




Tensiones en torno a la (des)nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica

Tensions surrounding (mal)nutrition in indigenous and white populations in Salta, Argentina: an anthropological perspective

Pía Leavy¹

¹Doctora en Ciencias Antropológicas. Investigadora Asistente, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, con sede en el Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ✉ 

RESUMEN Se analizan los modos en que la desnutrición se relaciona con el acceso a tierras, las condiciones laborales, las relaciones étnicas y de género y la organización social y cultural del cuidado infantil en contextos rurales y periurbanos del departamento de Orán de la provincia de Salta, Argentina. La investigación fue realizada desde un enfoque etnográfico en el que se utilizaron técnicas cualitativas y cuantitativas con poblaciones ava-guaraní, kolla, wichí y criollas, pacientes del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) de la provincia de Salta, entre 2010 y 2016. Si bien la desnutrición infantil emerge como “un problema indígena” desde la perspectiva de cierto personal de salud y de funcionarios públicos, se observaron casos de desnutrición en niñas y niños de poblaciones criollas mientras que no se encontraron diagnósticos positivos de desnutrición en niñas y niños que viven en comunidades con reconocimiento territorial. El acceso a tierras rurales, aún sin poseer título de tenencia, habilita la autoproducción de alimentos y permite acceder a condiciones habitacionales y laborales más estables. La vulneración de derechos territoriales de las poblaciones indígenas constituye un factor determinante para comprender la emergencia de déficits nutricionales en la población infantil.

PALABRAS CLAVES Cuidado Infantil; Desnutrición; Antropología; Construcción Social del Género; Argentina.

ABSTRACT This article analyzes the ways in which malnutrition is related to land access, labor conditions, ethnic and gender relations, and the social and cultural organization of child care in rural and peri-urban contexts in Orán, Salta, Argentina. Research was conducted from an ethnographic approach in which qualitative and quantitative techniques were used with ava-guaraní, kolla, wichí and white populations who were patients of Salta’s Primary Health Care Program (PROAPS) between 2010 and 2016. Although child malnutrition is cast as an “indigenous problem” by certain health personnel and public officials, cases of malnutrition were observed in white children, while there were no positive diagnoses of malnutrition among children living in communities with territorial recognition. Access to rural land, even without title deeds, enables food self-production and allows access to more stable housing and working conditions. The violation of indigenous populations’ territorial rights are a determining factor in understanding nutritional deficits among children.

KEY WORDS Child Care; Malnutrition; Anthropology; Social Construction of Gender; Argentina.

INTRODUCCIÓN

Desde principios del siglo XXI, la provincia de Salta ha incorporado el concepto de interculturalidad como estrategia para mejorar la atención primaria de las poblaciones indígenas. Esto se ha traducido en la implementación de políticas de salud pública destinadas al monitoreo del crecimiento y desarrollo focalizados en menores de seis años, a través del Programa de Atención Primaria de la Salud de la Provincia de Salta (PROAPS). No obstante, el problema de la desnutrición infantil en Salta aún despierta polémicas en la esfera pública y entre funcionarias y funcionarios del gobierno⁽¹⁾, mientras los casos fatales de niñas y niños indígenas irrumpen en la prensa nacional de modo intermitente, como episodios extraordinarios que se explican por la diferencia étnica de las personas afectadas⁽²⁾ o como resultado de las condiciones climáticas⁽³⁾.

Desde el ámbito académico, diversos estudios señalan que las deficiencias nutricionales constituyen un aspecto determinante en la salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica^(4,5,6) y en el contexto argentino en particular^(7,8,9). La provincia de Salta constituye un caso paradigmático, ya que es una de las que presenta mayor cantidad y variedad de poblaciones indígenas: el 6,5% (79.204 personas) de su población total se identifica dentro de alguna de las etnias chané, choro, chulupí, diaguita calchaquí, guaraní, tapiete, toba, kolla y wichí, atacama, iogys, lule, tastil y/o weenhayek. No obstante, la implementación de la Ley Nacional 26.160 de Emergencia Territorial Indígena presenta marcadas dilaciones, vulnerando los derechos de las poblaciones mencionadas⁽¹⁰⁾. En los últimos años, diversas investigaciones antropológicas han analizado los modos en que el proceso de acaparamiento de tierras, la deforestación, la exposición al uso indiscriminado de agrotóxicos, la contaminación, las restricciones a la circulación, la migración forzada y los conflictos entre comunidades e interétnicos que ellos generan, afectan a la situación sanitaria de los pueblos indígenas de dicha provincia^(10,11,12,13,14,15,16).

Los sectores rurales del departamento de Orán en los que se desarrolló esta investigación se ubican a pocos kilómetros de Bolivia, en una zona de fronteras geográficas, jurisdiccionales y étnicas^(17,18) donde se inserta un polo agrícola económico en el cual convive el complejo agro-industrial de San Martín de Tabacal, junto con fincas de producción de hortalizas de primicia, que demandan mano de obra estacional. Los registros históricos y arqueológicos señalan que esta misma zona estuvo habitada por parcialidades chiriguanas –ava-guaraníes– en permanente contacto con las poblaciones de las tierras andinas y de las tierras bajas del Chaco⁽¹⁹⁾. La experiencia colectiva de estas poblaciones indígenas está marcada por un doble proceso de deterritorialización: la que los alejó de sus tierras para trasladarse a trabajar y vivir en los lotes del Ingenio San Martín de Tabacal en Orán y “la que décadas más tarde resultó de su expulsión de dicho Ingenio a los núcleos urbanos circundantes”⁽¹⁹⁾. El trabajo de campo etnográfico en estas localidades nos permitió conocer una amplia heterogeneidad étnica: familias kolla, wichí y ava-guaraní junto a familias criollas de origen boliviano y argentino. Todas ellas pertenecían a sectores sociales subalternos⁽²⁰⁾, con bajo nivel educativo –en su mayoría primario incompleto–, en condiciones laborales y habitacionales inestables.

En vistas de aportar a una línea de estudios sobre las relaciones entre el despojo territorial y la situación sanitaria de pueblos indígenas, el presente artículo propone abordar los diagnósticos infantiles de déficits nutricionales desde una perspectiva antropológica^(21,22) que analice los modos en que el cuidado infantil es organizado en los contextos rurales y periurbanos del departamento de Orán, Salta. Sobre la base de discusiones recientes^(23,24,25), comprendemos el cuidado infantil como una organización social y cultural que permite observar las relaciones entre factores estructurales, valores culturales y tendencias ideológicas y políticas. Desde este posicionamiento conceptual, presentamos los resultados de una investigación etnográfica que se focalizó sobre las estrategias desarrolladas por las familias ava-guaraní,

kolla, wichí y criollas para “hacer crecer la cría” en contextos rurales y periurbanos del departamento de Orán, Salta⁽²⁶⁾. La hipótesis de trabajo fue que la atención médica del PROAPS atribuía los padecimientos de salud de la población destinataria más a determinadas conductas de la población adulta –a cargo de las niñas y los niños– y de su “cultura”, que a las condiciones socioeconómicas en que dichas personas vivían.

El objetivo del presente artículo es identificar cómo las prácticas que configuran el cuidado de las infancias en el contexto salteño contemporáneo se relacionan con la desigual distribución de tierras, las condiciones laborales, las diferencias étnicas y las desigualdades de género. Así, buscamos generar evidencia científica que contribuya a la toma de decisiones y acciones culturalmente pertinentes para mejorar las condiciones de vida de estas poblaciones.

