

Artículo

La Alimentación, la Comida y la Cocina: ejes fundamentales para la construcción de la intervención

*Alimentation, Food, and Cooking:
Fundamental Pillars for the
Construction of the Intervention*

Camila Hojman

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad de Buenos Aires, Argentina)

Correo: hojmancami@gmail.com

Resumen

Este trabajo fue realizado a partir de mi rotación del segundo año de la Residencia de Trabajo Social, en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) situado en el Bajo Flores, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El análisis se enfoca en la articulación de la experiencia en dos dispositivos de promoción de la salud para personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), muchas de ellas de origen migrante: el Grupo de Caminatas y el Taller de Alimentación, siendo esta una línea prioritaria de atención. El objetivo de este trabajo es indagar sobre los sentidos que la población usuaria le otorga al hecho de comer, a los fines de pensar intervenciones adecuadas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Para tal fin se indaga sobre la alimentación, la comida y la cocina, como ejes claves para el análisis.

Palabras clave

Alimentación, Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Migración.

.....

Abstract

This text was developed from my second-year rotation in the Social Work Residency Program, at a Health and Community Action Center (CeSAC) located in Bajo Flores, Autonomous City of Buenos Aires. The analysis focuses on the integration of the experience in two health promotion activities for people with Non-Communicable Chronic Diseases (NCCDs), many of whom are migrants: a Walking Group and a Nutrition Workshop, which is a priority area of care. The objective of this paper is to explore the meanings that the user population assigns to the act of eating, in order to consider appropriate interventions concerning the processes of health-illness-care. For this purpose, alimentation, food and cooking are explored as key elements for the analysis.

Keywords

Alimentation, Non-Communicable Chronic Diseases, Migration.

.....

Introducción

El presente trabajo se encuentra situado en el área de referencia de un Hospital General de Agudos en Bajo Flores, Ciudad de Buenos Aires, y especialmente en un centro de salud ubicado en el Barrio Ricciardelli (ex Villa 1-11-14), donde realicé mi rotación correspondiente al segundo año de la Residencia de Trabajo Social entre el mes de septiembre del 2023 hasta el mes de agosto del 2024.

Formulé el objetivo general de indagar sobre los sentidos que la población usuaria le otorga al hecho de comer, a los fines de pensar intervenciones adecuadas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Los objetivos específicos se conforman a partir de: describir sobre cómo la alimentación forma parte de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles (en adelante ECNT); caracterizar los significados que las personas le otorgan a la comida como parte de su identidad vinculada a los procesos migratorios; y por último, analizar la cocina como tarea central de la vida cotidiana.

Para el análisis, observé los espacios de promoción de la salud que existen en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (en adelante CeSAC), para personas con ECNT. Dicho centro de salud, realiza seguimiento a 637 personas que viven con ECNT, de las cuales 457 son mujeres y 197 varones¹. Cabe destacar que la atención de pacientes con enfermedades crónicas es un eje de intervención prioritario para el CeSAC. Los seguimientos se realizan de forma individual pero también existen dispositivos de abordaje grupal específicos para esta problemática. Centraré mi análisis en dos de ellos: Grupo de Caminatas: que cuenta con el objetivo de promover la actividad física en encuentros semanales; y el Taller de Alimentación que tiene como objetivo promocionar hábitos saludables, realizar intercambios entre participantes y reflexionar sobre la alimentación como un hecho social, en encuentros mensuales.

1 Datos sistematizados por el CeSAC en agosto 2024

Por otro lado, este trabajo se desprende de la investigación grupal que realicé en el marco de la Residencia de Trabajo Social, sobre el acceso a la salud de personas migrantes. Cabe destacar que gran parte de la población usuaria del efector de salud es de origen migrante². Para el desarrollo del análisis realizamos 9 entrevistas a personas provenientes de Bolivia, Perú y Paraguay usuarias de los dispositivos de salud del área de referencia de nuestra sede hospitalaria, entre los meses de enero y abril del 2024. Si bien la cuestión alimentaria no fue una pregunta en sí misma, surgió en reiteradas oportunidades asociada directamente al cuidado de la salud, al trabajo y también como parte de su identidad. Por este motivo, extraje fragmentos de dichas entrevistas para el desarrollo del presente trabajo. Las citas se encuentran referenciadas con el nombre de la persona entrevistada y su país nativo.

