

## Capítulo 8

# Del cuidado institucional cotidiano al cuidado de la salud en la escuela

Las maestras como cuidadoras morales

*Ana Domínguez Mon*

### 1. Introducción

Mediodía en la escuela. La maestra está afuera del comedor y espera que los chicos ingresen. Es un aula acondicionada con mesas largas y bancos también ubicados en forma longitudinal. Para llegar a la cocina, que está lejos del comedor, deben atravesar el patio abierto. La cocinera y su ayudante se ubican en un extremo del salón. Sobre una mesa colocan una olla enorme con fideos, salsa un poco de carne picada. Hay platos ubicados en pila y vasos, los chicos toman cada plato con su correspondiente tenedor y reciben una porción estimada en la superficie interna del plato playo. Como ha llovido, podrán repetir sin problemas porque sus compañeros que vienen desde una zona anegable no fueron a clase. Para ingresar forman fila varones y chicas de 8 a 12 años, los más pequeños ingresaron antes. Los varones se empujan, Laura les llama la atención y otra maestra logra que se vayan sentando. Se agrupan espontáneamente por sexo, varones de un lado y niñas del otro. En general, todos toman agua cuando

terminan de comer. Sin embargo, algunos pocos llevan botellas de bebidas gaseosas de marcas conocidas. Para muchos de ellos, esta será la comida más importante del día junto con el desayuno, que también recibieron en la escuela. Para los de turno tarde será la merienda. Ambas colaciones, las reciben en el aula y la merienda a penas hora y media después del almuerzo. Los del turno mañana se van con la fruta a la salida de la escuela: naranja o manzana. (Observación en el comedor de la escuela, marzo de 2016).

Desde 2013, en el marco de dos proyectos de investigación UBACyT (2008-2012 y 2014-2017) hemos desarrollado actividades para identificar y analizar redes de cuidados en personas que viven con diabetes. En 2013, nos interesó indagar en los grupos familiares con hijos en edad escolar (6 a 12 años, aproximadamente) para examinar si presentaban algunos de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles y poder pensar, con las autoridades y docentes, estrategias para abordar la problemática desde la escuela. En estudios previos demostramos que, efectivamente, las prácticas preventivas en adultos jóvenes eran muy difíciles de implementar debido a ciertas urgencias derivadas de las particularidades de los estilos de vida modernos, sobre todo en sectores medios de la ciudad de Buenos Aires (Domínguez Mon, 2012). Las largas jornadas laborales, los ritmos intensos de trabajo y las distancias que median entre los lugares de trabajo y los hogares, motivaron que algunos miembros de los sectores medios encontraran obstáculos para llevar adelante prácticas sostenidas de cuidados en la alimentación y las actividades físicas.

En efecto, en los últimos cincuenta años, distintos estudios dieron soporte científico a la hipótesis de que los niveles bajos de actividad física y una alimentación basada en

grasas e hidratos de carbono son factores importantes para el desarrollo de las enfermedades como diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular. Altas tasas de mortalidad se observan entre quienes llevan una vida sedentaria. Según los documentos producidos por los organismos internacionales, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son el desafío para la salud pública en el siglo XXI y, dentro del conjunto, aquellas que están directamente vinculadas al sobrepeso y a la obesidad, con la consiguiente discapacidad asociada, así como de enfermedades coronarias con riesgo de vida tanto para adultos como para niños en los países de la región. La alimentación variada y reducida en hidratos de carbono y azúcares, además de una actividad física regular, parecen disminuir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y, de esta manera, podrían ser un factor clave para una mejor calidad de vida (Ministerio de Salud, 2012).

La obesidad es un factor contribuyente en, prácticamente, la mitad de las enfermedades crónicas. Se asocia con la mortalidad cardiovascular, con la hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. La obesidad infantil, vinculada a su persistencia hasta la vida adulta, significa un riesgo epidemiológico que aglutina otras condiciones mórbidas (O'Donnell y Carmuega, 1998). Simultáneamente, se ha estudiado cómo la situación económica y social en la infancia influye en la salud en la adultez (Beebe-Dimmer *et al.*, 2004). Como consecuencia, la vida temprana es un momento fundamental para intervenir tomando medidas de prevención para las enfermedades cardiovasculares (Nandi *et al.*, 2012). De modo que la prevención en los primeros años de vida puede significar un importante impacto en la edad adulta del mismo modo que se pueden reconocer las consecuencias de las intervenciones realizadas precozmente en la salud de los adultos (Durán, 2005).

En la Argentina, la obesidad evidencia algunas peculiaridades respecto de los países desarrollados. Es un fenómeno sanitario relativamente reciente, relacionado con la rápida urbanización que ha experimentado el país. Este proceso está siendo acompañado por un marcado sedentarismo: horas frente a la televisión, viviendas pequeñas, alimentación económica, rápida y fácil de preparar, como ocurre con los alimentos con alto contenido de grasas y azúcares. Impacta, especialmente, en la salud de los niños, por las dificultades para acceder a actividades deportivas escolares y/o comunitarias en los años noventa (O'Donnell y Carmuega, 1998: 19).