Consideraciones sobre el cuidado infantil

En el contexto argentino, el “cuidado” constituye un aspecto central de las políticas públicas hacia la infancia, más aún a partir de la consolidación del lenguaje de la Convención Internacional de los Derechos del Niño. No obstante, lo que se entiende por “cuidado infantil”, despierta encendidas discusiones tanto en la esfera pública como en el ámbito académico. Definido como “aquel conjunto de prácticas que se dirigen a mantener la vida del niño o niña, y que usualmente se organiza a partir del conocimiento socialmente significativo, tradiciones y representaciones sobre y prescripciones de, el conocimiento científico”⁽²⁷⁾, podemos explorar una serie de estudios que han complejizado su abordaje. En esta línea, destacamos, por un lado, las investigaciones sociológicas que, desde un interés centrado en las políticas públicas, las relaciones de género y el papel del Estado, definen su tema de estudio en términos de la organización social y política del cuidado infantil en la Argentina, la cual:

...se constituye en la actuación de distintas instituciones (Estado, familias y agencias y servicios del mercado y la comunidad) y responde a los valores simbólicos (entre ellos, las imágenes de género y la división sexual del trabajo) de una comunidad. Por consiguiente, pone de manifiesto la dinámica y la interdependencia entre factores estructurales, tendencias políticas e ideológicas y cierto “estado de la cultura”.⁽²⁴⁾

Por su parte, los análisis realizados desde una perspectiva antropológica, han ubicado históricamente a las prácticas de cuidado infantil como parte de procesos de socialización o de endoculturación, iluminando cómo en diversas sociedades cuidar de la niñez no constituye únicamente una tarea de las madres o de los padres, sino que puede involucrar diversas organizaciones de parentesco⁽²⁵⁾. Estos trabajos, tanto del campo de la sociología como de la antropología, permiten desnaturalizar los roles de género que se asocian a las definiciones hegemónicas de cuidado y explorar las diversas formas que puede adquirir la niñez, la maternidad y la familia^(25,28,29). No obstante, en el contexto argentino está sumamente naturalizado que son las familias, más precisamente las madres o, en su defecto, las mujeres, quienes están a cargo del cuidado infantil⁽³⁰⁾.

En el presente trabajo, abordaremos los modos en que las familias de niñas y niños, beneficiarias del PROAPS, organizan su cuidado, así como también los significados que adquiere la desnutrición para quienes integran el proceso de salud-enfermedad-atención. Siguiendo a Colangelo⁽³¹⁾, el cuidado infantil remite a procesos que trascienden el ámbito doméstico, mientras la crianza refiere a “procesos de atención y formación de niñas que se producen en los entornos más próximos, como las familias, durante los primeros años de vida”⁽³¹⁾. No obstante, en el quehacer cotidiano de los equipos sanitarios y de su población, cuidado y crianza emergen como sinónimos que involucran permanentes tensiones, clasificaciones y evaluaciones morales en torno a las familias y sobre todo

en torno a las formas que adquiere la maternidad. En este sentido, cabe señalar que en el contexto argentino la niñez emerge como la destinataria más prioritaria de las políticas públicas, junto con las mujeres por su condición de madres^(24,27,31). Al respecto, la categoría de “maternalismo político”⁽³⁰⁾ permite identificar las acciones estatales que atribuyen la responsabilidad total del bienestar de la niñez a las mujeres madres y proveen derechos sociales a través de ella. Es decir, los derechos sociales solo son otorgados por el Estado a las mujeres por su condición de madres. Este tipo de políticas públicas contribuye a reforzar la supuesta capacidad “natural” de las mujeres para cuidar, ya que las ubica como las únicas responsables del bienestar de sus hijas e hijos y, además, invisibiliza la responsabilidad masculina en tal actividad.

En las próximas páginas, proponemos estudiar el cuidado infantil como un campo de disputas que solo adquieren sentido si consideramos los rasgos específicos del contexto salteño, signado por múltiples desigualdades sociales, profundas asimetrías de género y formaciones de alteridad estrechamente ligadas a conflictos territoriales. Así, buscamos entender las experiencias de cuidado e infancia a partir de un enfoque situado en las prácticas cotidianas que evite posturas esencialistas en torno al género y la etnicidad.

METODOLOGÍA

Área de investigación y estrategia teórico metodológica

Se trata de una investigación doctoral realizada desde un enfoque etnográfico⁽²²⁾ desarrollada entre 2010 y 2016, que tuvo por objetivo analizar desde una perspectiva antropológica el cuidado y la nutrición infantil en familias criollas e indígenas en ámbitos periurbanos y rurales del departamento de Orán⁽²⁶⁾, que se encuentra en la cuenca del Alto Bermejo, al límite con Bolivia en el noroeste de la provincia de Salta. Allí habitan aproximadamente 160.555 personas, de las

cuales el 19,6% vive en situación de pobreza multidimensional, mientras el mismo indicador para el total provincial es del 12,5%⁽³²⁾. Se trata entonces de un extenso departamento (11.892 km²) con una bajísima densidad poblacional (11,6 habitantes por kilómetro cuadrado) concentrada en núcleos urbanos como Orán (82.413 habitantes) y Pichanal (24.595 habitantes)⁽³³⁾.

Desde los aportes de los debates teóricos y metodológicos de la epidemiología socio-cultural⁽³⁴⁾ y la antropología de la salud^(35,36), entendemos que lo que se comprende por cuidado, debe ser observado en un tiempo y espacio determinado⁽³⁷⁾. En este sentido, el estudio etnográfico se focalizó en abordar las prácticas involucradas en el cuidado y la nutrición infantil en poblaciones indígenas y criollas. En línea con dicho posicionamiento teórico-metodológico, se buscó comprender el problema de la desnutrición infantil a partir de las perspectivas de una diversidad de actores sociales involucrados en la implementación de acciones sanitarias del Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) de la provincia de Salta: agentes sanitarias y sanitarios, médicas y médicos, enfermeras y enfermeros, cuidadoras de niñas y niños, entre otras personas familiares beneficiarias del programa⁽²⁶⁾.

Considerando la complejidad de la desnutrición como problema de salud pública y la potencialidad del método etnográfico para promover la discusión interdisciplinaria^(38,39), se utilizaron técnicas de investigación cualitativas y cuantitativas⁽⁴⁰⁾. El trabajo de campo, desarrollado entre 2010 y 2016, incluyó la realización de observación participante (OP) en centros de salud, rondas sanitarias, espacios domésticos y ámbitos comunitarios, junto con entrevistas semiestructuradas (ESE) y abiertas (EA) y la organización de grupos de discusión (GD) con madres kolla, ava-guaraní, wichí y criollas. La permanencia en el campo y los vínculos entablados con madres, niñas, niños y agentes sanitarias y sanitarios, habilitó la realización de un “muestreo no probabilístico” con base en evidencia empírica para la definición de criterios de inclusión y exclusión⁽⁴¹⁾. Dicha muestra fue realizada con

el objetivo de identificar la distribución de los casos de déficits nutricionales diagnosticados por agentes sanitarias y sanitarios en los tres sectores seleccionados del área de estudio. Siguiendo a Fonseca⁽²¹⁾, entendemos que los casos permiten observar regularidades y “revelar los valores de un grupo y los múltiples actos que construyen la cotidianeidad”⁽²¹⁾, de modo que no los consideramos “excepcionales”, evitando perspectivas cercanas al individualismo metodológico. Las explicaciones entrecomilladas y en cursiva pertenecen a categorías nativas.

La selección de unidades domésticas en tres sectores del ámbito rural, se realizó a través de una muestra exploratoria donde se entrevistó a todas las personas contactadas a través de la técnica de “bola de nieve”⁽⁴¹⁾, hasta completar cien unidades domésticas. Aclaramos que una unidad doméstica constituye la “unidad co-residencial donde las personas se encuentran empíricamente” y donde “pueden compartir un espacio de trabajo y producción, así como un espacio de descanso, de convivencia y de consumo, por tanto, de reproducción”⁽⁴²⁾. De este modo, una unidad doméstica puede estar formada por varios grupos de familiares.

Criterios de inclusión de la muestra

Se incluyeron niñas y niños menores de 6 años, pacientes del PROAPS y que, entre septiembre y octubre de 2015, hubiesen participado de controles nutricionales. Las personas cuidadoras debían tener sus carnets sanitarios para que se pudieran observar los índices señalados por cada agente sanitaria y/o sanitario. En estos casos, se prestó especial atención a las niñas y los niños que habían sido “diagnosticados” con alguno de estos tres índices: “RBP” (riesgo de bajo peso), “BP” (bajo peso) y “MBP” (muy bajo peso), siguiendo la clasificación del PROAPS en aquel momento.