A partir del análisis de las entrevistas y registros de los dispositivos mencionados, estructuré el escrito en 3 ejes para abordar los objetivos propuestos. El primer eje hace referencia a La Alimentación, en donde tomo datos de las guías del Ministerio de Salud de la Nación sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el INDEC en donde se comprende el entrecruzamiento entre este tipo de patologías y las indicaciones médicas de dietas; asimismo retomo algunas experiencias de usuarias en relación a la posibilidad de realizar dichas dietas, e incluyo el concepto de Soberanía Alimentaria para abordar a la alimentación como un derecho. El segundo eje se centra en La Comida en donde tomé aportes de la Antropología Alimentaria para enmarcar el comer como un hecho social, aquí analicé cómo la comida forma parte de las trayectorias migratorias y de vida de las personas y cuáles son algunas de las dificultades que se presentan en el acceso a la misma. El tercer eje está centrado en La Cocina, comprendido como una de las tareas principales en la reproducción de la vida cotidiana, que se manifiesta en los relatos analizados como un espacio de trabajo remunerado y no remunerado; asimismo, se desprende el rol de los comedores comunitarios en el acceso a la alimentación y al trabajo. Finalmente se presentan conclusiones.

.....

2 Según censos realizados por el Instituto de la Vivienda de la Ciudad en 2016 y 2018. La mayoría de los hogares de los barrios (Villa 20 y B. Ricciardelli) tienen jefa o jefe de hogar de origen migrante. Principalmente de Bolivia, Paraguay y Perú.

La Alimentación

Las enfermedades crónicas no transmisibles, son definidas por el Manual para el cuidado de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación (MSal, 2016) como patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta, representando una epidemia vinculada al envejecimiento de la población, a los modos de vida sedentarios y a la alimentación inadecuada. A su vez, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, (de ahora en más ENFR) realizada por el INDEC, manifiesta que en nuestro país el 73,4% de las muertes son causadas por estas enfermedades y son responsables del 76% de los años de vida ajustados por discapacidad (ENFR, 2019). Dicha encuesta explicita que la alimentación inadecuada y la falta de actividad física son determinantes para el desarrollo de estas enfermedades.

El Ministerio de Salud de la Nación define que la alimentación saludable aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que las personas puedan llevar adelante sus actividades diarias. Por el contrario, una alimentación inadecuada supone un riesgo para la salud. En la actualidad, existe una tendencia de modificación de los patrones alimentarios mayoritariamente en contextos urbanos, en donde disminuyó el consumo de frutas y verduras, y aumentó el consumo de alimentos ultraprocesados y de bebidas azucaradas. Los motivos de estas modificaciones son múltiples y complejos, algunos de ellos son: los precios, la disponibilidad de tiempo, las tradiciones culturales, la información disponible, los modelos de producción, la disponibilidad, la publicidad de los alimentos, entre otros (ENFR, 2019).

Como mencioné anteriormente, la alimentación es uno de los ejes fundamentales en el seguimiento de enfermedades crónicas, ya que una mala alimentación supone un factor de riesgo. De esta manera, resulta necesario que les profesionales de la salud que realizan los controles e indican los tratamientos, focalicen una gran parte del seguimiento en los hábitos alimentarios. Por este motivo, es importante reflexionar acerca de las perspectivas desde donde se llevan a cabo las intervenciones biomédicas teniendo en cuenta al Modelo Médico Hegemónico que se encuentra inscripto en las prácticas de los equipos de salud. Este Modelo se caracteriza por ser biologicista, pragmático e individualista, y además de cumplir funciones

curativas y preventivas, ejerce funciones de normalización, control y legitimación (Menendez, 2020). De esta forma, la mirada médica elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud integral de las personas (Menendez, 1988). Muchas veces, desde los equipos de salud se priorizan los espacios de atención individuales y con una funcionalidad prescriptiva, centradas en dietas, medidas e indicadores; dejando por fuera no sólo las experiencias, trayectorias y posibilidades de las personas que son atendidas; sino también los sentidos que cada persona le asigna a la alimentación, a la comida y a la cocina, como ejes centrales en la reproducción de la vida cotidiana.

