

# Alimentación y salud: aportes para la construcción de estrategias de nutrición comunitaria en grupos en situación de vulnerabilidad<sup>1</sup>

*Food and health: contributions for the construction of community nutrition strategies in vulnerable groups*

**Viviana Castaño Gómez y María Daniela Cormick**

Fecha de presentación: 27/04/18

Fecha de aceptación: 02/08/18

## Resumen

Presentamos los resultados de una investigación desarrollada en la Villa 21-24/ Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina), cuyos objetivos fueron realizar un diagnóstico alimentario-nutricional de la población en situación de vulnerabilidad y contribuir al fortalecimiento de propuestas de promoción de alimentación saludable y actividad física. Se sistematizaron datos epidemiológicos, se caracterizaron espacios de asistencia alimentaria y se relevaron percepciones acerca de los hábitos y problemas nutricionales de la población. Para ello, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a referentes de comedores comunitarios.

Identificamos a la obesidad y sobrepeso

## Abstract

*In this work, we will try to present results of a research developed in the slum "Villa 21-24" and Housing Core "Zavaleta" (Autonomous City of Buenos Aires, Argentina), whose objectives were to carry out a food-nutritional diagnosis of the population in a vulnerable situation and to contribute to strengthening proposals for promoting healthy eating and physical activity. We analyzed epidemiological data, gathered food assistance spaces, and conducted semi-structured interviews with references to community soup kitchens.*

*Obesity and overweight were identified as the prevalent nutritional problems throughout the population, and their increase -as well of that of chronic diseases such as hypertension and diabetes- was identified in proportion to the increase of age. Among representations and*

<sup>1</sup> Nuestro especial agradecimiento a Laura Raquel Piaggio, Silvina Dupraz, Beatriz Schloss, Marina Rolón (Programa Nutricional del GCBA); Andrea Gómez y Lucía Pelatelli (Centros de Salud N° 30 y 35, Área Programática del Hospital General de Agudos "Dr. J.M. Penna", CABA).

como problemas nutricionales prevalentes en toda la población y su incremento -junto a enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes- conforme aumenta la edad. A partir de las entrevistas realizadas se identificaron representaciones y prácticas; productos y preparaciones consumidas; criterios de elección; valoraciones y dificultades para la cocina y comensalidad domésticas; modos de abastecimiento y asistencia alimentaria.

Remarcando la centralidad del derecho a la alimentación adecuada, analizamos las elecciones y prácticas alimentarias relevadas considerando su complejidad. Desde una perspectiva de salud integral y colectiva, reflexionamos sobre las estrategias de educación alimentaria y nutricional que incorporan la mirada de la interculturalidad crítica y los aportes de la educación popular.

## **Palabras clave**

Obesidad, asistencia alimentaria, educación alimentaria y nutricional, enfermedades crónicas no transmisibles, nutrición comunitaria.

*practices, we identified products and preparations consumed; election criteria; appraisals and difficulties for domestic cooking and food sharing; ways of supply and food assistance.*

*By underlining the centrality of the right to adequate food, we will analyze food choices and practices considering their complexity. From a perspective of holistic and collective health, we reflect on food and nutrition education strategies that incorporate the perspective of critical interculturality and the contributions of popular education.*

## **Keywords**

*Obesity, food assistance, food and nutrition education, chronic diseases, community nutrition.*

## **Las enfermedades crónicas no transmisibles: panorama actual**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como las cardiovasculares y la diabetes (DBT), entre otras, son afecciones complejas y multifactoriales, de larga duración, lenta progresión y cura no previsible, que pueden requerir tratamiento y control por períodos extensos e indeterminados (Ministerio de Salud de la Nación [MSAL], 2015). Las ECNT representan la principal causa de muerte a nivel mundial, representando casi el 80% de las defunciones en países de ingresos bajos y medios (MSAL, 2016; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013). Según la OMS (2018), la obesidad se triplicó a nivel mundial desde 1975, vinculada a condiciones de vida y comportamientos como alimentación inadecuada, menor actividad física, consumo de tabaco y alcohol (MSAL, 2015). En Argentina, la obesidad es considerada epidemia, dado el aumento de más del 40% en los últimos 10 años en población de todas las edades, con un 21% de adultos en esta situación según la 3ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), junto a cifras de 34% de hipertensión, casi 30% hipercolesterolemia y 10% DBT (Borrue et al., 2010; MSAL, 2015).

Los cambios en el patrón alimentario explican parte de ese perfil epidemiológico, por el desplazamiento de la dieta tradicional -basada en alimentos frescos o mínimamente procesados,

preparados en el hogar- a una fuertemente basada en productos procesados y ultraprocesados, de bajo valor nutricional (Zapata *et al.*, 2016). Las Encuestas Nacionales de Gastos de los Hogares (1996-1997, 2004-2005 y 2012-2013) marcan la reducción del consumo de vegetales, legumbres, carne vacuna y leche -sólo el 5% de la población consume las cinco porciones diarias recomendadas de fruta y verdura- y el aumento de masas industriales, productos cárnicos semi-elaborados, yogur, bebidas endulzadas y comidas listas para consumir (Zapata *et al.*, 2016; MSAL, 2015). Esta tendencia presenta variaciones según ingresos y son más marcadas en contextos urbanos.

A partir de identificar el incremento de las ECNT en personas y grupos en situación de vulnerabilidad y la responsabilidad estatal respecto del derecho a la alimentación (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2011), consideramos a las problemáticas alimentarias en términos de malnutrición, abarcando no solo sobrepeso, obesidad y desnutrición sino también la carencia de micronutrientes (hierro, vitaminas). Si bien en este escrito nos centraremos en las cuestiones referidas a peso y talla, señalamos la importancia de un abordaje integral de la cuestión alimentaria dada la tendencia ya explicitada.