Las tres categorías se subsumieron en la categoría integradora “con” o “sin déficit nutricional” y luego se procedió a localizar la distribución de esas niñas y esos niños en los

sectores en que se realizó el trabajo etnográfico. Se dejaron afuera a quienes no cumplirían con los requisitos de ingreso a la muestra, es decir, mayores de 6 años, que no hubieran recibido atención en el PROAPS en los últimos dos meses, aun cuando fueran pacientes habituales. Se consultó además a cada familia la identidad étnica siguiendo el criterio de autoadscripción, pues los carnets sanitarios no la identificaban. Se utilizaron seudónimos con el objetivo de preservar la identidad de las personas y de los sectores que habitaban cuando se realizó el trabajo de campo.

Si bien en el momento de realizar la investigación no existía un comité de ética de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA), el proyecto fue aprobado por la comisión de doctorado de dicha institución y además respetó los resguardos éticos basados en las Declaraciones de Nüremberg, Helsinki y Tokio. En este sentido, se visitó a cada núcleo familiar con el objetivo de obtener el consentimiento informado de las personas responsables/cuidadoras de las niñas y los niños a quienes además se les comunicó: los objetivos de la investigación; las estrategias metodológicas; el tratamiento, el destino y la confidencialidad de la información; así como también se transmitió el compromiso de respetar su anonimato durante todas las etapas de la investigación. En la actualidad, la FFyL-UBA cuenta con un comité de ética, que evaluó y avaló el presente artículo.

Selección de sectores

El 26 es un paraje ubicado en los márgenes de una ruta nacional, donde vivían familias avaguaraní, kolla y criollas, de nacionalidad argentina y boliviana, estas últimas conformadas por trabajadores migrantes “golondrinas”. El acceso a este sector se dio a través del acompañamiento a agentes sanitarias y sanitarios en sus visitas domiciliarias. Las personas adultas contactadas trabajaban en “fincas” (empresas agropecuarias) que demandaban mano de obra intermitente para su producción. Estas empresas, tenían un

promedio de 1.000 hectáreas cada una y poseían casi la totalidad de las tierras rurales, junto con el complejo agroindustrial de San Martín de Tabacal, que posee 45.000 hectáreas en el área rural de Orán⁽⁴³⁾. En este escenario, las posibilidades de vivir en el ámbito rural estaban constituidas por habitar una vivienda a la vera de los caminos provinciales o bien dentro de los “*conventillos*” que son los grupos de casas que las personas trabajadoras rurales construyen para vivir en los terrenos finqueros. En este paraje funcionaba un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS), que no tenía acceso a ninguna red de agua potable ni cloacas, junto con un templo religioso evangélico y 42 viviendas, que se ubicaban dentro y fuera de los terrenos finqueros. Quienes no trabajaban en fincas se dedicaban al “*bagalleo*”, una actividad que consiste en el pasaje de mercaderías de Bolivia hacia Argentina, por caminos que surcan los terrenos finqueros, que evaden los controles de las gendarmerías de ambos países. La comunidad ava-guaraní instalada en el paraje sufrió un proceso de fragmentación durante el trabajo de campo, que coincide con las gestiones para obtener la titularidad de sus tierras⁽²⁶⁾. Ninguno de los habitantes poseía títulos de tierra y el acceso al agua, incluso para el CAPS, se daba a través de las bombas de extracción de las fincas agrícolas. En este sector seleccionamos una muestra de 42 familias, 32 de ellas habitaban en fincas y 10 en el asentamiento (94 mujeres y 133 hombres), que conformaban 35 unidades domésticas, de las cuales en solo 24 encontramos pacientes del PROAPS que cumplían con los criterios muestrales.

La *Fortaleza* es un barrio al que se accedió a través de agentes sanitarias y sanitarios del PROAPS, el cual se ubica en sectores rurales del municipio de Pichanal, dentro del departamento de Orán, aunque por sus características consideramos que se corresponde con un área periurbana. Se trata de 400 casas construidas por el Instituto Provincial de Vivienda en medio de una plantación de soja, como respuesta a los reclamos de diversas comunidades ava-guaraní que habían sido expulsadas de sus territorios originarios

en la década de 1970 por el Ingenio Tabacal y en la década de 1990 por la construcción del gasoducto NorAndino⁽²⁶⁾. Las viviendas estaban habitadas por familias ava-guaraní, kolla, wichí y criollas. Al momento de realizar la muestra, las casas tenían acceso a cloacas y agua corriente, pero no tenían conexión a gas. En el barrio se planificaba construir una escuela y había un CAPS en funcionamiento. En total habitaban 431 personas (196 mujeres y 235 hombres) y la muestra estuvo compuesta por 74 familias organizadas en 62 unidades domésticas, de las cuales 23 cumplían con los criterios de inclusión a la muestra.

Arcoiris es una comunidad ubicada en un área rural a pocos kilómetros del centro urbano de Orán. Estaba integrada por familias de origen ava-guaraní que habitaban estas tierras antes del proceso de tecnologización del Ingenio Tabacal a mediados del siglo XX. La comunidad obtuvo el reconocimiento de sus territorios en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), pero aún no poseían la titularidad. *Arcoiris* había ganado un juicio posesorio por el cual debía recuperar la posesión de 252 hectáreas tituladas por San Martín de Tabacal SRL. A pesar de dicha instancia judicial, quienes vivían allí debían realizar guardias día y noche para cuidar los terrenos de su comunidad de intrusiones de terceros así como amenazas de desalojos⁽⁴⁴⁾. El acceso a la comunidad fue a través del contacto con referentes que solicitaron la confección de mapas.

Arcoiris estaba integrada por 47 unidades domésticas que sumaban más de 265 personas, para las que la producción agrícola a pequeña escala constituía su principal y, muchas veces, único ingreso. Las parcelas en producción iban desde las 0,5 hectáreas hasta las 12 hectáreas, siendo el promedio de menos de 2 hectáreas por familia, plantadas principalmente con bananos y, en menor medida, mandioca, maíz, tomate, zapallo, zapallito, batata, sandía y maní⁽⁴³⁾. No toda la población de la comunidad vivía permanentemente en estas tierras debido a la falta de transporte público y de escuelas. A la comunidad no llegaban agentes sanitarias y

sanitarios del área rural, las personas que vivían allí se atendían en centros de salud cercanos a la ciudad y la escuela más cercana estaba a más de 10 kilómetros. La muestra estuvo conformada por tres unidades domésticas, integradas por ocho familias (22 mujeres y 19 hombres, de los cuales 15 eran menores de 10 años) que vivían permanentemente en la comunidad.

RESULTADOS

A modo de introducción, presentamos la caracterización de la muestra en la Tabla 1, a los efectos de brindar un panorama de la distribución de los casos con déficit nutricional según el PROAPS en los tres sectores seleccionados por sus distintivas características. En la primera fila se encuentran las unidades domésticas seleccionadas, en las que vivían niñas y niños con alguno de los tres diagnósticos del PROAPS para déficits nutricionales positivos (riesgo bajo peso, bajo peso o muy bajo peso). A primera vista, señalamos que entre las niñas y los niños de la comunidad ava-guaraní de *Arcoiris* –que poseía reconocimiento territorial de sus tierras– no había casos con diagnóstico positivo para déficit nutricional.