## **2. Del reconocimiento del problema a las actividades de intervención institucional**

Integrantes del equipo de investigación que dirijo han demostrado (Perner y Pérez, 2014) que existe una forma diferencial de afrontar los riesgos de vivir con enfermedades crónicas según sean las condiciones de vida y de trabajo de las familias. A mayor vulnerabilidad social, mayor probabilidad de vivir tempranamente con una o varias de las enfermedades en los adultos. En Provincia de Buenos Aires esto se expresa en que, a mejores niveles educativos y con mejores ingresos económicos, haya menos prevalencia de ECNT. En los individuos con primaria incompleta la prevalencia de diabetes (DBT) es más del doble que en los individuos con secundaria completa o más: 15.1% y 6.8%, respectivamente. La prevalencia de diabetes entre los individuos con menores ingresos duplica la prevalencia de los que presentan mayores ingresos: 11.3% y 6.1%.<sup>1</sup>

---

1 Las ECNT, solo en 2011, representaron el 32.8% de las muertes, tanto a nivel nacional como en la provincia de Buenos Aires (DEIS, 2013). Se observa una relación lineal entre la edad y la preva-

Las encuestas que realizamos en dos localidades geográficas distantes (San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro, y José León Suárez, partido de San Martín, provincia de Buenos Aires) pero con población con semejante distribución de DBT e hipertensión arterial (HTA), tuvieron por finalidad, a partir de una caracterización demográfica y socioeconómica de las poblaciones encuestadas, conocer las prácticas alimentarias y de actividades físicas, así como la existencia de ECNT en los grupos familiares de las escuelas primarias ubicadas en barriadas populares. Esta caracterización nos permitió comprender el contexto geográfico y socioeconómico en el cual están insertas las instituciones educativas: saber si las familias pertenecían al barrio de la escuela, si procedían de otros barrios, el nivel educativo y las actividades laborales de los padres, prácticas alimentarias y actividades físicas tanto de las madres y padres como de los hijos.<sup>2</sup> Finalmente, cómo se auto percibían ellos y cómo la salud de sus hijos.

De acuerdo con los resultados de las encuestas, propusimos a las autoridades de la escuela de José León Suárez diversas actividades. Fuimos invitados a reuniones en el municipio en las que hemos divulgado los resultados de nuestros trabajos en la Red de diabetes del Municipio de San Martín; intervinimos en una Jornada Interinstitucional

---

lencia de diabetes, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia e inactividad física. Entre los mayores de sesenta y cinco años, una cada cuatro personas presenta diabetes, y más del 60% presenta HTA. La relación de las ECNT con el nivel de ingresos y el nivel educativo es inversamente proporcional. En el Gran Buenos Aires (GBA), la prevalencia de diabetes fue un 22% mayor entre las mujeres que entre los hombres (con una prevalencia de 10% y 8.2%, respectivamente), en tanto la hipertensión (HTA) fue levemente mayor entre las mujeres (35.3%) que entre los hombres (34.2%), siendo la hipercolesterolemia similar, en ambos sexos, en la provincia de Buenos Aires y en el total país (cerca al 30%). Los hombres presentaron, para ese año, una prevalencia de inactividad física menor que las mujeres (hombres 44.1% y 51.4% mujeres).

- 2 Conservamos el masculino en los plurales para favorecer la lectura, teniendo presente que el campo de la docencia y de los cuidados cotidianos es mayormente femenino.

realizada en conmemoración de los cuarenta años del Programa de Salud Escolar que, desde 2008, pasó a llamarse Programa Nacional de Salud Escolar PROSANE. ¿Cuáles son sus objetivos específicos?

Este programa organiza y coordina acciones conjuntas entre profesionales de la salud, sobre todo los que se desempeñan en el Primer Nivel de Atención (PNA) y docentes en escuelas primarias y secundarias públicas y privadas. Las ECNT son objetivo de trabajo en forma constante por los datos a nivel nacional de la cantidad de niños con sobrepeso y obesidad (Linetzky *et al.*, 2011). Sin embargo, poco se ha indagado en las escasas posibilidades de intervención de los cuidados de la salud en el caso de niñas y niños en condición de pobreza en las escuelas públicas, sobre todo, cuando no existen estrategias que permitan contrarrestar la existencia de contextos obesogénicos a partir de la propia organización de los comedores y kioscos escolares (Piaggio *et al.*, 2011). Por otro lado, políticas sanitarias en las escuelas promueven prácticas contradictorias (Piaggio, 2016) que involucran, tanto las instituciones del Estado como las propias familias. La pregunta que nos formulamos es, ¿qué prácticas de cuidado alimentario y de actividades físicas pueden realizar las maestras de una escuela primaria en un área de alta vulnerabilidad social? ¿Qué límites encuentra la actividad docente para el trabajo en promoción de los cuidados de la salud con relación a las ECNT en un área de alta conflictividad social?

### 3. El barrio y los cuidados cotidianos en familias con niños en edad escolar. Contextos y condiciones de vida

“Yo vivo por Corea y algunas partes están prohibidas porque se pegan pedrazos o se tiran tiros a pesar de que la policía vigila. Un vecino le pega a su mujer y se escuchan los gritos. Cuando tenga hijos me voy a mudar y los voy a ayudar para que tengan una vida distinta”. Marcelo 6° B

“[...] vivo en el barrio de mis abuelos desde los seis años, cuando mi mamá me dejó. Un día mi abuelo me llevó a las ‘piletas’, dice que ahí se bañaban todos, ahora están sucias y abandonadas, llenas de basura, moscas y ratas. Me encantaría que vuelvan a funcionar y que todos las podamos disfrutar”. Camila 6° B

Testimonios de alumnos de la Escuela N° 61 Antártida Argentina sobre el barrio en el “Homenaje a 80 años de la creación de la localidad de José León Suárez”, 2012