En las últimas recomendaciones alimentarias, emitidas desde la autoridad sanitaria nacional, se incluyen acciones -a nivel individual, gubernamental y de la industria- para contribuir al cambio de hábitos alimentarios que conlleven una mejora en el estado de salud y calidad de vida de la población (MSAL, 2016). Contrastando con el abordaje frecuente de los problemas de malnutrición desde un enfoque biomédico-nutricional centrado en la modificación de hábitos de vida, entendidos como efecto de decisiones personales y responsabilidades individuales.

Posicionadas desde la perspectiva de salud colectiva e integral, creemos fundamental contemplar y comprender los condicionantes -macro y micro- socioeconómicos, históricos, culturales y políticos en relación con el acceso a los alimentos, los recursos para su preparación y consumo, y las relaciones de género como dimensiones claves para analizar y abordar, en forma plural, los procesos de salud-enfermedad- atención/ cuidado vinculados a problemáticas alimentarias.

## Material y métodos

El diseño del estudio fue transversal, de tipo observacional descriptivo, con enfoque mixto cuali-cuantitativo. La investigación se realizó entre los años 2015-2016 en el marco de una beca del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) dentro del Programa Nutricional, en la Villa 21-24 y el Núcleo Habitacional Transitorio Zavaleta (NHT) (Comuna 4), ubicadas en el sur de la Ciudad. En esta zona (conformadas por las comunas 1, 4, 8 y 9) se dan los indicadores socioeconómicos, demográficos y epidemiológicos más desfavorables de la Ciudad, según el Análisis de Situación de Salud -ASIS- elaborado en el año 2013 (GCBA, 2015).

En la Villa 21-24 y en el NHT Zavaleta residen cerca del 20% de la población que vive en villas de emergencia y asentamientos de la ciudad (alrededor de 33.000 personas en unas 8.000 viviendas) y el 16,3% del total de la Comuna (Ministerio de Hacienda del GCBA, 2015). El

territorio se divide en diez zonas, con cuarenta comedores comunitarios registrados en funcionamiento, donde equipos de salud y promotoras comunitarias realizan diversas actividades, entre ellas el proyecto de Nutrición Comunitaria, desde donde se realizó la investigación.

Los objetivos principales del estudio fueron elaborar un diagnóstico alimentario-nutricional de la población en situación de vulnerabilidad de la Villa 21-24/ NHT Zavaleta y contribuir al fortalecimiento de propuestas de promoción de alimentación saludable y actividad física realizadas por actores territoriales/comunitarios. Para ello, se buscó sistematizar la información epidemiológica disponible sobre la situación nutricional de la población; caracterizar las instituciones que brindan asistencia alimentaria en el territorio y relevar las percepciones de sus referentes sobre hábitos y problemas nutricionales, y finalmente generar propuestas de acompañamiento y fortalecimiento de las actividades de promoción de prácticas saludables.

El relevamiento y caracterización de instituciones y organizaciones territoriales se implementó a través de mapeos (nuevos y de actualización). Además, se realizaron entrevistas con mujeres referentes de comedores comunitarios, seleccionadas con criterio no probabilístico, priorizando su ubicación en distintas áreas y los vínculos preexistentes. Las entrevistadas fueron elegidas por ser responsables de la organización, manejo, preparación y distribución de alimentos en los comedores de referencia, así como por su condición de mujeres/ madres/ cuidadoras. Consideramos que ambos roles ubican a estas mujeres en un lugar central en relación a la alimentación, en el plano doméstico y comunitario/ local.

La información y análisis aquí desarrollados se basan también en valiosas observaciones y charlas informales mantenidas durante el trabajo de campo con personas del barrio, trabajadoras de los comedores y de los equipos de salud. Las entrevistas fueron desgrabadas y procesadas a través de análisis de contenido. Se relevaron distintas dimensiones de la temática, generando información respecto de elección de alimentos y bebidas; productos y preparaciones consumidos; modos de abastecimiento; valoraciones y dificultades de la cocina casera y comensalidad doméstica; y problemas de salud asociados a la alimentación.

La investigación cumple con los recaudos éticos establecidos por el marco legal de la CABA, con aprobación de un Comité de Ética en Investigación, y sus objetivos y metodologías se ajustan a valores y principios éticos universalmente proclamados, respetando los derechos de las personas, incluido el consentimiento informado libre y esclarecido.

## **Resultados**

### **Situación epidemiológica**

En relación a la situación nutricional en CABA y Villa 21-24/NHT Zavaleta, se relevaron diversas fuentes secundarias con información sobre peso, talla y ECNT asociadas. Los datos

epidemiológicos son presentados a continuación, organizados por grupos etarios, considerando la población infanto- juvenil, adulta y adulta mayor.

**Tabla N°1. Porcentaje de obesidad y sobrepeso de la población de CABA por grupos etarios**

	Población Infantil (5- 12 años) (1)	Adolescentes (13-18 años) (1)	Población adulta (2)	Población adulta mayor (2)
<i>Obesidad</i>	18,8%	10,7%	16%	41,1%
<i>Sobrepeso</i>	23,6%	19,7%	32%	37,4%

Elaboración propia en base a datos de: (1) Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional (Gobierno de CABA, 2011, inédita); (2) 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

## **Población Infanto- juvenil**

La tendencia general en CABA para niñas/os y adolescentes nos muestra un alto porcentaje de exceso de peso, un valor significativo de baja talla y un pequeño porcentaje de bajo peso. En la población menor de 6 años, los relevamientos indican datos que coinciden entre sí (ver Tabla N°2) y con la tendencia encontrada por la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR), realizado por la Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR, 2012).