Si bien estos datos no habilitan la elaboración de proyecciones, nos permiten captar una imagen del trabajo etnográfico, que reponemos a los fines de describir y contextualizar las condiciones de vida de las personas que conformaron el campo. Aún cuando las niñas y los niños beneficiarios del PROAPS pertenecen a sectores diferentes, encontramos proporcionalmente más casos con déficits nutricionales en *El 26* (n=14) que en *Fortaleza* (n=15), en relación con el total muestral. La preponderancia de casos de niñas y niños con déficits nutricionales en *El 26*, puede relacionarse con los datos que recabamos a partir de las observaciones etnográficas en dicho sector. De las 42 familias allí contactadas durante el trabajo de campo, en 39 de ellas, el principal sostén del hogar trabajaba en fincas de producción agrícola. De esta porción, solo dos lo hacían como “efectivos” y eran varones. La categoría nativa de “efectivo” implicaba una relación laboral más estable que la de “jornaleros”, que cobraban una remuneración por día, pero no necesariamente significaba una relación laboral como lo indica el trabajo registrado, que supone cobertura de aseguradora de riesgos del trabajo, un seguro de desempleo, los beneficios del acuerdo colectivo de trabajo (viáticos, refrigerios, escalafón, antigüedad, ropa de trabajo), aportes jubilatorios, licencias por maternidad/paternidad, vacaciones

Tabla 1. Descripción de la muestra según unidades domésticas y control nutricional PROAPS de cada niña y niño participante, según sector. Salta, Argentina, septiembre-octubre 2015.

Muestra	El 26			Fortaleza			Arcoiris		
	n	Sin DN	Con DN	n	Sin DN	Con DN	n	Sin DN	Con DN
Unidades domésticas con niñas y niños pacientes del PROAPS	24	18	6	23	17	6	3	3	0
Niñas y niños >6 años pacientes del PROAPS	65	51	14	88	73	15	8	8	0
Ava-guaraní	19	13	6	37	33	4	8	8	0
Kolla	8	7	1	16	15	1	-	-	-
Wichí	-	-	-	15	8	7	-	-	-
Criolla	38	31	7	20	17	3	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

DN= Déficit nutricional; PROAPS= Programa de Atención Primaria de la Salud.

pagas, aguinaldo, seguro de vida y una pensión para la familia en caso de fallecimiento⁽⁴⁵⁾. No conocimos ninguna mujer que trabajara de modo registrado en las fincas de producción agrícola y, a excepción de las dos familias que contaban con el principal sostén del hogar registrado, en el resto de hogares el único ingreso estable estaba constituido por la Asignación Universal por Hijo⁽⁴⁶⁾. Las mujeres madres contactadas realizaban trabajos remunerados irregulares, como ser “*jornalera por tareas*” en las fincas, vender comida para los obreros rurales o hacer arreglos económicos para cuidar a niñas y niños de mujeres que trabajaban en las cosechas. La ausencia de servicios de cuidado en el ámbito rural –la matrícula escolar comienza a los 4 años de edad– y/o en las fincas de producción agrícola, generaba que la posibilidad de trabajar de modo remunerado se vincule con el acceso a redes familiares. De este modo, en las unidades domésticas formadas por una única familia nuclear (matrimonio y descendencia), las mujeres madres tenían menos posibilidad de trabajar de modo remunerado, mientras que las familias extensas, integradas por otras parientas mujeres, permitían familiarizar las demandas de cuidado infantil y que las mujeres madres se incorporen al trabajo remunerado. Esta última posibilidad era muy escasa para las madres migrantes de hijas o hijos de corta edad o para las “*madres solas*”, sin pareja ni familiares que ofrecieran cuidados infantiles. Este escenario de precariedad laboral, se articulaba con la inestabilidad habitacional que implicaba vivir en el asentamiento al costado de la ruta o en los “*conventillos*” que no contaban con abrigo y/o aislamiento de las condiciones propias del clima subtropical.

Las viviendas en las fincas estaban lejos de cumplir con los requisitos mínimos del Régimen de Trabajo Agrario tales como: condiciones de seguridad, abrigo, higiene, luz, dormitorios en función de la cantidad de personas y “baño para cada grupo familiar que deberá como mínimo contener inodoro, bidet, ducha y lavabo”⁽⁴⁷⁾. Las viviendas de *El 26* ubicadas dentro de fincas eran un dormitorio donde debía dormir todo el grupo familiar

(incluso en el caso de los encargados, que se ubicaban en una mayor jerarquía y supuestamente tenían mayor estabilidad) y los baños eran compartidos por los jornaleros. En este sentido, la vida en las fincas implicaba una convivencia intensa entre familias argentinas y bolivianas que compartían jornadas laborales. Mientras los varones, padres y “*solteros*” eran compañeros de trabajo y procuraban el abastecimiento de agua de las viviendas transportando los bidones desde las bombas de las fincas, las mujeres debían mantener limpios los espacios sanitarios compartidos. Estas actividades podían generar lazos de cooperación y de competencia. A esto se sumaba que todo lo que ocurría puertas adentro, era escuchado puertas afuera de los dormitorios y viceversa. Estas condiciones habitacionales permitían cuestionar el significado del término “privado” que se iguala al espacio doméstico desde la perspectiva del PROAPS, en su referencia al “saneamiento ambiental”, que en el contexto de las fincas es además eminentemente público. Muchas familias elegían el asentamiento porque así evitaban compartir sanitarios y espacios comunes con el resto de trabajadores rurales. No obstante, el riesgo de sufrir un desalojo por parte de finqueros de la zona, era un temor permanente de quienes decidían vivir en el asentamiento.

Este temor al desalojo no era experimentado por quienes habitaban en *Fortaleza*, ya que eran dueños de las viviendas. Si bien el barrio se ubicaba en una zona periurbana y había un mayor acceso a transporte público y a escuelas, en solo diez de las familias contactadas el principal sostén del hogar trabajaba de modo registrado y solo dos eran mujeres, que se desempeñaban en diferentes servicios públicos.

Nos interesa sumar a las observaciones sobre precariedad laboral y desigualdad de género, aquellas en torno al acceso a los alimentos. En *Fortaleza* –zona periurbana– el acceso a alimentos se daba únicamente a través de comercios y ferias de abasto. Mientras que quienes habitaban las zonas rurales podían respaldar su dieta con frutas y verduras, sobre todo en *Arcoiris* debido a la actividad

de autoproducción. En *El 26* hemos observado que algunas familias podían acceder al excedente de la producción de las fincas, aquellas donde había un “encargado”, que eran los jefes de los “jornaleros” y comúnmente tenían mayor antigüedad en las fincas. Algo que permitió observar la labor etnográfica fue que mientras el remanente de comida disponible para “calmar” el hambre de niñas y niños en *Fortaleza*, en general, eran panificados, en *Arcoiris*, eran bananas.

Algunas madres y abuelas de los sectores rurales de *El 26* y *Arcoiris* coincidían en que en “*el campo*” había acceso a mejor calidad y mayor cantidad de alimentos que en los centros urbanos. En este sentido, una abuela comerciante y cuidadora a tiempo completo, se jactaba de las bondades de la vida rural en Orán: “*acá siempre hay algo para comer, un tomate, una palta, eso es lo bueno de vivir en el campo*” (EA, mujer criolla, 56 años, octubre 2015) mientras miraba el frondoso árbol de palta que estaba en el fondo de su vivienda. Ahora bien, ese árbol estaba en los terrenos de la finca donde ella vivía. Es decir, si su patrón la despedía a ella y/o a su marido, ellos no podrían acceder más a las bondades de “*vivir en el campo*”. En este sentido, las personas que habitaban en *Arcoiris*, si bien estaban sujetas a las intrusiones y las presiones de empresarios locales, se encontraban en una posición más estable que el resto de las personas del ámbito rural. Incluso, señalaban los beneficios de tener el reconocimiento de tierras en un ámbito rural, frente a la situación de sectores urbanos: “*las comunidades en las ciudades comen pan y galleta todo el día, no se alimentan bien y ahí los changos crecen mal*” (ESE, mujer ava-guaraní, 49 años, agosto 2014). En cambio, en la comunidad ava-guaraní de *Fortaleza*, ubicada en un área periurbana, no era fácil armar una huerta: si bien contaban con acceso a redes de agua corriente, comúnmente escaseaba. Recordemos además que el barrio había sido construido en medio de una plantación de soja.

