutan sus políticas sanitarias, una de los puntos sugeridos por la Argentina en su documento.

La presidenta de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan, celebró que más de 60 países hayan logrado “un documento de consenso en tan sólo una semana” y aseguró que los ejes temáticos de la declaración serán debatidos este año en dos conferencias a efectuarse en Beijing y en Tailandia.

Indicó además que “esta declaración es un avance muy positivo” para la proyección de los programas. (Télam)

 [enviar nota por e-mail](#)

## **2. Ley 25724 de Seguridad Alimentaria (2002):**

El Senado y Cámara de Diputados

de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de

Ley:

Programa de Nutrición y Alimentación Nacional

Título I. De la creación

**ARTICULO 1°** - Créase el Programa Nacional de Nutrición y Alimentación en cumplimiento del deber indelegable del Estado de garantizar el derecho a la alimentación de toda la ciudadanía.

**ARTICULO 2°** - Dicho Programa en la emergencia, está destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, embarazadas, discapacitados y ancianos desde los 70 años en situación de pobreza. A tal efecto se considera pertinente la definición de línea de pobreza del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Se prioriza a las mujeres embarazadas y a los niños hasta los 5 (cinco) años de edad.

Título II. De la autoridad de aplicación

**ARTICULO 3°** - La autoridad de aplicación es ejercida en forma conjunta por los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la Nación.

Título III. De la coordinación

**ARTICULO 4°** - Créase para la coordinación del Programa:

- a) La Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación que está integrada por representantes de los Ministerios de Salud, de Desarrollo Social y Medio Ambiente, de Educación, de Economía, de Trabajo, Empleo y Formación de Recursos Humanos, de Producción y de Organizaciones no gubernamentales debidamente acreditadas en el área.
- b) Comisiones Provinciales con similares integrantes.
- c) Comisiones municipales y/o comunales con similares integrantes.

**ARTICULO 5°** - Son funciones de la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación entre otras:

- a) Diseñar las estrategias para la implementación del presente Programa.
- b) Fijar los criterios de acceso al Programa y las condiciones para su permanencia en el mismo.
- c) Asegurar equidad en las prestaciones alimentarias y en el cuidado de la salud.
- d) Fijar los mecanismos de control que permitan una evaluación permanente de la marcha del Programa y de sus resultados como así también del cumplimiento por parte de los beneficiarios de las exigencias para permanecer en el mismo.
- e) Dar la más amplia difusión del Programa, indicando fundamentalmente la información necesaria para acceder al plan de una manera simple y directa.

- f) Implementar un Programa de educación alimentaria nutricional como herramienta imprescindible para estimular el desarrollo de conductas permanentes que permitan a la población decidir sobre una alimentación saludable desde la producción, selección, compra, manipulación y utilización biológica de los alimentos.
- g) Establecer un Sistema Permanente para la Evaluación del Estado Nutricional de la Población, articulando con los organismos gubernamentales con competencia en materia alimentaria y nutricional y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la elaboración de un mapa de situación de riesgo.
- h) Incorporar todos los mecanismos de control necesarios que garanticen que los fondos sean destinados a la atención de los beneficiarios. Para ello se deberá implementar un Registro Único de beneficiarios.
- i) Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis (6) meses de edad, incluyendo el apoyo nutricional a las madres hasta los doce (12) meses de vida de sus hijos en los casos en que fuera necesario.
- j) Asegurar el desarrollo de actividades de estimulación temprana en los niños hasta los cinco años de edad en situación de abandono, que integren familias de riesgo.
- k) Asegurar la asistencia social y orientación a las familias en cuanto a la atención de sus hijos y el cuidado durante el embarazo.
- l) Suscribir convenios de gestión con las distintas jurisdicciones a fin de fijar las metas y objetivos a cumplir. En caso de verificarse incumplimientos a lo establecido precedentemente, el Poder Ejecutivo podrá rescindir dicho convenio.

**ARTICULO 6°** - Dicha Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación será asesorada por entidades científicas, universitarias, asistenciales, y eclesiásticas, con amplia participación en el control e implementación de la ley de referencia, estando regulada su actuación por la reglamentación.

#### Título IV. De la ejecución

**ARTICULO 7°** - Las comisiones provinciales tienen las siguientes funciones entre otras:

- a) Implementar y coordinar las acciones necesarias con la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación para asegurar el cumplimiento del Programa en cada jurisdicción.
- b) Elaborar un listado de alimentos que cubran las necesidades nutricionales básicas de los beneficiarios que tenga en cuenta la edad, características alimentarias regionales, así como un listado de los complementos nutricionales que correspondan, vitaminas, oligoelementos y minerales, que deberán ser provistos por el Ministerio de Salud de la Nación.
- c) Efectuar la rendición de cuentas a la Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación de todas las actividades del programa realizadas a nivel jurisdiccional.
- d) Estimular el desarrollo de la producción alimentaria regional a fin de abastecer de los insumos necesarios a los programas de asistencia alimentaria locales, respetando y revalorizando la identidad cultural y las estrategias de consumo locales.
- e) Impulsar la generación de políticas de abastecimiento alimentario en los niveles locales a fin de garantizar la accesibilidad de toda la población, especialmente a los grupos mencionados en el artículo 1° y promover la creación de centros de provisión y compra regionales.

f) Promover la organización de redes sociales posibilitando el intercambio dinámico entre sus integrantes y con los de otros grupos sociales, potenciando los recursos que poseen.