Realizamos, entre junio y diciembre de 2013, una encuesta a madres y padres y familiares que usualmente llevan los niños a la Escuela N° 61 Antártida Argentina, en José León Suárez, en San Martín. Es uno de los partidos con mayor población de la provincia de Buenos Aires: 414.196 habitantes. Según el Censo de 2010, 198.094 son varones y 216.102 son mujeres, con un índice de masculinidad de 91.7 (INDEC, 2010). San Martín forma parte del primer cordón del Gran Buenos Aires, es una zona urbanizada, con una superficie de 56 km<sup>2</sup> y una densidad poblacional de 7.264 habitantes por km<sup>2</sup>. Este municipio está conformado por veintisiete localidades y está atravesado de sureste a noroeste por el

Ferrocarril Mitre. La distribución de la población acompaña las condiciones más desfavorables: la zona de José León Suárez, aledaña a la cuenca del río Reconquista, denominada Área Reconquista, es la segunda más contaminada del país y constituye un grave peligro para la salud de la población. Allí, están ubicados los barrios Cárcova, Independencia, Libertador, Villa Hidalgo, Necochea, Costa Esperanza, Lanzone, Curita, Loma Hermosa, entre otros. De ahí, provienen la mayoría de los niños cuyos padres hemos encuestado.

En la localidad de José León Suarez está ubicado el relleno Norte III (Complejo Ambiental Norte III) del CEAMSE (Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado), sobre el Camino del Buen Ayre, frente a un conjunto de barrios, asentamientos y villas de población vulnerable. Allí, se reciben los residuos sólidos de la Ciudad de Buenos Aires y de veintisiete partidos del conurbano bonaerense (CEAMSE, 2013). Esta es la zona con las condiciones más desfavorables de San Martín, con varios asentamientos, algunos ubicados sobre canales que desembocan en el Río Reconquista, muchos de ellos, sin red cloacal, gas natural y, algunos, sin electricidad. Allí, también, se presenta una mayor incidencia de enfermedades vinculadas a la contaminación ambiental.

La economía del municipio de San Martín se encuentra claramente influenciada por su sector industrial. En los últimos treinta años, principalmente en la década de los noventa, se cerraron muchas fábricas, algunas de las cuales fueron recuperadas a comienzos de la primera década del siglo XXI. La economía del distrito se basa, sobre todo, en las actividades comerciales: plásticos, textiles, autopartistas y metalmecánicas y de grandes empresas.



La tasa de desocupación en el Gran Buenos Aires (GBA) durante el primer trimestre del 2013 fue del 9.4% (INDEC), mayor que el registrado en la Ciudad de Buenos Aires (7.3%), datos totalmente desactualizados para 2017. En la provincia de Buenos Aires, casi el 90% de la población mayor de 20 años asistió a la escuela. Con respecto al máximo nivel educativo alcanzado: el 11% de los mayores de 20 años no completó la primaria y el 31% si la completó; el 16% no finalizó la secundaria y el 23% finalizó ese nivel. Los datos de la encuesta realizada en 2014 son congruentes con los registrados a nivel municipal. La mayoría de la población que nació en otros lugares vive hace más de quince años en San Martín. El 57% de los entrevistados (32) cursaron el nivel medio, pero solo 1 de cada 3 lo completó. En la población entrevistada hubo un 5% que no concurrió a la escuela. Este valor es bastante más elevado que el registrado en el Gran Buenos Aires y a nivel nacional (menor al 2%). El 62% (38) trabajaba, los hombres lo hicieron una mayor cantidad de horas semanales que las mujeres: la mitad como empleadas, seguido por las que trabajan en su propio negocio y las que trabajan en el servicio doméstico. Solo un 55,8% de mujeres, pero la totalidad de los hombres, trabajaba al momento de la encuesta. Sin embargo, el 82% (50) utilizaba solo el subsector público para atenderse: una de cada tres personas poseía cobertura de salud.

## 4. La salud de las familias como problema

“Mis hijos comen bien”.

Mamá de niños de tercer grado que rechazó la encuesta y cuyos hijos almuerzan en el comedor de la escuela

Dado que la encuesta se realizó en los horarios de entrada y salida de los niños de la escuela y durante las fechas en que se realizaban festividades escolares, las respuestas provenían de madres, padres o familiares que acompañaban a los niños en el ingreso o egreso de la escuela. De los resultados de la encuesta, nos llamó la atención que la percepción del estado de salud de los respondientes era buena: solamente una de cada cinco personas la considera excelente o muy buena. La autopercepción de la relación talla y peso arrojó valores de sobrepeso (75%) y uno de cada tres sabía que era hipertenso, siendo de 35.7 años la edad promedio los entrevistados. Las respuestas acerca del consumo de frutas y verduras arrojaron un promedio de tres unidades diarias por persona. Cuando presentamos los datos en la reunión mensual de la Red de diabetes del municipio, los profesionales afirmaron que era un dato inexacto porque no se corresponde con los registros que ellos llevan en sus consultorios. Cuando consultamos con la responsable de Salud Escolar del Municipio nos comunicó que realizaron exámenes físicos: talla y peso a 34 alumnos (24 de primer grado y 10 de sexto grado) y encontraron que 14, de 24 alumnos, tenían sobrepeso (6 sobrepeso y 8 obesidad) y de sexto grado: 5, de 10 alumnos, sobrepeso (2 sobrepeso y 3 obesidad). Esto quiere decir que en esta población se registra, sobre todo, malnutrición que se traduce en exceso de peso. Tanto los padres/madres como los hijos realizan pocas actividades

físicas: las mujeres caminan y los varones practican deportes, siendo las mujeres más sedentarias. Si tomamos en cuenta que son familias que viven en localidades distantes a una hora de caminata de la escuela, la única actividad que realizan son esas caminatas. Por lo que las condiciones de vida y la malnutrición estarían presentes en esta población con consecuencias negativas para la salud de padres y madres, reflejándose en la salud de los niños.