**Tabla N°2. Situación nutricional de población menor a 6 años**

	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) CABA	7° Encuesta Antropométrica CABA	7° Encuesta Antropométrica Villa 21-24
<i>Obesidad</i>	9,6%	12,9%	8%
<i>Bajo Peso</i>	1,5%	1,6%	1,5%
<i>Baja Talla</i>	6,1%	7,2%	4,4%

Elaboración propia en base a datos de ENNyS (MSAL, 2007) y 7° Encuesta Antropométrica (Ministerio de Salud GCBA, 2013).

En la Encuesta Alimentaria y Nutricional (EAN, 2011), se relevó un 23,6% de sobrepeso, un 18,8% de obesidad y menos de 1% de bajo peso y baja talla en niñas/os de 5 a 12 años de la CABA. El sobrepeso fue similar en ambos sexos, mientras que la obesidad fue mayor en varones. Por su parte, el Programa de Salud Escolar de CABA (2016), presenta datos cercanos de la población de escuelas públicas primarias: 21,6% de sobrepeso, 21,8% de obesidad y 2,2% de bajo peso. El exceso de peso afecta a todo el rango etario, aumentando con la edad y en varones. Los datos de este relevamiento para el área programática del Hospital Penna, donde se ubica nuestro estudio, indican un porcentaje de obesidad del 23,7%, igual al de sobrepeso, mientras el bajo peso se sitúa en 1,5%.

Según la EAN (2011), en adolescentes de CABA (13 a 18 años), la prevalencia de sobrepeso fue de 19,7% y 10,7% de obesidad, sin diferencias significativas por sexo. La obesidad presentó mayor prevalencia en hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) y bajo clima educativo<sup>2</sup>. En estudiantes de 13 a 15 años, la Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012, encontró a nivel nacional 28,6% de sobrepeso y 5,9% de obesidad (mayores en varones), en aumento respecto al año 2007 (MSAL, 2015).

Los datos preliminares de las Historias Clínicas Electrónicas del GCBA, indican que en la población infanto-juvenil atendida en el año 2017 en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC N° 1, 8, 30 y 35) del área del estudio, se identificó un 15% de obesidad, 22% de sobrepeso, 1% de bajo peso y 4% de baja talla.

## **Población adulta**

La información epidemiológica permite evidenciar que la prevalencia de problemas de malnutrición aumenta conforme a la edad, al igual que las ECNT asociadas. En CABA, la 3° ENFR relevó un 32% de sobrepeso y 16% obesidad; el 83,5% de la población adulta había controlado su glucemia alguna vez, con una prevalencia de DBT tipo II del 8,2%; el 90% había controlado su presión arterial en el último año, con una prevalencia de 28,5% de Hipertensión Arterial (HTA) (MSAL, 2015).

Entre los motivos de consulta/diagnósticos de la población entre 15 y 49 años de la Villa 21-24, relevados a partir de registros de los CeSAC N° 8 y 35, las patologías crónicas se encuentran en tercer lugar para ambos sexos: 7,2% en mujeres y 12,2% en varones. Dentro de esa categoría, la HTA es la principal con un 43,7% del total en mujeres y 37,54% en varones. Por otro lado, en población de 50 a 64 años de edad, un 41,56% de los motivos de consulta/diagnósticos fueron por patologías crónicas, estando primera la HTA (52,60%), seguida de enfermedades metabólicas (DBT) (25,58%) y nutricionales (8,53%) (Hospital Gral. de Agudos "Dr. J.M. Penna", 2008).

## **Población adulta mayor**

La 3° ENFR encontró en adultas/os mayores de CABA 37,4% de sobrepeso y 41,1% de obesidad. Aparece también un 68% con DBT II y el mismo porcentaje con HTA (MSAL, 2015). En una encuesta a población mayor de 60 años (Rossi, s/f) realizada entre 2011-2013, se encontró 45% de sobrepeso en varones y 34% en mujeres, mientras que el 34% de varones y el 44% de mujeres tenía obesidad. En relación a ECNT, solo 16% no presentaba HTA, dislipemia, ni DBT o

---

<sup>2</sup> El clima educativo toma el promedio de los años de escolarización aprobados por los miembros del hogar mayores de 25 años, definiendo tres grupos: clima educativo alto (12 años y más de escolaridad), medio (de 7 a 11,99 años de escolaridad) y bajo (menos de 6,99 años).

glucemia alterada, mientras el 14% refirió tener las tres patologías, asociadas en un 90% de los casos a exceso de peso.

Las patologías crónicas representan el 28% del total de consultas recibidas en el CeSACs de Villa 21-24, incluyendo 77,7% de HTA y 19% de DBT II (Hospital Gral. de Agudos "Dr. J.M. Penna", 2008). En la población que vive cerca al Riachuelo (Villa 21-24), se detectaron 60 casos con diagnóstico de HTA (43,47% del total relevado), seguido de hipercolesterolemia y DBT (ACUMAR, 2012).

## **Percepciones sobre alimentación y problemáticas nutricionales en el barrio: un abordaje cualitativo**

Las entrevistas realizadas a referentes<sup>3</sup> en contacto con las situaciones y condiciones de vida locales, nos permitieron acercarnos a percepciones, prácticas, representaciones y valoraciones en torno a la alimentación y la salud de estos grupos, dando un panorama de aspectos comunes y particularidades. Debido al carácter centralmente cualitativo del estudio y las características de la población, no se propone generalizar los resultados ni establecer una comparación lineal con las estadísticas, sino enriquecer la lectura de los datos epidemiológicos y brindar aportes a la reflexión desde la complejidad de las problemáticas nutricionales actuales.

Dentro del espectro de productos alimentarios utilizados por la población, recuperamos las preparaciones de elaboración y consumo doméstico y/o institucional, ya que entendemos que la identificación y revalorización de esas prácticas aporta al sostenimiento de habilidades y saberes culinarios centrales para potenciales estrategias conjuntas de educación alimentaria y nutricional con la comunidad.