Una de las preguntas realizadas en las entrevistas trata sobre prácticas de cuidado hacia la propia salud. Fueron frecuentes respuestas tales como: “no tomo, no fumo. Trato de evitar esas cosas. Comer más sano y a la hora también” (Lo de Rosita, Perú, 29 de abril del 2024)³ o “como bastante de todo y bastante fruta” (Paul, Bolivia, 25 de marzo del 2024). Es decir, que algunas de las personas entrevistadas asocian la alimentación con el cuidado de la salud.

En este sentido, una de las mujeres migrantes entrevistadas, al ser consultada por el estado de su salud refirió: “Estoy gorda ahora... me tengo que cuidar. Ahora estoy pensando que estoy gorda. Me tengo que cuidar de no comer tanto” (Graciela, Paraguay, 22 de febrero de 2024). Otra de las entrevistadas refirió: “Te cansas de todo cuando te van prohibiendo parece que te dicen anda y come más, porque es donde más ganas te agarra de comer” (Emiliana, Bolivia, 23 de enero de 2024). Es posible observar que en el primer caso, el peso y la imagen corporal son vinculadas directamente como un problema de salud. En el segundo caso, la indicación médica irrumpe como prohibición de alimentos. Estos ejemplos dan cuenta de la naturalización del peso como indicador de salud, y la restricción de alimentos como solución, dejando por fuera las necesidades nutricionales y el contexto socio histórico de cada persona.

Esto supone una dinámica contradictoria y sensible de abordar, ya que por un lado muchas de las mujeres entrevistadas se encuentran en seguimiento por tener diagnósticos de ECNT, por lo que la regulación de la dieta

.....

3 Entrevista grupal realizada en Restaurant de comida Peruana “Lo de Rosita” el día 29/04/2024.

es necesaria. Por otro lado, estas indicaciones entran en conflicto con los hábitos cotidianos de estas personas, ya que desde las profesiones hegemónicas muchas veces se desconocen distintos tipos de alimentación asociadas a culturas subalternas. Asimismo, se configura un sentido común basado en diversos mandatos hegemónicos sobre cómo debería ser el cuerpo de una persona, en especial de una mujer, que influye en la autopercepción.

Como fue mencionado anteriormente los ejes de alimentación y ejercicio, son fundamentales en los tratamientos y seguimientos de las ECNT. Por este motivo en el CeSAC, funcionan dos dispositivos grupales que centran su abordaje allí. Algunas de las personas que asisten al Grupo de Caminatas, refieren la necesidad de mejorar su alimentación, mencionando la falta de tiempo y dinero como algunos de los motivos por los cuales no logran modificar estos hábitos. Es frecuente tanto en el Grupo de Caminatas como en los Talleres de Alimentación, que surjan recuerdos de recetas e ingredientes que ya no tienen al alcance. Muchas de las participantes son mujeres migrantes de Bolivia, Perú y Paraguay; y también de otras provincias del norte de nuestro país. Algunas de las expresiones que tuvieron lugar en el Taller de Alimentación⁴ se vincularon a que “antes había escasez de todo”, refiriendo que si bien la comida era “más natural” y ahora hay “mucho químico”, la alimentación consistía en “mandar todo a la olla”, utilizando harina cruda o tostada para espesar las sopas y los guisos. En ese sentido, es importante comprender que el acceso a la alimentación se da en un contexto socio-histórico situado, con sistemas productivos diversos de nivel local pero también global, que se van modificando a lo largo del tiempo.