#### 4.1 De la malnutrición a la educación de las familias en la escuela

A partir del taller y posteriores reuniones con el equipo docente, reconocimos algunos tópicos centrales al abordar las cuestiones alimentarias: los consumos de productos industriales elaborados a base de azúcares, hidratos de carbono y grasas dentro y fuera de la escuela.

La escuela cuenta con un comedor al que asisten entre 125 y 150 alumnos de una matrícula de 251, en 2013. Las comidas que, usualmente, reciben los alumnos son: un desayuno, el almuerzo (sobre todo, los alumnos de la mañana y algunos de la tarde) y una merienda temprana, los del turno tarde.

¿En qué consisten los límites estructurales para una alimentación variada en la escuela? Por un lado, está la magra subvención que deriva el distrito escolar para cada comida (16 pesos por alumno, en 2016), luego, está la calidad de la comida y el menú, que lo confecciona una nutricionista del servicio alimentario escolar y que varía cada semana y según la disponibilidad de los productos estacionales. Dado que la encuesta se realizó durante los meses de otoño, invierno y primavera, los alimentos se corresponden con esas estaciones: la merienda la proveía una cooperativa y estaba compuesta por mate cocido, leche con chocolate, pan y

alfajores de harina de maíz. La encargada del comedor nos comunicó que reciben de postre, tres veces a la semana, frutas para cada niño/niña: naranja o mandarina y postres de batata dos veces a la semana. Sin embargo, finalizada la encuesta, las autoridades nos afirmaron que no había frutas, que tampoco entregaban los panes y que, en 2015, los dulces no llegaban. Si tomamos en cuenta que el menú se compone de arroz y lentejas; pan de carne con fideos; polenta a la boloñesa; arroz con pollo y fideos a la boloñesa, podemos interpretar que la dieta no se correspondería con las necesidades nutricionales de niñas y niños con sobrepeso.

“Los chicos no están comiendo fruta en el comedor...”, nos dijo una maestra que se acercó al grupo de encuestadoras.

## **5. La maestra como cuidadora institucional de las familias**

La particularidad de las ECNT es que la vida cotidiana de las personas debe ser incorporada para el análisis de su situación de salud porque incide directamente en el desenlace o la aparición de estas afecciones. Alimentos, formas de consumo y tiempos disponibles (para su elaboración y consumo) son elementos centrales de cualquier abordaje de la problemática ligada a las ECNT, particularmente, en el caso de la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia. Los trabajos sobre obesidad y sobrepeso en niños en la Argentina (Ministerio de Salud de la Nación, 2013) y los específicos relativos a salud escolar, así como sobre los comedores en la Ciudad de Buenos Aires (Piaggio *et al.*, 2011 y 2013), nos revelan que la malnutrición es un fenómeno intra y extra escolar y que debe abordarse contemplando su complejidad. En realidad, solo recientemente se considera

el problema como un fenómeno irreductible a factores de riesgo, sino en su articulación entre condiciones de vida, de trabajo y formas de consumo enfermantes (bebidas colas — aún las dietéticas—, comidas rápidas, presencia de harinas refinadas en alimentos y aditivos en snacks) que rodean el problema de la malnutrición.

Si bien desde la promulgación de la ley 1420, de 1884, (Battolla y Bortz, 2007) los médicos conformaron la dotación de profesionales abocados para el tratamiento de las enfermedades agudas y las campañas de vacunación, los docentes recibieron capacitación para afrontar y cooperar en el control de las enfermedades agudas (curables) a partir de la experiencia de la epidemia de fiebre amarilla en Buenos Aires de 1871. El papel de la vacunación, la alimentación saludable y las actividades físicas fueron objetivos de campañas sanitarias pero, sobre todo, vinculadas a la desnutrición y el raquitismo. El estado higienista, a través de la “sanidad escolar”, buscó controlar la salud para formar ciudadanos sanos. Debió transcurrir gran parte del siglo XX para la incorporación de las ECNT en la agenda de la salud escolar; la diabetes e hipertensión constituyen, hoy, un objetivo secundario abordado, sobre todo, a partir del registro del sobrepeso y la obesidad. Este fenómeno se tornó más evidente en los años ochenta del siglo pasado pero se agudizó, en el caso argentino, a partir de la crisis económica de los años noventa, en la que se perdieron fuentes de trabajo e integrantes de los grupos familiares estuvieron desocupados por períodos prolongados y, los que se encontraban empleados, experimentaban precarización laboral y formas flexibles de trabajo. Tiempos fragmentados, ausencia de las madres o los padres, o de ambos, durante las comidas, sumando a niños que pasan mucho tiempo solos, que desayunan, almuerzan y meriendan sin asistencia de adultos, con largas horas frente al televisor. Todas estas son

formas de vida que remiten a estilos de consumo que son, más o menos, conflictivos si se resuelven por vía del mercado, a través de cuidadoras domésticas o actividades extraescolares y con familiares o vecinos, en aquellas familias con escasos recursos económicos. Si a esto sumamos la incorporación de alimentos pre-elaborados o de rápida factura: pizzas, empanadas, salchichas, hamburguesas, la alimentación será congruente con formas vinculares con escasa o errante participación de madres y padres.