Las prácticas alimentarias incluyen la diversidad de usos y actitudes hacia los alimentos, que se manifiestan en la enunciación de los significados de comer, su utilidad, los motivos de hacerlo, y pueden ser entendidas como "*acciones tácticas*" que implementan creativamente sujetos y grupos, condicionados por el contexto socioeconómico político dominante, para construir oportunidades en el marco de acontecimientos y circunstancias de vida (Solans, 2017).

Las entrevistadas mencionan al guiso como la preparación más elegida, tanto en el ámbito doméstico como en los comedores comunitarios, destacando aspectos que favorecen su preferencia como su bajo costo, la variedad de ingredientes (carbohidratos, carnes, verduras), su carácter rendidor, llenador (saciedad) y el placer de sus sabores. Esta preparación, apreciada por los sectores populares, resulta a menudo estigmatizada en el discurso social asociándola a una comida que engorda, no es sana y se consume por falta de otras opciones.

---

<sup>3</sup> Las citas de entrevista se presentan editadas para facilitar su lectura. No se identifica a las entrevistadas ya que no modifica la interpretación de los discursos.

La carne de vaca o de pollo aparece como necesaria en el almuerzo y/o cena (aún en pequeñas cantidades) y preferida como ingrediente central. El asado es muy valorado -consumido en ocasiones especiales, por el alto costo-, así como los lácteos y el pollo.

El tamaño de la porción de carne es causa de tensión en los comedores, ya que la cantidad recomendada y recibida es menor a la deseada por las/los comensales. Frente a esto, para evitar conflictos y hacer rendir los alimentos, en ocasiones las referentes cambian el menú, combinando la carne trozada con otros ingredientes.

*“La pasta va una vez por semana con salsa blanca o salsa roja, sin carne y digo ‘nooo, yo la hago con carne, no hago una comida sin carne’”.*

*“Depende lo que me venga o sea si me viene para hacer unos bifés a la criolla prefiero hacer un guiso (...), yo se que un guiso lo va a llenar más porque lleva toda la verdura, tiene carne y tiene todo. Porque cuando hago un bife a la criolla es una cosa muy pequeña que tengo que dar y la gente te mira el tupper: ‘cuánto me diste’, ‘mirá lo que me das’”.*

Entre las verduras, aparece la elección de aquellas que rinden y generan saciedad (papa, mandioca, zapallo anco). Aún existiendo precios accesibles en otras frutas y verduras, la variedad consumida está condicionada por variables y criterios de elección que incluyen costumbres, gustos y deseos. De acuerdo con la 3° ENFR, el consumo de frutas y verduras en todos los casos es menor a las porciones recomendadas, no encontrándose diferencias sustanciales por nivel de ingresos (MSAL, 2015).

Los fideos, el arroz y el pan son privilegiados en la alimentación habitual, ya sea por compra o entrega desde las organizaciones. Entre las legumbres aparecen las lentejas, especialmente en guisos, mientras otras (que requieren larga cocción y gasto de gas/electricidad) no son consumidas, aún cuando los comedores las ofrecen.

*“La fruta prácticamente no veo que consuman y dentro de su alimentación está siempre esto, ¿no? Papa, mandioca, con la mandioca viste que ellos hacen un pan”.*

*“Hay mucha gente que no tiene los medios, que no les alcanza (...) Yo sé que lo que compran mucho más es el pan, la leche, la carne y la verdura para cocinar en el momento”.*

Entre los productos procesados y ultraprocesados aparecen las bebidas, en especial, las industriales endulzadas como preferidas para el consumo en los hogares: gaseosas, aguas saborizadas, jugos envasados y para diluir (en polvo o concentrados). Aun reconociendo la existencia de obstáculos para el acceso al agua segura por el déficit de infraestructura en el barrio, en este estudio las referentes atribuyeron la falta de consumo de agua a una cuestión de



gustos y costumbres de las familias, utilizando –paradójicamente– el agua de red para la preparación de jugos sintéticos.

Se menciona, además, la compra de snacks, golosinas, hamburguesas, salchichas, entre otros consumidos a lo largo del día y preferidos en ocasiones especiales. Los productos *light* (edulcorantes, bebidas y lácteos) se identifican como disponibles.

*“La mayoría tiene agua corriente, pero no, yo creo que pasa por una costumbre y porque los adultos compran, (...) si compran gaseosa toman gaseosa, si no hay gaseosa toman jugo, si no hay jugo tomás agua, ¿viste?”*

*“Se ve mucho estas comidas chatarra que decimos, están en la papa frita y el chizito y por ahí las pizzetitas, lo que más acceden a eso... es lo que más consumen”.*

*“La publicidad te desvía de la buena alimentación, a pocas cosas pueden acceder, pero te desvía mucho. Las propagandas de algunas cosas, golosinas, la gente cuando puede acceder lo compra. (...) Lo que sí veo es que consumen mucho Paty, muchas cosas rápidas, no consumen una buena milanesa preparada”.*

*“Empanadas, sándwiches de miga, panchos, Paty, son esas cosas las que se usan en un cumpleaños”.*

Las justificaciones respecto de las elecciones alimentarias apelan con frecuencia a lo económico, los déficits de infraestructura y urbanización, ingresos insuficientes, inestabilidad y precariedad laboral, el mayor costo de muchos productos frescos (en precio, tiempo y energía requeridos para su preparación, mayores desperdicios, menor duración, requerimientos de conservación y costo de cocción). Las ferias y comercios del barrio aparecen como opciones de compra accesibles, con variedad de productos, calidades y precios acordes a distintos presupuestos.