El trabajo etnográfico en las unidades domésticas donde vivían niñas y niños en *Arcoiris*, permitió observar que la posesión

comunitaria de tierras y el acceso a una parcela no era sinónimo de producción de alimentos. “*Hacer la huerta*” implicaba acceder a tierra de buena calidad, a fuentes de riego, cercos para protección de los cultivos y a determinada mano de obra para trabajar y cuidar de la tierra, pues “*para que la tierra dé frutos hay que cuidarla y trabajarla*” (ESE, mujer ava-guaraní, 49 años, agosto 2014). Así pues, el acceso a alimentos mediante autoproducción era lograda con intervenciones del Programa ProHuerta del Instituto Nacional de Ingeniería Agropecuaria (INTA) y además implicaba el trabajo de integrantes de las unidades domésticas. En este sentido, el trabajo de la huerta en una parcela propia se articulaba mejor con las demandas del cuidado infantil que el trabajo asalariado por fuera del hogar. De este modo, observamos una relación favorable entre organización social del cuidado infantil, y organización familiar y comunitaria del cuidado de la tierra.

Variable étnica y nutrición

“La desnutrición es sobre todo un problema indígena” (OP, varón criollo, 43 años, septiembre 2013) explicaba un integrante de un equipo sanitario durante una jornada de capacitación del PROAPS, en línea con las declaraciones de diferentes funcionarios del gobierno provincial de aquel momento. Esto se reflejaba también en la implementación de acciones como el Plan Focalizado Aborigen, que ubicaba como únicas personas destinatarias a pacientes menores de seis años pertenecientes a comunidades indígenas de los municipios de Orán. El trabajo etnográfico buscó indagar en este tipo de explicaciones que vinculaba cuidado infantil inadecuado y prácticas culturales indígenas desde la perspectiva de agentes sanitarias y sanitarios. En este sentido, una agente sanitaria ava-guaraní, explicaba que, al interior de la población indígena, eran wichí quienes más padecían déficits nutricionales y luego en menor medida niñas y niños de origen guaraní y kolla. “*Comparten los alimentos de los módulos alimentarios entre la familia*

entera, entonces el niño nunca se recupera” (EA, mujer ava-guaraní, 35 años, septiembre 2014). Encontramos también explicaciones de otros agentes sanitarios, que no referían a la cuestión indígena, sino al cuidado inadecuado de ciertas “malas madres”: “acá el problema son las madres que salen a trabajar y no cuidan bien a sus hijos, les hablás y es la nada” (EA, varón criollo, 29 años, octubre 2015), refiriendo a las respuestas silenciosas de madres de nacionalidad boliviana durante las visitas domiciliarias.

En vistas de buscar las relaciones entre déficits nutricionales e identidad étnica, hemos identificado la adscripción étnica de niñas y niños del PROAPS con diagnóstico positivo que formaron parte del muestreo intencional. Además, hemos consultado su nacionalidad, ya que en el contexto de *El 26*, las personas ava-guaraní eran calificadas como “bolivianas” por la mayoría de las personas que habitaban el paraje, estableciendo cierta sospecha sobre la autenticidad de su identidad étnica. Sin embargo, entre las 14 niñas o niños identificados con déficit nutricional, siete eran de origen criollo y uno de origen kolla, que provenían de familias bolivianas y eran hijas o hijos de madres “golondrinas”. Por su parte, las otras seis niñas o niños ava-guaraníes, eran de Argentina y pertenecían a “familias extensas” ava-guaraní, que vivían entre las tierras de una finca y el asentamiento del paraje. Podemos observar la preponderancia de la posesión de tierras sobre la variable de identidad étnica, pues la situación de inestabilidad de las viviendas y del trabajo rural, junto con sus precarias condiciones de vida y la falta de acceso a agua potable, restringía las posibilidades de las familias ava-guaraní de *El 26* de organizar prácticas de autoproducción de alimentos.

En *Fortaleza*, las cuatro niñas o niños ava-guaraní y las siete niñas o niños wichí con déficits nutricionales, vivían en unidades domésticas con abuelas, primas y primos, y tías y tíos. Ninguna de estas personas tenía un trabajo registrado. En varios casos, las madres de niñas o niños diagnosticados con “bajo peso”, eran llamadas “solas” por no tener pareja y tenían menos redes

familiares para poder resolver las demandas de cuidado de sus hijas o hijos, sobre todo si estos eran bebés. Tal era el caso de Silvina, una madre jornalera por tareas, que explicaba que encontraba diversos problemas para poder alimentar a su hija de 13 meses:

...me pasa que me cuesta que coma... yo le insisto, pero a veces no quiere y tampoco siempre tengo para que coma, a veces hay, a veces no... a veces no se agarra de la leche... es difícil... yo tengo que salir a trabajar, a veces a mi mamá me dice que no puede cuidarlos, hay mucha necesidad, falta la plata... es difícil... yo intento, intento, pero a veces no puedo. (ESE, mujer criolla, 22 años, octubre 2015).

Las fluctuaciones de su ingreso por “trabajar por tareas”, afectaba el acceso a una alimentación adecuada para ella y su otro hijo, por más que fuesen destinatarios de las acciones del PROAPS. Su caso también permite observar que no siempre la convivencia con otra familiar puede resolver las demandas de cuidado infantil y que no todas las personas que habitaban en el área rural podían acceder al excedente de la producción de las fincas. Otro caso similar era el de Romina, también criolla de *El 26* que, aunque vivía en una familia extensa, no podía asegurar una alimentación adecuada a su hijo:

R: *...él antes comía de todo, pero cuando su papá se fue a trabajar a Mendoza, dejó de comer, no le gusta nada más, solo galletitas y fideos, no come los guisos, no come verdura. Está un poco bajo de peso, pero él es muy, muy enérgico. Un pediatra me dio vitaminas, porque él tenía anemia, eso le devolvió un poco el apetito, pero no sé qué, qué le pasa, yo veo que igual él juega, corre, no lo veo débil, no se enferma y bueno está un poco mal por lo del papá. Con [Natanael] –el hermano mayor, de seis años– me pasó lo mismo... él también bajaba un poco, yo no creo que estén*

peor, pero bueno a veces no sabés qué hacer para que coman.

P: ¿Y qué más te recomienda [Cristina, agente sanitaria]?

R: *Ella solo me da leches, dos kilos por mes, siempre recibimos leches, pero bolsones no... o muy muy pocas veces, eso es más para los indios nomás*" (EA, mujer criolla, 25 años, octubre 2015)

En el fragmento de la entrevista observamos nuevamente cómo el cuidado infantil constituye una responsabilidad femenina y los tratamientos para la desnutrición son comprendidos como algo "de indios". Algo similar observamos en las palabras de una de las madres de niñas o niños con déficit nutricional contactada, que debía encargarse sola del cuidado y la alimentación. Ella tenía 24 años, primaria incompleta y su pareja la había abandonado con cuatro hijos. Vivía con su padre y sus hermanos que habían migrado a trabajar a una finca en Jujuy. *"Aquí no hay trabajo para mí, recibimos los planes, cobro la asignación para los chicos, pero no nos dan bolsones y ellos también están necesitados"* (GD, mujer criolla, 24 años, octubre 2015) enfatizando que la focalización se centraba sobre poblaciones indígenas. Estos relatos nos permiten observar cómo tanto para parte del personal de salud, como de la población paciente, la desnutrición era comprendida como un problema que solo afectaba a las personas indígenas.

DISCUSIÓN

Diversas investigaciones evidencian la falta de reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derecho y las consecuencias del despojo territorial en su situación política, económica y social^(8,48,49). Encontramos estudios que exponen las relaciones entre derechos vulnerados y la crítica situación sanitaria y nutricional en países latinoamericanos^(5,7,8,9,50) pero muy pocos realizados

desde una perspectiva antropológica^(4,6,51). El enfoque etnográfico permitió observar la diversidad de procesos sociales, económicos y ambientales implicados en los modos en que las personas logran alimentar y cuidar a sus hijas e hijos. La perspectiva relacional propia de dicho enfoque, implicó realizar un abordaje contextualizado de las infancias, atendiendo a cómo las afecta las condiciones de vida de las personas adultas con quienes viven. La observación de la vida cotidiana de las y los pacientes infantiles del PROAPS y los vínculos entablados entre las niñas, los niños y las personas que intervienen en su cuidado nos permitió comprender e interpretar cómo el fenómeno de la (des)nutrición "está articulado con otras dimensiones vitales usualmente no contempladas o subvaloradas en las consultas médicas"⁽⁵²⁾. La triangulación entre observaciones de la vida cotidiana, entrevistas y controles nutricionales permite advertir que la posesión de tierras rurales, aún sin contar con el título de tenencia, constituye una variable fundamental para comprender cómo se distribuyen los padecimientos⁽⁴⁰⁾. Si bien advertimos las dificultades de habitar en el ámbito rural con niñas y niños, por la falta de servicios públicos (agua potable, escuelas, transporte), observamos que quienes pueden vivir y/o acceder a dichas áreas tienen más probabilidad de incorporar frutas y verduras a su dieta. Esto nos permite reflexionar en torno a las categorías de riesgo, cuidado y cultura, que permean las explicaciones sobre la emergencia de déficits nutricionales.