## **6. Los niños que comen en comedores**

Los comedores escolares se implementaron tempranamente en la Ciudad de Buenos Aires, acompañando a la doble escolaridad tanto pública como privada. En el caso que nos ocupa, funcionan en escuelas de jornada simple. A partir de las crisis económicas, los comedores y merenderos se transformaron en espacios fundamentales para la alimentación de gran parte de las familias y no solamente de los niños. La incorporación de los comedores a las escuelas de jornada simple tiene que ver con las necesidades familiares, al ser el almuerzo escolar la comida que, principalmente, reciben los niños y un aporte nutricional fundamental para el grupo familiar. El comedor, poco a poco, se transformó en un ámbito de alta participación docente, inicialmente, como control y supervisión que, con el correr del siglo XXI, se transformó en espacio de reconocimiento de problemas familiares que escapan a la dinámica áulica.

## 7. El cuidado cotidiano de las maestras en los comedores

La tarea docente en los comedores es, sobre todo, una actividad de acompañamiento y control disciplinario, la supervisión de las prácticas llevadas a cabo en ese espacio: ingreso y traslado de los niños al mismo. Las docentes se incorporaron, erráticamente, ellas mismas con sus alumnos a una actividad de comensalía vincular. Otra cosa ha sido incidir en la incorporación de ingredientes en las comidas que puedan transformar la dieta de niños como son, por ejemplo, los vegetales verdes. Este tipo de alimento, usualmente resistido por los niños y sus padres, por diversas razones, ha sido el mencionado repetidamente en la encuesta para integrar las comidas diarias familiares y de fin de semana. Los adultos declaran consumirlos, aunque no saben cómo cocinarlos con sabores que resulten agradables para todos los integrantes de la familia: “Intentamos que comieran suflé de zapallitos pero es un plato que lo dejan, solo lo comen en tartas” (Directora de la escuela, 2014).

De este modo, las maestras se enfrentan al abordaje de una actividad que no forma parte de las competencias del trabajo docente, con temas que deben tratar dentro del contenido curricular en algunos grados, para los que no reciben especial capacitación y que ellos mismos no están acostumbrados a consumir. ¿Cómo modificar hábitos incluso familiares en una práctica como la alimentaria en la que “el gusto” tiene un papel central? ¿Cómo problematizar el consumo de algunos alimentos (golosinas, snacks, dulces) cuando los chicos los consumen en el kiosco de la escuela, fuera de la escuela y en sus propias casas? Incorporar a la tarea docente esta dimensión de la vida de los chicos también conmueve la propia subjetividad ¿qué comen ellas diariamente? ¿Qué comen en la escuela y cómo lo hacen? Esto replantea las condiciones de vida de ellas mismas y, por supuesto, las de trabajo.

## 8. Docentes y médicos en las escuelas. Hacia el reconocimiento de la tarea de cuidados

Las prácticas de promoción y prevención se encuentran en la intersección entre la “enseñanza”, con la incorporación de conocimientos e información (la pirámide o rueda alimenticia, los tipos de alimentos “saludables” y los “no saludables”; y los “obesogénicos” presentes en los manuales de Educación para la Salud en los que se remarca la responsabilidad individual frente al consumo correcto de determinados alimentos) (Cairo y Aisenstein, 2012), así como el valor moral de la alimentación que forma parte de la tradición higienista en la escuela (Aisenstein, 2010). En esta enseñanza siempre estuvo presente un modelo de consumo regido por valores morales: la mesura, el equilibrio y la higiene. En realidad, a través de la alimentación como del uso del cuerpo (Milstein y Menedes, 2017) se produce, no solamente el disciplinamiento de los cuerpos, sino que se intentan moldear gustos (Aisentein, 2010). La mirada está puesta en un modelo ideal de familia de clase media, en la que la moderación, la variabilidad y la organización doméstica producen almuerzos pensados en función de la nutrición familiar. Este modelo familiar se intenta imponer, pero el gusto (Aisenstein, 2002) forma parte de otro orden jerárquico, como puede ser la clase social o grupo étnico de procedencia: comidas, más o menos sabrosas a partir de la incorporación de grasas, azúcares, especies, y sobre todo sal, conforman acervos culinarios familiares de diversos grupos sociales. Si el gusto se moldea, el esfuerzo por incorporar valores de clase a través de la alimentación no deriva del esmero por realizar la comida con mayor riqueza alimentaria, sino poder acceder a alimentos que con mayor frecuencia aparecen publicitados en la televisión y que, por su costo, no siempre pueden formar parte de la mesa de las



familias de menores recursos. Para cambiar conductas se busca asesorar y capacitar a todas las personas que intervinen en las acciones destinadas a la alimentación escolar.

Las prácticas de formación no están destinadas solamente a los alumnos; docentes, personal administrativo y de maestranza reciben capacitación acerca de los alimentos y las mejores formas de su conservación y manipulación. En este sentido, estos esfuerzos han modificado positivamente la manipulación de los alimentos, logrando controlar las causas de contaminación en la cocina. Sin embargo, los temas relativos a la sociabilidad durante los almuerzos solo quedan a criterio de la maestra a cargo de los alumnos en el comedor (Piaggio *et. al*, 2013) De ahí que los docentes, que particularmente consideran esta actividad como un momento de aprendizaje, si tienen tiempo e interés por ella (puesto que no es una actividad remunerada), podrán considerarla como parte de la sociabilidad con sus alumnos (Piaggio *et al*. 2013, 2011). Pueden identificar inconvenientes para llevar adelante la tarea en los comedores escolares, como en la Ciudad de Buenos Aires, por las condiciones ambientales (espacios no adaptados correctamente para la actividad: pequeños, ruidosos, sin iluminación adecuada) y tiempos disponibles para llevar a cabo todo el proceso, que va desde la higiene de las manos, al desplazamiento desde las aulas hacia los espacios de consumo, hasta los tiempos de duración de los almuerzos y la finalización de la actividad. Muchas veces, estas prácticas no contemplan un momento recreativo antes de iniciar nuevamente las actividades (sobre todo, en las escuelas de doble jornada). La práctica de supervisión de los comedores no posee un reconocimiento académico, ni remunerativo, por lo que la posibilidad de realizar actividades creativas correrá por cuenta del interés personal del/ de la docente a cargo. El mandato moral de la alimentación, en términos de nutrición corporal y como