Siguiendo el registro de campo, en uno de los encuentros del Taller se intercambiaron recetas que las participantes realizan en la actualidad. Algunas de estas típicas de sus lugares de nacimiento, y otras propias de la cultura occidental como *cupcakes*. Algunas de estas recordadas de la infancia, y otras aprendidas en TikTok. Puede observarse la configuración y construcción de saberes en interrelación entre lo tradicional y lo moderno, lo hegemónico y lo subalterno; dando lugar a un intercambio de información inscripto en un espacio en particular.

.....

4 Segundo encuentro del Taller de Alimentación, realizado el día 30/05/2024 en CeSAC.

Las indicaciones biomédicas pueden ser muchas veces estandarizadas, sin tener en cuenta con qué particularidades cuenta la población con la que interviene. Desde las ciencias sociales, contamos con definiciones para pensar nuestras prácticas situadas en un determinado territorio que si bien se encuentra condicionado por lo natural, es también el resultado de la dinámica de los modos de producción y reproducción social (Molina Jaramillo, 2018). En este sentido, las formas en que las personas transitan la vida cotidiana, se organizan en base al trabajo, garantizan la cobertura de sus necesidades y celebran, entre otras eventualidades, son elementos que configuran el vínculo que estas tienen con los procesos alimentarios. Desde la producción y distribución, hasta la preparación y el consumo.

Considero un aporte para la reflexión el concepto de Soberanía Alimentaria definida en 1996 por La Vía Campesina⁵ en la Cumbre de los Pueblos⁶ como: “...el derecho de cada pueblo y de todos los pueblos a definir sus propias políticas y estrategias de producción, distribución y consumo de alimentos, a fin de garantizar una alimentación cultural y nutricionalmente apropiada y suficiente para toda la población” (Carballo, 2018, p. 19). Es necesario aportar una perspectiva que contemple, no solo la posibilidad de acceso a los alimentos vinculado a los precios de los mismos y al tiempo disponible para la elaboración, sino también que incorpore las costumbres y tradiciones de estas mujeres, cómo se configura el acceso en el territorio, y los usos y sentidos que la comida adquiere para ellas; a los fines de generar un acercamiento entre las indicaciones del equipo de salud y sus posibilidades.

A partir de estas conceptualizaciones resulta central reflexionar sobre el acceso de las personas a la alimentación. ¿De qué forma acceden las personas a los alimentos? ¿Cambió a lo largo de su vida? ¿Todas las personas tienen acceso a comprar alimentos acordes a sus necesidades nutricionales? ¿Qué tipos de alimentos se distribuyen en los comedores comunitarios? ¿Conocemos recetas típicas de las comunidades con las que trabajamos? ¿Se tiene en cuenta el nivel socioeconómico de las personas para indicar

.....

5 Movimiento internacional que coordina organizaciones campesinas, rurales, trabajadores agrícolas, entre otras.

6 Reunión de representantes de organizaciones políticas y movimientos sociales de América Latina y el Caribe.

una dieta? ¿Participan en alguna de las etapas de producción de los alimentos?

La Comida

Uno de los objetivos propuestos en este trabajo fue indagar sobre el significado que las personas con las que intervenimos le otorgan a la comida y de qué forma esto impacta en la historia y la identidad.

La Antropología Alimentaria aporta la posibilidad de comprender a la alimentación no solo como una ingesta de distintos nutrientes sino como un proceso complejo, situado en un tiempo, una geografía, una historia, un sentido y un trabajo enfocado en la confección de ese alimento. A su vez, incorpora la forma de vida como condicionante de la forma de comer dentro de un sistema complejo de interrelaciones múltiples que incluyen desde distintos tipos de organización social hasta los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado y muerte (Aguirre, 2017). A los fines de conocer cuál es el lugar que la comida tiene en la vida cotidiana de todas las personas en general y de las personas con las que intervenimos en particular, tomo el concepto de Comensalidad, definido por Laura Contrera (2023) como un hecho social:

Es el momento social, cultural y simbólico en el que comemos. La manera en que comemos, con quiénes, si esas personas son elegidas o no, el lugar, el contexto histórico, político, religioso, afectivo. Como personas y seres culturales, nuestra identidad se juega en la comensalidad (p. 26)

En los Talleres de Alimentación, surgieron recuerdos de comidas asociadas a la infancia, a momentos, a personas. “Pan casero de mamá”, refiriendo que hay sabores de las madres y abuelas que no se reemplazan. También “El mate cocido de la escuela”, el mate cocido quemado⁷ con torta fritas cortadas con botellas “para que salgan bien redonditas”, la sopa con piedras calientes. Recuperar estos sentidos, aporta a la reflexión de la comida como parte significativa de las trayectorias de vida. Para las personas mi-

.....