*“Hay feria los domingos que por ahí hay variedad de precios, están las verduras y las frutas más frescas”.*

*“Hoy por hoy la verdad es que las cosas han aumentado tanto que uno tiene que pensar, si compro una fruta, o compro un tomate o compro un kilo de pan, es complicado, siempre fue complicado en las familias de muy bajos recursos”.*

La situación socioeconómica impacta a nivel doméstico y en lo institucional, visibilizando situaciones del contexto macro en relación con el acceso a los alimentos (por medio del mercado o mediante recursos del Estado) y en la infraestructura, condiciones de vida y trabajo. En el plano doméstico, estas condiciones afectan las tareas, organización y modalidades de elaboración,

acceso, selección, distribución y consumo de alimentos (falta de red de gas y agua segura; recursos de conservación, limpieza y preparación de alimentos o utensilios).

Los tiempos y ritmos domésticos y laborales también se asocian a la elección de comidas rápidas, productos ultraprocesados y/o comerciales que requieren menos dedicación. Respecto de lo institucional, surge la percepción de desborde de las referentes por la tensión entre necesidades, demandas y recursos disponibles. Ello lleva a realizar ajustes buscando abarcar más de lo posible (hacer rendir o redistribuir las raciones, reformular el menú, entregar productos). Adicionalmente, aparece la lucha de uno de los comedores que consiguió recibir mercadería distinta, apta para preparaciones acordes a los requerimientos de las personas con ECNT.

*“En mi comedor están comiendo alrededor de 450 y recibo para 380, sin contar que por ahí algunos de esos días puede haber más porque a veces hay gente de la calle que te pide (...). Pero el problema es que si nosotros no tenemos las raciones que necesitamos, ¿qué es lo que vas haciendo? vas estirando un poco más la comida, entonces esa porción está perdiendo todos los nutrientes que se necesitan (...) hay un desfase ahí que nos está faltando para la gente que fue ingresando de a poco y se sigue ingresando, porque con esto de la falta de trabajo y todo eso que volvió a jorobarnos un poco”.*

*“Nosotros vimos que era imposible, nosotros mismos que estamos enfermos, no podemos cocinar una cosa distinta a la familia para hacer el tratamiento (...). Entonces de ahí que nosotros luchamos por el tema de la salud, para hacer una vianda distinta y darle a la gente”.*

Ciertas prácticas de alimentación y salud de las personas y familias del barrio fueron señaladas como diferenciales en función del lugar de procedencia, atribuyendo al origen migratorio ciertas dificultades en la aceptación de algunos platos del comedor.

*“Lo que pasa es que hay diversas culturas donde tienen un sistema alimentario ya formado los adultos y tienden a continuar con esa alimentación o con esos cuidados (...) La comunidad paraguaya (...) igual que el boliviano tiene otro tipo de comidas que también cuesta mucho poder hacer que acepten el menú (...)”.*

*“Hay algo que pasa dentro del barrio que tiene que ver con las distintas comunidades, está la de los paraguayos que los niños están acostumbrados a comer su alimentación, (...) a veces veo que no están tan acostumbrados a comer tanta carne o tanto pollo, a lo mejor comen otra cosa ellos igual que los peruanos (...). Ahora, en el comedor, la mayoría de los chicos no tienen problemas en cuanto a las verduras”.*

La cocina casera y la comensalidad doméstica aparecen asociadas a la disponibilidad de recursos económicos y de tiempo de las personas adultas. Dadas las largas jornadas laborales, se dificulta

contar con momentos de encuentro familiar y oportunidades para cocinar, a excepción de la cena o los fines de semana.

Quienes permanecen más tiempo en sus casas presentan mayor situación de vulnerabilidad, con menores ingresos e inserción laboral, por lo que las/os niñas/os se alimentan en el ámbito escolar o en comedores y las personas adultas retiran, al menos, una comida en esos espacios. Las principales dificultades aparecen cuando el comedor está cerrado.

*“Supongo que todos en general compartirán a la noche, porque son gente que todos en general están trabajando sino es la mamá, es el papá o comen a las corridas porque los chicos van a la escuela entonces yo supongo que comerán a la noche o un sábado, un domingo se reunirán”.*

En la mayoría de los casos, los comedores entregan viandas para que las personas consuman en sus hogares, lo cual limita nuestras posibilidades de analizar la comensalidad institucional. Las familias que llevan la vianda al hogar suelen enriquecerla o complementarla y aumentar su rendimiento.

Frente a la falta de recursos para comprar y cocinar, una alternativa implementada es cocinar una sola vez por día -si se cocina-. Si no acceden a la vianda, como los fines de semana, ni pueden cocinar, se suelen suprimir las comidas o se cambian por infusiones con pan, y se modifican rutinas. El acceso a la leche distribuida por el Programa Materno Infantil en los CeSAC es de gran importancia para estas familias como complemento o refuerzo de la dieta.

*“Yo creo que no cocinar en la casa tiene que ver con su situación económica, nuevamente, porque hoy la realidad de decir que coman los niños o que todos coman en la casa eso es un engaño, porque la relación laboral que compromete a la familia también permite no cocinar en la casa. (...) nosotros como grupo comunitario observamos muchos adolescentes que vienen a buscar la comida para los chiquitos, a veces no hay padres, o viceversa hay abuelos que vienen a buscar la comida para los nietos, entonces medianamente a través de los grupos comunitarios, pueden llevar un menú más o menos balanceado”.*

*“Se han dado casos que no cocinan, porque (...) el gas no le alcanza o lo hacen estirar y por eso el fin de semana justamente te van a comer dos comidas, que sería el medio día (...) a la noche ya no comen o toman un mate cocido”.*

Pocas referentes (una de ellas perteneciente al comedor especializado en ECNT) enunciaron problemas de salud vinculados con la alimentación: sobrepeso infantil y diabetes e hipertensión en adultas/os. Resulta llamativa la falta de visibilización de la relación entre sobrepeso, obesidad y prácticas de alimentación, y la prevención y cuidados de problemas de salud, especialmente porque las entrevistadas desde su rol son parcialmente responsables de decisiones en relación al

uso de los recursos recibidos. Esto abre un horizonte para trabajar desde los servicios de salud en la sensibilización y la articulación de estrategias de prevención y atención con referentes y la comunidad.