incorporación de hábitos de comensalía, de adquisición de gustos (generalmente, a partir de un modelo de individuo ideal al que están destinadas las políticas de enseñanza) y, sobre todo, de incorporación de valores siempre normativos acerca de “lo bueno” o “lo malo” del comportamiento en el comedor, cede frente a la necesidad de dar respuesta a una carencia familiar que se ofrece como la única comida completa que recibirá la niña o el niño fuera de su hogar.

## **9. La actividad física en la escuela como mandato debido a las ECNT**

El cuerpo y la actividad física no siempre se reconocen partícipes de prácticas formativas, salvo en el caso del deporte o para el bienestar corporal (Aisentein, 2012; Scharagrodsky, 2007). En este tópico, es el profesor de educación física quien posee conocimientos y ha desarrollado habilidades para llevar adelante actividades en las que esté presente el trabajo corporal pero, usualmente, desde una concepción competitiva. Podríamos afirmar que la competencia, no solo es incentivada por los profesores de educación física, sino que forma parte del *habitus* cotidiano de los conjuntos sociales modernos, sobre todo en las ciudades. En este sentido, estar en movimiento con un fin práctico, obtener puntaje en una prueba o competición, forman parte de la producción simbólica de las tecnologías del cuerpo en las sociedades modernas occidentales: disciplinar el cuerpo en la escuela para entrenarlo para la competencia en el mundo del trabajo. Pensado así, el cuerpo para el trabajo o para actividades de competencia no se compadece con las formas actuales de recreación: varias horas frente a la pantalla (televisión, computadoras o dispositivos de uso personal) refuerzan la preferencia por las actividades

sedentarias, sobre todo, en sociedades incorporadas a las tecnologías de la información comunicacional. Moverse es una pérdida de tiempo y hasta una actividad penosa frente a la posibilidad de ingresar a los mundos virtuales. Queda reservado el placer de moverse cuando se trata de jugar al fútbol (tanto para los chicos como para las chicas), el tema es ¿dónde y a qué costo? Nuevamente, maestras y profesionales de la salud, aprendieron que las oportunidades perdidas, en realidad, se traducen en mayor sufrimiento y en vidas perdidas. De este modo, surgen los programas de actividades barriales: partidos de fútbol entre médicos y los chicos del barrio (Parera et al. 2016), que permiten recuperar el placer del juego con la proximidad y la confianza para acercar a los “pibes” a la “salita”, para que puedan encontrar, allí, médicos-amigos en quien confiar y a quienes recurrir cuando los problemas los agobian o cuando se sientan mal (o, probablemente, cuando requieran de intervención médica). Estas actividades barriales son el producto del interés de profesionales de la salud para producir diálogos institucionales en el que los protagonistas sean los niños. El reconocimiento de los problemas, sobre todo, de las necesidades de los destinatarios de esas actividades: niños en edad escolar y adultos, proveen a los profesionales de elementos de intervención para lograr confianza en las instituciones, abrir espacios y legitimar el disfrute por participar de intervenciones, puede alejarlos de compañías peligrosas, de los consumos problemáticos (entre los cuales las drogas son una parte de los consumos identificados), aunque no sea un fin en sí mismo.

La práctica docente estuvo, históricamente, vinculada a la lucha contra las enfermedades agudas y endémicas, y solo recientemente a las no transmisibles. Sin embargo, la preocupación por la alimentación en términos moralizantes siempre ocupó un lugar central para las familias de los

escolares, siendo temas axiales a la actividad docente y no medulares del trabajo vincular cotidiano.

¿Será posible reconocer puntos de articulación, entre esta forma de abordaje de las problemáticas sociales, y la tarea moralizadora y disciplinadora en que maestros de escuela primaria asumen los cuidados de la salud, desde programas tradicionales en términos de alimentación y actividades físicas escolares?

## **10. Reconocimiento social y redistribución en la labor de cuidados**

La labor docente en la formación de valores sigue vigente entre la población pero, usualmente, no se lo vincula a las actividades extra curriculares. He participado de reuniones de intercambio interjurisdiccional en el que las docentes planteaban los límites del abordaje de determinadas problemáticas: adicciones, violencia en el aula, maltrato y el abuso familiar. Estos temas generan mucho malestar y conllevan intensas discusiones acerca de las responsabilidades legales, así como el compromiso institucional. Comprenden el capítulo de lo que se ha denominado “malestar docente” (Martínez, 1999, 2000, 2009, 2010; Birgin, 2005). Por la inespecificidad propia de la tarea de cuidados y la dificultad para establecer límites entre la práctica docente y la contención social, reconozco cierta similitud con algunas discusiones presentes en las reflexiones de médicos generalistas, nutricionistas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales en el primer nivel de atención. Los profesionales comprometidos con su labor y con la institución de la que participan suelen asumir responsabilidades en tiempos extralaborales porque no podrían realizar esa actividad en el tiempo específico de su trabajo. El seguimiento

de los cuidados, cuando se trata del abordaje integral de las situaciones de vida de sus alumnos, comprende también el tratamiento integral de enfermedades crónicas o agudas, al considerar las situaciones concretas en las que enferman las personas y del sentido que adquieren esas afecciones en sus vidas.