7 Realizado con azúcar caramelizada y carbón, típico de Paraguay y provincias del NEA.

grantes que entrevistamos, la comida surge como un nexo con sus países de origen y sus comunidades:

Había así negocios de comida boliviana, y ahí sí podías ver a bolivianos. Y nosotros como veíamos todos argentinos en el centro y cuando veíamos un paisano nos sentíamos felices. Cuando nos trajo mi mamá acá a Charrúa a comer y veíamos todos bolivianos... nos sentíamos bien (Virginia, Bolivia, 18 de abril de 2024).

En el Grupo de Caminatas, también es frecuente que las mujeres participantes cuenten de qué forma preparan comidas típicas de sus países. Para comprender estas percepciones situadas en la biografía de las personas, Sordini toma a Le Bretón para referir que la preferencia alimentaria cuenta con una afectividad construida en relación con el otro y en ese sentido, la percepción de sabores responde a una sensibilidad marcada por la pertenencia social y cultural (Sordini, 2020).

Otra cuestión que surge de las entrevistas es el acceso a la comida como indicador de la situación socioeconómica del grupo familiar. Una de las entrevistadas al ser consultada por el motivo de migración refiere que en Argentina: “la situación económica era muy buena. La comida era muy buena”. A su vez, agrega: “desde el año en que yo vine nunca me morí de hambre, nunca dije hoy no tengo para comer, nunca” (Lo de Rosita, Perú, 29 de abril de 2024), dando cuenta que desde que llegó al país con su familia, contaron con las necesidades alimentarias cubiertas.

En contraposición, otra de las entrevistadas manifiesta que se encontró en situaciones en donde no contaba con recursos económicos, y la estrategia de supervivencia se encontró en pedir alimentos: “me metí en algún bar le decía que me dé un poquito de leche para mí o por lo menos para el otro (su hijo mayor), porque el otro tomaba la teta”, posteriormente menciona que ante la imposibilidad de cubrir el acceso a alimentos el Padre de la parroquia del barrio le decía: “te doy a vos la mercadería, ya te lo tengo listo y vos venís disimulado, como que venís a misa, te das una escapadita por atrás y agarrás la bolsa y ya te lo tengo preparado” (Emiliana, Bolivia, 23 de enero de 2024). En estas dos referencias podemos observar que garantizar la alimentación propia y la de sus hijos u otros familiares, es uno de los ejes principales para la reproducción de la vida cotidiana, y una de las

preocupaciones más importantes a la hora de establecerse en un nuevo país. Aquí surgen diversas estrategias, individuales y comunitarias, para acceder a la alimentación, como por ejemplo, el retiro de mercadería o la asistencia a comedores comunitarios.

En relación a las personas con ECNT, el acceso a preparaciones aptas para diabetes, hipertensión, entre otras, resulta difícil. En el marco de una entrevista por seguimiento una mujer manifestó en el consultorio: “yo tengo que comer lo que cocino en mi casa”⁸ haciendo referencia a que una vacante en algún comedor barrial no sería una posibilidad ya que la comida otorgada en esos espacios no es apta para su patología. En la actualidad, las políticas alimentarias son escasas, se encuentran en disminución, no contemplan una variedad nutricional y casi no tienen en cuenta las dietas que la población requiere según las distintas condiciones de salud.

Resulta importante indagar sobre cómo se construyen los sentidos que las personas le asignan a la comida y de qué forma se produce el acceso a los alimentos, a los fines de realizar intervenciones cercanas y posibles. A su vez, conocer las políticas públicas alimentarias, y las posibilidades de acceso a las mismas, puede ser una herramienta para la garantía del derecho a la alimentación, pero es necesario tener en cuenta de qué forma complementar dicha asistencia en base a las necesidades y posibilidades de las personas.