El "cuidado de la salud infantil" constituye el *leit motiv* de las políticas públicas sanitarias. No obstante, dichas acciones se orientan construyendo un sujeto limitado al ámbito familiar, cuyo estado de salud deriva de las decisiones de sus cuidadores. Siguiendo los trabajos de quienes proponen realizar una definición del riesgo socioantropológico^(35,36,53,54) la probabilidad de que las niñas y los niños padezcan déficit nutricional, no solo tiene que ver con el cuidado provisto por su familia, sino con factores ambientales, económicos y sociales, que afectan su vida y la de su familia. Así como el riesgo es producto de sistemas de clasificación que

definen qué es riesgo y qué no lo es⁽⁵⁴⁾, su distribución no es homogénea, sino que presenta desigualdades de acuerdo a las condiciones de vida de los grupos sociales⁽⁵³⁾. En este sentido, la clasificación del PROAPS convierte al paciente infantil en portador de un riesgo, limitando a las intervenciones al plano somático infantil o a los comportamientos de sus cuidadores. Esto guarda relación con el proceso de medicalización de la alimentación⁽⁵⁵⁾ y la tendencia de los estudios médicos sobre crecimiento y desarrollo, a considerar a la díada madre-hijo como las únicas dimensiones que componen el ambiente⁽²⁹⁾, omitiendo las condiciones habitacionales, demográficas, económicas y sociales que moldean las experiencias infantiles y definen la probabilidad de la emergencia de los padecimientos.

Desde el campo de la pediatría y la nutrición Soruco y Ferrer⁽⁵⁶⁾ señalan que el derecho al territorio como un determinante social del estado nutricional infantil y la seguridad alimentaria de pueblos indígenas, advirtiendo que en provincias como Salta y Jujuy, el 85% de las comunidades carecen de títulos de tierras a pesar de representar la población mayoritaria⁽⁵⁶⁾. El proceso de urbanización de la población rural indígena en Orán⁽¹³⁾ se asocia a la pérdida de alimentación tradicional y al consumo de alimentos industrializados. La seguridad alimentaria o el derecho a acceder a una alimentación adecuada en términos nutricionales y culturales opera a través del ingreso real^(5,55) y se encuentra estrechamente vinculado tanto a la inserción de los grupos sociales en los campos social, laboral y productivo del país, como a las políticas públicas relacionadas directa o indirectamente con los procesos alimentarios⁽⁵⁷⁾. En este sentido, estudios realizados con poblaciones indígenas mexicanas⁽⁵¹⁾ han señalado que una de las cuestiones más problemáticas de los tratamientos para prevenir la desnutrición consiste en recomendar a las familias de los estratos más pobres que alimenten de modo variado a sus niños, con frutas y verduras. En Argentina, esos alimentos “más sanos” no son baratos, ni logran saciar el hambre. En cambio, los alimentos más accesibles y baratos en el mercado son ricos en

hidratos de carbono y azúcar, logran saciar el apetito, pero no aportan una nutrición adecuada⁽⁵⁵⁾, tal como lo observamos en el barrio de *Fortaleza*.

Recientes estudios realizados con poblaciones indígenas en Salta señalan que la pérdida de los territorios y las prácticas alimentarias tradicionales permiten comprender la emergencia de la diabetes en el caso tapiete⁽¹⁵⁾ y la malnutrición en mujeres adultas wichí⁽¹²⁾. Estos trabajos advierten las dificultades de las mujeres para sostener las prácticas de autocuidado, además de que son las primeras en relegar su alimentación a favor de las de sus familias, especialmente de las niñas y los niños. Tejerina *et al.*⁽¹²⁾ enfatizan que la asistencia social y alimentaria en contexto salteño resulta insuficiente desde el punto de vista nutricional y culturalmente adecuado, además “su carácter focalizado (menores de edad y/o embarazadas) deja sin cobertura al resto de la familia”⁽¹²⁾. En otros trabajos^(6,58) hemos analizado cómo el paradigma de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ley 26061, se institucionaliza por medio de políticas públicas, que comúnmente implican la focalización de la asistencia alimentaria en los menores de seis años con diagnóstico de riesgo de desnutrición. Dicha focalización genera tensiones, ya que las familias suelen compartir los alimentos de los módulos entregados por los equipos sanitarios, práctica que suele ser clasificada como “cuidado inadecuado” de las madres por parte de agentes sanitarios y sanitarios. Las perspectivas de las madres criollas con hijas o hijos con bajo peso, que denunciaban que la asistencia alimentaria “eran para indios nomás” reflejan los modos en que la focalización reactualiza las tensiones interétnicas históricas. En este sentido, Lorenzetti⁽⁵⁹⁾ sostiene que el modo en que el PROAPS identifica riesgos genera una determinada moralidad en torno a las personas destinatarias. Así, “un buen ciudadano’ es quien no requiere ayuda” mientras “todo aquel que esté en condiciones de recibirla carga con el síntoma de una falta o carencia moral”⁽⁵⁹⁾.

Las niñas y los niños con “bajo peso” presentaban los síntomas de lo que en pediatría se denomina “desnutrición oculta”, que implica un conjunto de carencias específicas de micronutrientes que se caracterizan por ser altamente prevalentes en el contexto argentino⁽⁶⁰⁾. Este tipo de desnutrición no presenta síntomas observables en el corto plazo, por lo tanto, muchas veces no se significa como una patología o enfermedad. En su estudio sobre desnutrición en la ciudad bonaerense de La Plata, Ortale⁽⁶¹⁾ sostiene que “la conceptualización de la desnutrición como descuido materno de parte de las madres con hijos eutróficos hace que no se la considere una enfermedad, excepto cuando deriva de una patología”⁽⁶¹⁾. En el contexto salteño, el problema de la desnutrición infantil se entrama además con las formaciones de alteridad: no solo era representada como un descuido materno, sino además indígena o migrante. Observamos que, en *El 26*, paraje más cercano a la frontera con Bolivia, la desnutrición se asociaba a un problema de las “malas” madres migrantes que trabajaban, mientras en la zona periurbana de *Fortaleza*, se trataba de “un problema indígena” asociado a las familias wichí. Así, las “buenas madres” criollas, como Romina, no podían advertir un riesgo de desnutrición en la salud de sus hijos. Siguiendo con el análisis de Ortale⁽⁶¹⁾ recuperamos la idea de que “el descuido materno siempre alude a otras mujeres”. Algo similar ocurría en el contexto salteño, donde la desnutrición se circunscribía a un problema de la alteridad indígena, que era sufrida por *otras* madres, aquellas que “no sabían cuidar bien a sus hijos”. En estas coordenadas observamos la matriz maternalista⁽⁶²⁾ de las políticas públicas, que ubican a las madres como únicas responsables del cuidado y desarrollo infantil y que, en el contexto salteño, se imbrica con la estigmatización de la población indígena y migrante. En este sentido, la asociación entre nacionalidad boliviana y cuidado inadecuado materno o falsa identidad indígena, guarda relación con las retóricas y prácticas discriminatorias hacia la población migrante que se dan en las localidades fronterizas⁽⁶³⁾. Aun considerando que

los datos recabados son relativos a los grupos contactados en un determinado momento, los resultados nos permiten cuestionar las explicaciones esencialistas y maternalistas sobre la desnutrición infantil en el contexto salteño, pues la variable indígena no solo no resulta eficaz para explicar el problema de la desnutrición, sino que además favorece la elaboración de argumentos falaces en torno a un problema en el que se entranan procesos sociales, económicos y políticos.