Este tiempo no remunerado, pero sí dedicado a los cuidados, requiere desplegar habilidades e invertir energías en situaciones altamente desgastantes (a veces derivando en *burn out*) para brindar oportunidades, crear redes y formas de protección que las familias suelen haber perdido. “Es muy difícil la relación madres/padres/hijo/hija cuando no existe interés o costumbre para preguntar acerca de lo que hizo su hijo en la escuela” (Directora de la escuela, 2015).

Nancy Fraser (1995) recuperó y discutió la tensión entre el reconocimiento, como forma usualmente presente en las tareas que tienen valoración social (el trabajo docente, el trabajo comunitario en los profesionales de la salud) pero que no reciben una retribución adecuada en función de las actividades que despliegan y el valor social asignado a ellas. Para esta autora, como para Seyla Benhabib (1995), las actividades de cuidado hacia otros, cuando ocupan el espacio liminar del reconocimiento social, de la vocación y la entrega, suelen feminizarse en función de las relaciones desiguales de poder: clase, género y étnicas a través de las cuales se reconocen las personas que las realizan. Las actividades de cuidado cotidiano vinculadas a las ECNT en las escuelas no escapan a los mismos avatares que viven las docentes en sus vidas cotidianas: comidas rápidas y de mala calidad, tanto para ellas como para sus familias. Luego, una actividad que se concibe como la extensión de los roles familiares y por fuera de la actividad docente remunerada ¿acaso puede considerarse parte de su rol profesional? Si el cuidado es asumido como responsabilidad de los padres, delegada

a la escuela por carencias o por ausencia de roles de autoridad en los grupos familiares (“No firman ni revisan los cuadernos de comunicación”; “no participan de las actividades programadas en la escuela”; “no llevan a los chicos a los controles médicos”; “no hablan con sus hijos”), nos encontramos que el cuidado está ubicado en un lugar intersticial que las docentes asumen más como vocación asistencial y, por ende, femenina que como parte de su rol profesional.

## 11. Bibliografía

- Aisenstein, Á. (2010). “Entre la nutrición y el gusto. Prescripciones alimentarias en la escuela primaria argentina”. En *Historia de la Educación, Anuario*, 11. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2313-92772010000100010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-92772010000100010&lng=es&tlng=es) (consulta: 23/01/2017).
- Argentina. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2013). *Agrupamiento de casas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. Argentina año 2011*. Buenos Aires, DEIS. Disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Boletin140.pdf> (consulta: 23/01/2017).
- Argentina. Instituto Nacional de Estadística y Censos (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. Buenos Aires, INDEC. Disponible en <http://www.censo2010.indec.gov.ar/> (consulta: 09/09/2013).
- Argentina. Ministerio de Salud (2011). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/08/segunda-encuesta-nacional-factores-de-riesgo-politicas-de-salud.pdf> (consulta: 09/09/2013).
- \_\_\_\_\_. (2006). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Argentina 2005. Informe de resultados*. Buenos Aires, Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.bvs.org.ar/pdf/enfr2005.pdf> (consulta: 09/09/2013).
- \_\_\_\_\_. (2013). *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000378cnt-sobrepeso-obesidad-ninos.pdf> (consulta: 20/10/2015).

- Battolla, J., Bortz J. E. (2004). "Los orígenes de la salud escolar en Buenos Aires". En *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 27(2): 87-96.
- Beebe-Dimmer, J., et al. (2004). "Childhood and adult socioeconomic conditions and 31-year mortality risk in women". En *American Journal Epidemiology*, 159: 481-490.
- Benhabib, S. (1992). "Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral". En *Isegoría. Revista de Filosofía, Moral y Política*, 16: 37-63.
- Birgin, A. (1999). *El trabajo de enseñar*. Buenos Aires, Troquel.
- Britos, S., et al. (2003). *Programas alimentarios en Argentina*. Buenos Aires, Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil.
- Cairo, M. E., Aisenstein, Â. (2012). "El gobierno de la moral y la salud: educación alimentaria en el discurso pedagógico". En *Revista História da Educação*, 16(38): 227-128.
- Coordinación Ecológica Área Metropolitana Sociedad del Estado. Buenos Aires. Disponible en <http://www.ceamse.gov.ar/> (consulta: 23/01/2017).
- Di Liscia, M. S., Bohoslavsky, E. L. (2005). *Instituciones y formas de control social en América Latina, 1840-1940*. Buenos Aires, Prometeo.
- Durán P. (2005). "Transición epidemiológica nutricional o el 'efecto mariposa'". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 103(3): 195-197.
- Fleischer, N., et al. (2008). "Social Patterning of Chronic Disease Risk Factors in a Latin American City". En *Journal of Urban Health*, 5(6): 923-937.
- Fraser, N. (1996). "Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género". En *Revista Internacional de Filosofía Política*, 8: 18-40.
- Gutiérrez, G. (2014). "Entrevista a Alejandra Birgin. Dar estatuto de saber a las alternativas que se construyen en el territorio". En *Educación en Córdoba*, 11(29): 36-41.
- Incarbone, O., et al. (2012). *Manual director de actividad física y salud de la República Argentina*. Buenos Aires, Ministerio de Salud.
- Jarrillo Soto E. C., Guinsberg E. (eds.), (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires, Lugar.
- Linetsky, B., et al. (2011). "Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Salud Escolar: Argentina, 2007". En *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(2): 111-116.