Se identificaron dificultades para cumplir con las recomendaciones de los equipos de salud, cuestionando que no suelen adecuarse a las realidades socioeconómicas y habitacionales de la población. Las mujeres remarcan sus propios saberes y cómo los ponen en acto en sus intervenciones y tareas cotidianas en relación a la alimentación a nivel comunitario, señalando tensiones con los equipos, trabajadoras/es de la salud, responsables de organismos o programas en cuanto a la legitimidad de esos conocimientos propios de las trayectorias de vida, trabajo, etc.; pero también las tensiones se registran en la relación al interior de los grupos, como con otras mujeres del barrio.

*“¿Qué hace el médico? te extiende una receta, pero ¿qué hace la mamá? vuelve ¿y qué hace con el papel? y no tiene con qué y termina aceptando indirectamente esta situación (...). Lo mismo pasa en alimentación, esos son temas muy propios de salud que no se tienen en cuenta (...). ¿De qué le sirve a la mamá que le digan “andá y comprá esto”?, no lo tenés y si tenés que hacer una dieta, pan integral, todas esas cosas se desconocen por la cultura de comer otro tipo de alimentación (...) Así que tiene que ver con eso: cómo resolver las situaciones de salud cuando no tiene para poder comprar”.*

## Discusión

A partir de los ejes en que organizamos los resultados y el conocimiento del campo, presentamos el análisis y la reflexión teórica, junto a posibles estrategias de intervención.

Partimos de entender lo alimentario como “*el conjunto articulado de prácticas y procesos sociales, sus productos y consecuencias, que abarcan desde los recursos naturales sobre los cuales se produce la materia prima para la elaboración de alimentos hasta el consumo de dichos alimentos y sus consecuencias*” (Sammartino, 2006: s/d). Hablar de comida, como manifestación de relaciones sociales, implica mucho más que hablar de alimentos o nutrientes desde el acto biológico de ingestión (Aguirre, 2004). Dentro de la complejidad del hecho alimentario, es imprescindible considerar las dimensiones socioculturales y los elementos de carácter ecológico-demográfico, tecnológico-económico (circuitos de producción- distribución) y simbólico (Sammartino, 2006).

El derecho humano a una alimentación adecuada implica no solo la ausencia de desnutrición o hambre, sino también la disponibilidad y acceso a alimentos en cantidad y calidad suficiente, nutritiva, segura, adecuada y aceptable culturalmente, en forma sostenible y acorde al goce de los derechos humanos como conjunto indivisible, tal como son incluidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y en la Observación General N° 12 del Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales (1999). Su efectivización y protección son responsabilidad del Estado y requiere la modificación de entornos y condiciones de vida.

En el actual contexto de incremento de problemas de salud relacionados con la alimentación, es central que la educación y promoción de la salud y alimentación trabajen en múltiples dimensiones, como las políticas públicas, ambiente, servicios y sistemas de salud, ámbitos y acciones sociocomunitarias (OMS, 1986). Las acciones desde el campo de la salud resultan imprescindibles para el reconocimiento de las causas sistémicas que afectan el derecho a la alimentación, y para generar medidas efectivas de salud pública que superen la mirada reduccionista centrada en la responsabilidad individual y los estilos de vida (Piaggio, 2016).

Los aspectos socioeconómicos son relevantes en relación al condicionamiento en el acceso, pero no son los únicos que explican las situaciones nutricionales y elecciones alimentarias: aún en contextos de inseguridad alimentaria, los grupos domésticos manejan estrategias cotidianas creativas y flexibles (Aguirre, 2004) dentro de sus posibilidades y a partir de múltiples criterios.

Pensar en la salud y la alimentación en términos integrales y desde una perspectiva de derechos implica tanto considerar los estrechos márgenes de elección (relacionados con los déficits de infraestructura y urbanización, ingresos, condiciones laborales) que impactan en aspectos nutricionales, como considerar los gustos y preferencias, las prácticas y saberes alimentarios y realizar una adecuación sociocultural de las pautas brindadas por los equipos de salud. En función de pensar intervenciones locales, resulta central remarcar la complejidad del contexto, las condiciones y posibilidades, la necesidad de un trabajo intersectorial, de identificación de criterios y estrategias alimentarias con el relevamiento de heterogeneidades desde estudios cualitativos.

La construcción de sentidos y elecciones en relación a la alimentación se pusieron de manifiesto en nuestra investigación, donde encontramos en discursos y prácticas las diversas dimensiones que atraviesan lo alimentario, excediendo la lógica médico- nutricional: aspectos sociales, culturales, simbólicos, económicos que -explícita o implícitamente- orientan los criterios de decisión, las prácticas, valoraciones y representaciones a nivel individual, familiar y grupal. Si bien no aparecieron menciones al consumo de alimentos y comidas del lugar de origen de migrantes en las entrevistas a referentes, el peso identitario y simbólico puede ser un criterio de selección a nivel doméstico, más allá de los costos económicos (Sammartino, 2006).

Sin embargo, la asociación de ciertas prácticas alimentarias con la cultura e identidad de familias y grupos presentes en los discursos relevados, y que incluyen referencias a algunas/os trabajadoras/es de la salud, remite a concepciones esencialistas que las toman de manera estática y homogénea, sin ver adaptaciones, transformaciones o conflictos al interior de los grupos (Juliano, 1997). La heterogeneidad se manifiesta no sólo en términos culturales asociados a la región de origen, sino también a la clase; es más, no solo entre la Villa 21-24/NHT Zavaleta y el entorno urbanizado, sino también al interior del barrio y aún dentro la población específica que concurre a los comedores.