Diversos estudios antropológicos han explicado que los equipos médicos refieren a “lo cultural” cuando quieren explicar la emergencia de ciertas patologías que involucran poblaciones indígenas o migrantes^(31,57,59,64). Identificamos que, en el contexto salteño, “lo cultural” se asocia a diferencias indígenas, pero no a los roles asignados a cada género, que son un aspecto estructurante de los modos en que se organiza el cuidado infantil. Que el trabajo femenino sea comprendido como causante de la desnutrición infantil es parte de los significados culturales de la maternidad en dicho contexto. Asimismo, desde la perspectiva relacional con la que procuramos comprender los problemas sociales, el reverso de las explicaciones maternalistas en torno a la desnutrición infantil, guarda relación con la naturalización de la irresponsabilidad paterna, que se enlaza con la precariedad laboral que afecta más a mujeres que a hombres del ámbito rural. No es un dato menor, que en seis años de trabajo etnográfico en el ámbito rural no hemos contactado una sola mujer que trabaje para una empresa agrícola de modo registrado. Si bien las condiciones laborales de los varones también eran mayoritariamente precarias e inestables, la naturalización con la que se los desresponsabiliza del cuidado infantil opera en detrimento de las posibilidades de las madres de insertarse en el mercado laboral y/o de su autonomía⁽⁴³⁾. Según Patel⁽⁶⁵⁾, la inequidad de relaciones de género en la producción de alimentos, tanto al interior como afuera de los hogares, constituye uno de los pilares de la inseguridad alimentaria. Por estos motivos, considera que las intervenciones deben promover la participación

masculina en tareas domésticas, sobre todo en contextos signados por la desocupación y la desigualdad social, como es el caso de Salta, aunque allí el énfasis de las intervenciones y las charlas de educación nutricional, se focaliza en las madres^(58,66). Al mismo tiempo, insistimos en que la estigmatización de las madres indígenas y la naturalización con las que se las responsabiliza de la desnutrición infantil, opaca los condicionamientos estructurales que generan que las niñas y los niños de origen criollo tampoco accedan a una alimentación adecuada. En este sentido, coincidimos con Schuch y Fonseca⁽⁶⁷⁾, quienes señalan que explicar problemas sociales a través de responsabilidades individuales de trabajadores sanitarios o pacientes, entrapa a los sujetos sociales en acusaciones mutuas. A partir de las observaciones, consideramos

que focalizarse en comportamientos individuales, obtura la posibilidad de pensar intervenciones más allá de los cuerpos de las y los pacientes, mientras los precios de los alimentos, el transporte público y las condiciones habitacionales y/o laborales son cuestiones que no se piensan como objeto de intervención en pos de mejorar la salud de poblaciones indígenas y/o infantiles. La precariedad laboral de las mujeres en el ámbito rural y la falta de cumplimiento de las empresas agrícolas de los convenios laborales que estipulan la creación de viviendas adecuadas, entre otros, son factores que también deben ser considerados si se quiere intervenir desde una perspectiva de género o desde una perspectiva que busque garantizar los derechos de niños, niñas y adolescentes desde un paradigma integral.

FINANCIAMIENTO

Este artículo fue posible gracias a la beca doctoral y postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y al Proyecto de Investigación Plurianual 2015/2017 código 11220150100353CO, del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, titulado “Niñez, alteridad y ciudadanía: Tensiones en torno a prácticas, políticas y experiencias de cuidado y protección infantil en las provincias de Neuquén, Salta y Buenos Aires”.

AGRADECIMIENTOS

A las personas de las comunidades y fincas de Orán, así como también a las y los agentes sanitarios por su apertura y disponibilidad. A mi co-directora Susana Ortale por la lectura atenta y los comentarios sobre este artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Renuevan pedidos de informes por muertes de niños por desnutrición. Página 12 [Internet]. 17 dic 2020 [citado 3 oct 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/mr34cmb5>.

2. Unquillo F. Salta: Para el ministro de Primera Infancia salteño la desnutrición es un problema cultural. La Izquierda Diario [Internet]. 10 jun 2016 [citado 19 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p9e6j9e>.

3. “No es de hoy que los chicos se mueran en esta época del año” dijo la ministra de Salud en Salta. La Nación [Internet]. 11 feb 2020 [citado 19 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p83nxxw>.

4. Alvares M. Crianças e Comensalidade: as práticas alimentares e a construção da pessoa. 54 International Congress of Americanists “Building Dialogues in the Americas”, Vienna, Austria; 2012.

5. Osorio Figueroa CD, Bahia Coelho TC. Infancia maya guatemalteca: vulnerabilidad nutricional y políticas públicas para su enfrentamiento. *Desidades*. 2017;5(15):9-21.

6. Leavy P, Szulc A, Anzelin I. Niñez indígena y desnutrición: análisis antropológico comparativo de la implementación de programas alimentarios en Colombia y Argentina. *Cuadernos de Antropología Social*. 2018;(48):39-54.

7. Mampaey M, Van Velde E. Retardo de crecimiento o “stunted growth”: Prevalencia y repercusión en la salud de niños Mbya Guaraní de las comunidades de Ruiz de Montoya, Misiones. En: Hirsch S, Salomón D, Lorenzetti M. Procesos de Investigación e intervención en comunidades indígenas de la Argentina. Misiones: Instituto Nacional de Medicina Tropical; 2015. p. 245-261.

8. Soruco AI. Salud. En: Paz J, (coord.). Mapa social de la provincia de Salta para la Cooperación Internacional 2015. Buenos Aires: Consejo Federal de Inversiones; 2016.
9. Longhi F, Gómez AA, Zapata ME, Paolasso P, Olmos F, Ramos Margarido S. La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva*. 2018;14(1):33-50.
10. Naharro N, Álvarez A. Estudio de caso acaparamiento de tierras y producción de soja en territorio Wichí, Salta-Argentina [Internet]. 2011 [citado 19 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/yckh4mud>.
11. Suarez ME. Tramas y tensiones en el tratamiento de la diarrea infantil en el norte de la provincia de Salta: Prácticas sanitarias y estrategias de atención. En: Hirsch S, Lorenzetti M, (coords.). Salud pública y pueblos indígenas: Encuentros, tensiones e interculturalidad. Buenos Aires: UNSAM Edita; 2016. p. 183-206.
12. Tejerina M, Couceiro M, Estrada E, Feliz J, Gonzalez J, Juárez J, et al. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en mujeres del pueblo wichí de General Ballivián, Provincia de Salta. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2018;8(34):29-34.
13. Klarik MF. Agronegocios, pueblos indígenas y procesos migratorios rururbanos en la provincia de Salta, Argentina. *Revista Colombiana de Antropología*. 2019;55(2):65-92.
14. Schmidt M. (In)justicias ambientales, territoriales y socio-sanitarias en el Chaco salteño, Argentina. *Folia Histórica del Nordeste*. 2019;35:9-26.
15. Hirsch S, Alonso V. La emergencia de la diabetes en una comunidad tapiete de Salta: género, etnicidad y relaciones con el sistema de salud. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2760.
16. Biraben NC. Experiencias de procesos de despojo y acaparamiento de tierras indígenas en el norte argentino. *Cuadernos Fronterizos*. 2021;1(1):87-94.
17. Jerez O, Rabey P. Ciudades de Frontera e Industria Azucarera. *Cuaderno Urbano*. 2006;5(5):7-33.
18. Hirsch S. Misión, región y nación entre los guaraníes de Argentina: procesos de integración y re-etnización de fronteras. En: Grimson A, (comp.). *Fronteras, naciones e identidades: la periferia como centro*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, La Crujía; 2000. p. 278-298.
19. Gordillo G. Deseando otro lugar: reterritorializaciones guaraníes. En: Hirsch S, Gordillo G, (eds.). *Movilizaciones indígenas e identidades en disputas en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía; 2010. p. 207-237.
20. Guha R, (ed.). *A subaltern studies reader, 1986-1995*. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1997.
21. Fonseca C. Quando cada caso nao é um caso: Pesquisa enográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, 1999;(10):58-78.
22. Guber R. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma; 2001.
23. Esquivel V, Faur E, Jelin E. Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado. En: Esquivel V, Faur E, Jelin E, eds. *Las lógicas del cuidado infantil: Entre las familias, el Estado y el mercado*. Buenos Aires: IDES, UNFPA, UNICEF; 2012. p. 11-43.
24. Faur E. *El cuidado infantil en el siglo XX: Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2014.
25. Niñez Plural. Niñez, alteridad y cuidado: reflexiones para un campo en construcción. *Desidades*. 2019;25:48-58.
26. Leavy P. "Hacer crecer la cría": Un análisis antropológico sobre el cuidado y la nutrición infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta. [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; 2017.
27. Llobet V. Entrevista sobre primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2011;9(2):1019-1020.
28. Santillán, L. Antropología de la crianza: la producción social de "un padre responsable" en barrios populares del Gran Buenos Aires. *Etnográfica, Revista do Centro em Rede de Investigaçao em Antropologia*. 2009;13(2):265-289.
29. Remorini C. Estudios etnográficos sobre el desarrollo infantil en comunidades indígenas de América Latina: contribuciones, omisiones y desafíos. *Perspectiva*. 2013;31(3):811-840.
30. Nari M. *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2004.
31. Colangelo MA. Sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina. En: Fonseca C, Medaets C, Bittencourt Ribeiro F, (orgs.). *Pesquisas sobre familia e infancia no mundo contemporâneo*. Porto Alegre: Editorial Sulina; 2018. p. 197-215.
32. Paz J. Bienestar y pobreza en niños, niñas y adolescencia en Argentina [Internet]. 2016 [citado 19 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/58rsfmfk>.
33. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010* [Internet]. 2010 [citado 18 mar 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/hyrej5ex>.
34. Breihl J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010;6(1):83-101.
35. Menéndez E. *Antropología médica e epidemiología*. En: Almeida Filho N, Barreto ML, Veras RP, Barradas R, (orgs.). *Teoría epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendencias*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998. p. 81-103.

36. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*. 1998;16(46):37-67.
37. Epele ME. New toxics, new poverty: a social understanding of the Freebase cocaine/paco in Buenos Aires, Argentina. *Substance Use & Misuse*. 2011;46(12):1468-1476.
38. Grimberg M. De conceptos y métodos: Relaciones entre epidemiología y antropología. En: Álvarez M, (comp.). *Antropología y práctica médica*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y pensamiento Latinoamericano; 1997. p. 11-21.
39. Apud Peláez IE. Repensar el método etnográfico: hacia una etnografía multitécnica, reflexiva y abierta al diálogo interdisciplinario. *Antípoda, Revista de Antropología y Arqueología*. 2013;(16):215-235.
40. Mastrángelo A, Salomon O. Contribución de la antropología a la comprensión de un brote de *Leishmaniasis Tegumentaria Americana* en las "2.000 hectáreas", Puerto Iguazú, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010;1(4):6-13.
41. Bernard HR. *Métodos de investigación en antropología: Abordajes cualitativos y cuantitativos; entrevistas no estructuradas y semiestructuradas*. Londres: Sage; 2006.
42. Rivas A, Torralbo HG. *Familias transnacionales colombianas: Transformaciones y permanencias en las relaciones familiares y de género*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 2009.
43. Rodríguez García M. Barreras Naturales: La conjunción de lo urbano y periurbano en San Ramón de la Nueva Orán: ciudad encajonada y dispersa. En: Nemirovsky A. *Globalización y agricultura periurbana en Argentina: escenarios, recorridos y problemas*. Buenos Aires: FLACSO sede Argentina; 2010.
44. Leavy P. *La lucha por el territorio, es también una lucha por la salud*. Buenos Aires: Voces en el Fénix; 2018.
45. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. *Convenios con la provincia de Salta* [Internet]. 2021 [citado 19 sep 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/4vyre3c9>.
46. Administración Nacional de Seguridad Social. *Asignación Universal por Hijo* [Internet]. 2021 [citado 22 nov 2021] Disponible en: <https://tinyurl.com/pj7bw6k8>.
47. Argentina. *Ley 26727, Régimen de Trabajo Agrario* [Internet]. 2011 [citado 23 nov 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdfykab8>.
48. López Moreno D, Christian C, Vargas M, Calcagni M, Fuentealba R. *Desigualdad y territorio en los pueblos indígenas en Chile: un diagnóstico latinoamericano y propuestas de investigación desde Rimisp* [Internet]. 2016 [citado 23 nov 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/nhht5xna>.
49. Soruco AI, Ferrer E. *Investigación y acción por el derecho al territorio como determinante social del estado nutricional infantil y la seguridad alimentaria en comunidades indígenas del norte argentino*. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2015;65(Supl 1):35.
50. Pintado MA. *Las familias con menos tierras son más vulnerables a la desnutrición crónica*. *La Revista Agraria*. 2015;(176):4-6.
51. Fajardo Santana H. *Comer y dar de comer a los dioses*. Guadalajara: Once; 2007.
52. Domínguez Mon A. *Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género*. *Salud Colectiva*. 2017;13(3):375-390.
53. Beck U. *Retorno a la teoría de la sociedad del riesgo*. *Boletín de la Asociación Española de Geografía*. 2000;(30):9-20.
54. Douglas M. *Traditional culture: Let us hear no more about it*. *Revue du MAUSS*. 2007;29(1):479-516.
55. Aguirre P. *Qué comen los argentinos que comen*. Buenos Aires: Miño y Dávila; 2010.
56. Soruco AI, Ferrer E. *Investigación y acción por el derecho al territorio como determinante social del estado nutricional infantil y la seguridad alimentaria en comunidades indígenas del norte argentino*. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. 2015;65(Supl. 1):35.
57. Herkovits D. *Praxis profesional y realidad clínica: la construcción de la desnutrición infantil como objeto terapéutico en un centro de atención primaria en la Ciudad de Buenos Aires*. *Cuadernos de Antropología Social*. 2007;(25):189-207.
58. Leavy P. *Aportes desde la antropología para pensar el flagelo de la desnutrición*. *Horizontes Sociológicos*. 2015;3(1):3-22.
59. Lorenzetti M. *Alteridades y configuraciones intertécnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud*. *Estudios en Antropología Social*. 2012;2(1):41-54.
60. Abeyá Gilardon EO, Calvo EB, Durán P, Longo EN, Mazza C. *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud; 2009.
61. Ortale MS. *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata*. [Tesis de doctorado]. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Plata; 2002.
62. Nari M. *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2004.
63. Grimson A. *Introducción: ¿fronteras políticas versus fronteras culturales? En: Grimson A, comp. Fronteras, naciones e identidades: la periferia como centro*. Buenos Aires: Ediciones Ciccus, La Crujía; 2000. p. 2-10.

64. Juárez LM. Palabras, significados y políticas de representación en la arena de la interculturalidad en salud: Los espacios de la cultura en la atención al hambre y la desnutrición en el oriente de Guatemala. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. 2011;(11).

65. Patel R. El papel del poder, el género y el derecho a la alimentación en la soberanía alimentaria. *Revista Internacional de Comunicación y Desarrollo*. 2014;1:122-131.

66. Leavy P. La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil. *Século XXI: Revista de Ciências Sociais*. 2014;4(2):242-268.

67. Schuch P, Fonseca C. O rompimento com a análise normativa. En: Fonseca C, Schuch P. Políticas de proteção à infância: um olhar antropológico. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.

FORMA DE CITAR

Leavy P. Tensiones en torno a la (des)nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud Colectiva*. 2022;18:e3839. doi: 10.18294/sc.2022.3839.

Recibido: 13 oct 2021 | Versión final: 10 dic 2021 | Aprobado: 27 dic 2021 | Publicado en línea: 7 feb 2021



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.3839>