- López Arellano, O., Escudero, J.C., Carmona, L. D. (2008). "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES". En *Medicina Social*, 3(4): 323-335.
- Loucks, E. B., *et al.* (2010). "Life course socioeconomic position is associated with inflammatory markers: the Framingham Offspring Study". En *Social Science & Medicine*, 71(1): 187-195.
- Martínez, D. (2006). *Factores del riesgo psíquico docente*. Buenos Aires, CTERA.
- \_\_\_\_\_. (2001). "Abriendo el presente de una modernidad inconclusa: treinta años de estudios del trabajo docente". En *LASA, Latin American Studies Association, XXIII (Sept. 6-8, 2001)*. Washington D. C., LASA.
- \_\_\_\_\_. (1993). *El riesgo de enseñar*. Buenos Aires, SUTEBA.
- Milstein, D y Menedes, H (2017) *La escuela en el cuerpo. Estudios sobre el orden escolar y la construcción social de los alumnos en las escuelas primarias*. Buenos Aires: Miño y Dávila, Colección: Antropología y procesos educativos. (Colección IDDS)
- Miqueleiz, E., *et al.* (2014). "Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987-2007". En *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(2): 209-214.
- Nandi, A., *et al.* (2012). "Using marginal structural models to estimate the direct effect of adverse childhood social conditions on onset of heart disease, diabetes, and stroke". En *Epidemiology*, 23(2): 223-232.
- O'Donnell, A., Carmuega, E. (1998). "La transición epidemiológica y la salud de nuestros niños". En *Boletín CESNI*, 68(6). Disponible en: [http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen\\_6.pdf](http://www.cesni.org.ar/sistema/archivos/68-Volumen_6.pdf) (consulta: 04/01/2013).
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Estadísticas sanitarias mundiales 2010*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf) (consulta: 04/01/2013).
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud (2012). *Versión Panamericana del Instrumento STEPS (Principal y Ampliada). El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas*. Ginebra: OMS. Disponible en: [http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/PAHO\\_STEPS\\_Instrument\\_v2.1\\_ES.pdf](http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/instrument/PAHO_STEPS_Instrument_v2.1_ES.pdf) (consulta: 13/09/2013).



- Parera, C., et al. (2016). "Hoy se juega. La incorporación en APS del fútbol participativo como tecnología de prevención inespecífica y accesibilidad en problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas". En *Clepios. Revista de Profesionales en Salud Colectiva Formación en Salud Mental*, 72.
- Piaggio, L. R. (2016). "El derecho a la alimentación en entornos obesogénicos: reflexiones sobre el rol de los profesionales de la salud". En, 12(4): 605-619.
- \_\_\_\_\_. (2005). "Protagonismo docente en el cambio educativo". En *Revista RELAC*, 1. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001446/144666s.pdf> (consulta: 13/09/2013).
- Piaggio, L. R., et al. (2013). "Alimentación escolar: ¿asistencia o educación? Espacio, tiempo y organización del cuidado infantil". En *Revista Novedades Educativas*, 274.
- Piaggio, L. R., et al. (2011). "Alimentación infantil en el ámbito escolar: entre patios, aulas y comedores". En *Salud Colectiva*, 7(2): 199-213.
- Santillán, L., Cerletti, L. (2011). "Familias y escuelas: repensando la relación desde el campo de la Antropología y la Educación". En *Boletín de Antropología y Educación*, 2(3): 7-16.
- Scharagrodsky, P. (2007). *El cuerpo en la escuela. Programa de capacitación multimedial*. Buenos Aires, Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Schneider, M. C., et al. (2002). "Métodos de medición de desigualdades en salud". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6): 398-415.
- Universidad Nacional de Lanús. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud; Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Dirección de Epidemiología; Organización Panamericana de la Salud (2004). [CD-ROM]. *Atlas de mortalidad de Argentina: trienios 1990-1992 / 1999-2001*. Buenos Aires, UNLA.
- Veleda, C., et al. (2014). *Comer en la escuela: nueve acciones para mejorar la gestión de los comedores escolares*. (Documento de Políticas Públicas / Programas de Educación Social y Educación; 131). Buenos Aires, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1355.pdf> (consulta: 20/09/2016).

## Anexo

Objetivos específicos del Programa Salud Nacional Escolar PROSANE, recuperado en: [www.msal.gov.ar/.../0000000735cnt-instructivo\\_cis\\_prosane.pdf](http://www.msal.gov.ar/.../0000000735cnt-instructivo_cis_prosane.pdf).

Enmarcar al Programa Nacional de Salud Escolar dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Identificar el estado de salud de los niños, niñas y adolescentes de las cohortes seleccionadas mediante un:

Control Integral de Salud.

Propiciar la accesibilidad de la población objetivo al Primer Nivel de Atención y la articulación con el Segundo y Tercer Nivel de Atención.

Coordinar acciones conjuntas entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, a nivel Nacional, Provincial y Local, para fortalecer la Salud Integral de los niños, niñas y adolescentes.

Propiciar la conformación y fortalecimiento de las mesas intersectoriales de gestión local, destinadas a impulsar “Políticas de Cuidado para los niños, niñas y adolescentes.”

Impulsar y desarrollar acciones de promoción de la salud con la comunidad educativa para propiciar el aprendizaje y desarrollo humano integral, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar colectivo de niños, niñas y adolescentes y demás miembros de la comunidad