Por ello resulta enriquecedor retomar los aportes de Solans y otras (2017), quienes analizan las prácticas alimentarias y las modalidades de abastecimiento de un grupo de mujeres migrantes de la zona sur de CABA. Afirman que la adquisición de ingredientes propios de las cocinas de su lugar de origen mediante redes barriales, personales, familiares o en mercados específicos, resultan importantes para este tipo de productos, sus comidas regionales, y para reforzar las redes vecinales, étnicas y de "paisanaje", que muchas veces se dan dentro de los comedores como espacios de vinculación.

Pensar la diversidad de saberes en relación a la alimentación y a la salud en términos de interculturalidad permite contemplar las tensiones existentes y constantes entre los recursos populares comunitarios, tradicionales, empíricos, y los disciplinares de las/los trabajadoras/es de salud y responsables gubernamentales. La perspectiva de la interculturalidad crítica cuestiona la imposición de un modelo con una definición y entendimiento único de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado, planteando el análisis de los sistemas, procesos y modos de atención en su complejidad y multidimensionalidad, a la vez, que remarca la necesidad de cambios estructurales (Ramírez Hita, 2008; Walsh, 2002). El abordaje de la articulación de formas plurales de pensar, hacer y saber en salud requiere reconocer su carácter conflictivo y atravesado por diferencias de clase, problematizando las relaciones de poder y desigualdad (Walsh, 2002).

Una problemática que emerge tras el análisis de los resultados, es la elección y preferencia de productos procesados y ultraprocesados, y la no problematización de esos consumos - que las referentes atribuyen a las familias- en términos de salud. Creemos ineludible un abordaje en educación alimentaria y promoción de la salud que, desde la educación popular, contemple acciones y estrategias con participación protagónica de la población en sus contextos de vida, articuladas con el sector salud. Acciones que permitan reflexionar sobre los condicionantes sociales que llevan al alto consumo de productos ultraprocesados y emprender un proceso de recuperación y valorización de saberes, prácticas y experiencias múltiples.

Entendemos a la educación alimentaria y nutricional como una variedad de estrategias educativas, implementadas en distintos niveles (individual, comunitario, político) con el objetivo de facilitar el desarrollo sostenible de prácticas y saberes relacionados con la alimentación y la nutrición propicios para la salud y el bienestar de personas y grupos (FAO, 2013). Estas acciones no pueden basarse solamente en la transmisión de información, sino que requieren considerar "las perspectivas de las personas y grupos sobre la gestión diaria de las necesidades alimentarias, gustos, tradiciones/recreaciones culinarias, significados y valoraciones de los alimentos y momentos de comida", teniendo en cuenta aspectos nutricionales, socioeconómicos y culturales en la relación entre alimentación y salud (Piaggio y otras, 2017: s/d).

Para abordar estos procesos a nivel comunitario, la educación popular promueve el desarrollo de una conciencia crítica de las condiciones y conflictos sociales en pos de la transformación, fomentando la autonomía y protagonismo de las/os sujetos populares (como capacidad de determinar sus proyectos y maneras de realizarlos) (GCBA, 2013; Korol, 2015). Se trata de un

modelo democrático, horizontal y participativo que fomenta procesos de creación colectiva de conocimientos y diálogo de saberes diversos (académicos y populares) en una dialéctica constante entre práctica y teoría (Korol, 2015).

Revitalizar y revalorizar las actividades, aprendizajes y tradiciones culinarias, y los momentos y espacios de comensalidad - a nivel doméstico e institucional- son nodales para desarrollar y fortalecer estrategias educativas, preventivas y promocionales en pos de una alimentación saludable (completa, variada, adecuada, segura, apetecible, placentera y aceptada culturalmente) (Piaggio y otras, 2017). Retomar la práctica de retiro de productos o viandas para prepararlos a gusto y compartir en el grupo doméstico, o el lugar del guiso como elemento central en la dieta, puede dar lugar a estrategias que capitalicen su potencial saludable e importancia sociocultural.

El Proyecto de Nutrición Comunitaria continúa avanzando con acciones vinculadas a contribuir al fortalecimiento de propuestas de promoción de alimentación saludable y actividad física por parte de actores territoriales/comunitarios. Desde el año 2016 se planifican e implementan actividades locales, surgidas como propuestas de las/los participantes de un curso de promotoras comunitarias y sus agrupaciones, tales como charlas de educación alimentaria, encuentros de actividad física y de cocina saludable, entre otras. Desde este posicionamiento, la propuesta se orienta no a la transmisión de saberes expertos, sino a la construcción conjunta de espacios de acompañamiento, recuperando prácticas en contexto desde intervenciones participativas atentas a las particularidades locales.

## Referencias bibliográficas

**Aguirre Patricia** (2004): Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Capital Intelectual, Buenos Aires.

**Juliano Dolores** (1997): Universal/ particular. Un falso dilema. En: *Globalización e identidad cultural*. Ciccus, Buenos Aires.

**Korol Claudia** (2015): *La Educación Popular en clave de debate*. Recuperado de <https://xanelaaberta.files.wordpress.com/2015/05/pac3b1uelos-en-rebeldc3ada-claudia-korol-la-educac3b3n-popular-en-clave-de-debate.pdf>. Fecha de consulta: 10 de abril de 2018.

**Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación** (2011): Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales. Buenos Aires.

**Monteiro Carlos; Cannon Geoffrey; Claro Rafael; Bertazzi Levy Renata; Moubarac Jean-Claude; Bortoletto Martins Ana Paula; Louzada María Laura; Baraldi Larissa; Canella Daniela (s/f)**: El sistema alimentario. El gran tema de la nutrición. Una nueva clasificación de los alimentos. Recuperado de:

<http://www.wphna.org/htdocs/downloadsmar2013/journal/The%20food%20System%20Español.pdf> . Fecha de consulta: 03 de abril de 2018.