**ARTICULO 8°** - Los municipios tienen las siguientes funciones, entre otras:

a) Inscripción de los beneficiarios en un Registro Único de Beneficiarios.

d) Administrar los recursos en forma centralizada a través de la contratación de los insumos y servicios necesarios.

c) Implementar una red de distribución de los recursos, promoviendo la comensalidad familiar, siempre que ello sea posible, o a los distintos comedores comunitarios donde se brinde el servicio alimentario, a fin de garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 1° de la presente ley. Dicha red estará integrada por instituciones educativas y sanitarias, entidades eclesiásticas, Fuerzas Armadas y de Seguridad, entidades intermedias debidamente acreditadas, voluntariado calificado y beneficiarios seleccionados del Plan Jefas y Jefes de Hogar o similares.

d) Implementar mecanismos de control sanitarios y nutricionales de los beneficiarios.

e) Capacitar a las familias en nutrición, lactancia materna, desarrollo infantil y economato.

Título V. Del control y financiamiento

**ARTICULO 9°** - Créase el Fondo Especial de Nutrición y Alimentación Nacional el que tendrá carácter de intangible y se aplicará a la implementación del programa establecido por la presente ley. Dicho fondo se integrará de la siguiente manera:

a) Con las partidas presupuestarias que se asignarán anualmente en la ley de Presupuesto Nacional.

En los supuestos en que las mismas resultaren insuficientes para dar cumplimiento a los objetivos de la presente ley, facúltase al señor Jefe de Gabinete de Ministros a reasignar las partidas que fueren necesarias.

b) Con los aportes o financiamiento de carácter específico, que el Estado nacional obtenga de organismos e instituciones internacionales o de otros Estados.

**ARTICULO 10.** - El presente Programa será auditado mensualmente por los organismos de control nacionales establecidos por ley.

**ARTICULO 11.** - Los planes nutricionales deben ser elaborados dentro de los treinta (30) días de promulgarse la presente ley a efectos de su inmediata aplicación.

**ARTICULO 12.** - Se dispone la unificación y coordinación, a partir de la sanción de la presente ley, de todos los programas vigentes, financiados con fondos nacionales en todo el territorio nacional destinados a este efecto, a los fines de evitar la superposición de partidas dinerarias presupuestadas que quedarán afectadas al cumplimiento de esta ley, cuyo objetivo es desterrar la desnutrición en todo el territorio nacional.

**ARTICULO 13.** - La Nación acordará con las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el desarrollo y la ejecución del presente programa y la integración con los programas ya existentes.

Dichos acuerdos y los convenios que se celebren en cumplimiento del artículo 5° inciso 1) de la presente ley, contemplarán expresas garantías de ejecución regular de los fondos destinados a comedores escolares por cada provincia, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**ARTICULO 14.** - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTISIETE DIAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

- REGISTRADA BAJO EL N° 25.724 -

EDUARDO O. CAMAÑO. - JOSE L. GIOJA. - Eduardo D. Rollano. - Juan C. Oyarzún.

### **3. Programas vigentes en el año 2004 en el Ministerio de Salud con financiación nacional**

- Programa Materno Infantil
- Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones indígenas (ANAHI)
- Programa Nacional de Garantía de Calidad
- Programa Nacional de Medicos para la Atención Primaria de la Salud.
- Programa Nacional para la Prevención del Cáncer
- Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes
- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares
- Programa Nacional de Riesgos Químicos
- Programa Nacional de Cárceles Saludables
- Programa Carmen - CINDI (OPS/OMS)
- Programa de Control de Lepra
- Programa de Vigilancia y Control del Aedes Aegypti
- Programa Nacional de Control de Paludismo
- Programa de Control de Chagas
- Programa de lucha contra los retrovirus del humano VIH-SIDA y ETS
- Programa de Inmunizaciones
- Programa de Prevención y Control del Tabaquismo
- Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones
- Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama
- Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino
- Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásicas
- Programa Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- Programa de Salud Del Trabajador
- Programa de Promoción de Conductas Saludables
- Programa de Prevención de Accidentes  
Prevención de Accidentes en la Infancia y Seguridad Vial.
- Programa de Educación para la Salud  
Escuelas Promotoras de Salud
- Prevención de la Violencia Familiar
- Programa de Salud Ambiental
- Programa de Salud Bucal
- Banco Nacional de Datos Genéticos

#### **Programas vigentes 2004 con financiamiento externo**

- **Programa Materno infantil.** Objetivo: reducción de la morbimortalidad materna e infantil
- **Proaps:** Es un programa de provisión gratuita de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación. Asume por objetivo garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales (REMEDIAR)

- **Press:** Seguro de Salud para población No Asegurada. . La idea básica es que las personas cubiertas con el nuevo seguro continúen recibiendo el subsidio público para los cuidados de salud, pero que el mismo se halle organizado bajo la forma de una cobertura de seguro explícito. En el mismo se deja claro que se deberá establecer la determinación de los riesgos y las prestaciones a incluir en la cobertura del seguro.
- **Pros:** Apoyar la reconversión de la Obras Sociales a través del financiamiento de los Planes de Reconversión, garantizando los préstamos subsidiarios a través de la recaudación de éstas
- **Vigia:** reforzar la vigilancia y el control de las enfermedades, se ha puesto en funcionamiento este proyecto para colaborar en la toma de acciones en el ámbito de la salud pública a través de la información necesaria para la toma de decisiones, sobre estructura y funcionamiento de los servicios, daños y riesgos para los distintos grupos y áreas de la población.
- **Pressal:** pretende contribuir a la reforma del sector salud en los subsectores público y de obras sociales reformulando los mecanismos de gestión e interrelación, generando un modelo que promueva la complementariedad y proporcione las herramientas necesarias para lograr mayor eficiencia y equidad, asegurando la calidad