**Piaggio, Laura; Duarte, Miriam; Montenegro, Belén; Peri, Celeste; Schloss, Beatriz; Dupraz, Silvina y Rolón, Marina** (2017): "Educación alimentaria: complejidad e interdisciplina en una guía digital". Concurso del Comité Argentino de Educación para la Salud de la Población, CAESPO. Inédito.

**Piaggio Laura** (2016): El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: Reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud. *Salud Colectiva*, 12 (4): 605-619. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Ramírez Hita Susana** (2008): "Políticas de salud basadas en el concepto de "interculturalidad". Los centros de "salud intercultural" en Bolivia", en *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Misiones.

**Rossi, Laura** (s/f): "Evaluación alimentaria nutricional en la población de adultos mayores usuarios/as del primer nivel de atención de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires 2011- 2013". Programa Nutricional /Ministerio de Salud: Buenos Aires. Inédito.

**Sammartino Gloria** (2006): La Antropología Alimentaria, caminos recorridos y caminos por recorrer. En Guillermo Wilde y Pablo Schamber (Comp.): *Culturas, Comunidades y Procesos Urbanos Contemporáneos*. Paradigma Inicial, Buenos Aires.

**Solans Andrea** (2017): Mujeres migrantes, alimentación y políticas públicas en la Ciudad de Buenos Aires. *Temas de Antropología y Migración*, 9: 6-28. Equipo de Investigación sobre Antropología y Procesos Migratorios, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

**Walsh Catherine** (2002): (De)construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En Fuller, N. *Interculturalidad y política. Desafíos y posibilidades*. Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, Lima.

**Zapata María Elisa; Rovirosa Alicia y Carmuega Esteban** (2016): Cambios en el patrón de consumo de alimentos y bebidas en Argentina, 1996-2013. *Salud Colectiva*, 12(4). Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

## **Fuentes consultadas:**

**Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo –ACUMAR** (2012): *Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) de la Villa 21-24, Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Dirección General de Salud Ambiental, Buenos Aires. Recuperado de: [http://old.acumar.gob.ar/content/documents/Salud/Informes\\_ENUDPAT-EISAR/Eisar\\_21-24.pdf](http://old.acumar.gob.ar/content/documents/Salud/Informes_ENUDPAT-EISAR/Eisar_21-24.pdf) Fecha de consulta: 15 de marzo de 2018.

**Borrue Miguel; Mas Irene y Borrue Gastón** (2010): Estudio de carga de enfermedad: Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

**FAO** (2013): Red de información, comunicación y educación alimentaria y nutricional para América Latina y el Caribe –ICEAN-. Recuperado de: <http://www.fao.org/red-icean/acerca-de->



[la-red-icean/que-es-la-educacion-alimentaria-y-nutricional/es/](http://la-red-icean/que-es-la-educacion-alimentaria-y-nutricional/es/) Fecha de consulta: 16 de marzo 2018.

**Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires** (2016): Programa de Salud Escolar de CABA. Documento interno. Inédito.

------(2015): Censo 2010. Situación y caracterización de los asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010. Informe de resultados 856. Ministerio de Hacienda. Buenos Aires.

------(2013): Guía de dispositivos de intervención en Educación para la Salud. Reflexiones en torno a la práctica. Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud – RIEpS-. Ministerio de Salud, Buenos Aires.

------(2011): Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de CABA. Documento de resultados. Inédito.

**Hospital Gral. de Agudos “Dr. J.M. Penna”** (2008): Aproximación a la situación de salud de los habitantes de la Villa 21-24. Residencia de Medicina General, Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, Cesac N° 8, Cesac N° 35. Inédito.

**Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires** (2013): 7° Encuesta Antropométrica a la Población menor de 6 años. Dirección de programas Centrales (DGRyPS), Programa Nutricional. Buenos Aires.

**Ministerio de Salud de la Nación** (2016a): Manual metodológico de las Guías Alimentarias para la Población Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.

------(2016b): *Boletín de vigilancia N°8. Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo. Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública.* Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/publicaciones/boletines-del-ent>

------(2015): *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades no Transmisibles - 2013.* Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Buenos Aires.

------(2007): Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados ENNyS. Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

**Organización Mundial de la Salud** (2018): Obesidad y sobrepeso, 16 de febrero. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Fecha de consulta: 13 de marzo de 2018.

------(1986): Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

------(2013): *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.* Recuperado de: [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/) Fecha de consulta: 13 de marzo de 2018.

**Organización Panamericana de la Salud** (2014): 2° Encuesta Mundial de Salud Escolar 2012. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de:

[http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09\\_informe-EMSE-2012.pdf](http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf).

Fecha de consulta: 13 de marzo de 2018.

## **Cita recomendada**

**Viviana Castaño Gómez y María Daniela Cormick** (2018): « Alimentación y salud: aportes para la construcción de estrategias de nutrición comunitaria en grupos en situación de vulnerabilidad» [artículo en línea]. Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 2, Nro. 3. Carrera de Licenciatura en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. UNC. pp. 106-123 [Fecha de consulta: dd/mm/aa].

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/21591>

ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

## **Sobre las autoras**

### ***Viviana Castaño Gómez***

Colombiana. Se desempeña en el Área Programática del Hospital Gral. de Agudos Dr. J.M. Penna. Dirección de Docencia, Investigación y Desarrollo Profesional, Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCBA). Correo electrónico: [viviana.castano.gomez@gmail.com](mailto:viviana.castano.gomez@gmail.com)

### ***María Daniela Cormick***

Argentina. Se desempeña en la Residencia de Investigación en Salud del Ministerio de Salud del GCBA y en la Cátedra de Socioantropología de la Escuela de Nutrición (Universidad de Buenos Aires). Correo electrónico: [danielacormick@gmail.com](mailto:danielacormick@gmail.com)