La Cocina

De las entrevistas y los registros en el Grupo de Caminatas y el Taller de Alimentación, surge que muchas de las usuarias han participado a lo largo de su vida de distintos estadios del proceso productivo de los alimentos. Por un lado, mencionan que en su niñez han realizado actividades vinculadas a la cosecha en el campo, acompañando a sus padres o abuelos. Refieren que algunos familiares continúan en la actualidad. Por otro lado, expresan que también tuvieron participación en las etapas de elaboración, tanto artesanal como industrial, la distribución y la venta de comida como tareas asociadas a la vida en la ciudad. La cocina surge en este proceso, de forma

.....

8 Nota de campo tomada de entrevista en consultorio (2024).

transversal, constituyéndose como un espacio y una práctica en donde se conjugan distintos componentes: los saberes, el cuidado, el tiempo, el trabajo, la organización.

Cocinar para otros, es valorado como una medida de atención y cuidado, pero también como una muestra de cariño. Una de las entrevistadas refiere que su abuela era la encargada de cuidar a sus hijos: “(...) ella era la que los consentía porque el mayor no comía sopa, le cocinaba su polenta con milanesa. Cuando falleció mi viejita se terminó, y ahí sí tuve que tomar el papel de mamá. Yo no cocinaba, aprendí a cocinar.” (Ibet, Paraguay, 29 de abril de 2024). Aquí se asocia a la cocina directamente con el rol materno. En el Taller de Alimentación, también surgieron reflexiones en torno a cocinar para otros, incluso cuando por sus patologías de base no pueden consumir esas preparaciones. Además de la comida, intercambiaron información sobre otras cuestiones que hacen a la comensalidad, como preparar centros de mesa y decoraciones como agasajo a sus seres queridos. La cocina surge como una de las tareas de reproducción de la vida cotidiana, que no es remunerada y mayoritariamente llevada a cabo por mujeres.

Si bien muchos de los recuerdos compartidos tienen una cuota afectiva, la gestión alimentaria es uno de los trabajos domésticos que fue históricamente invisibilizado. No solo se manifiesta la cocina como trabajo no remunerado sino como instrumento de la fuerza de trabajo: un medio de ingreso monetario o de intercambio por alimentos. Una de las mujeres entrevistadas refiere que cuando llegó a Argentina cocinaba para otras personas por dinero o comida para sus hijos: “(le decían): ¿Negra, te quieres hacer un guisito? y yo le decía: sí. Entonces ya les cocinaba, me quedaba la comida para mis hijos y ya les daba la comida y ya me tiraban unos pesos” (Emiliana, Bolivia, 23 de enero de 2024). Asimismo, algunas de las mujeres entrevistadas al día de hoy trabajan de cocineras, tienen locales de comida y/o almacenes, verdulerías.

Como se mencionó anteriormente, otro espacio de referencia alimentaria en los barrios populares son los comedores comunitarios que aparecieron a fines de la década de 1980 como una respuesta colectiva a las necesidades alimentarias. Constituyéndose como un eje estructurador de la organización cotidiana de los hogares, estos espacios nuclea la organización barrial y las políticas alimentarias que continúan vigentes hasta el día de hoy (Sordini, 2020). Una de las entrevistadas, refiere que en los primeros

años de su llegada a Argentina asistía a un comedor comunitario: “(...) de lunes a viernes comíamos comida del comedor, y sábado y domingo ya cocinaba yo. Pero sí, necesité ayuda.” (Lo de Rosita, Perú, 29 de abril de 2024). Asimismo, otra de las entrevistadas refiere haber trabajado en comedores del barrio: “habíamos ayudado a armar el primer comedor que se hizo en la villa, (...) no, el segundo (...) yo trabajé bastante cuando se estaba iniciando, salíamos a pedir los huesos en las carnicerías” (Emiliana, Bolivia, 23 de enero de 2024). Sordini (2020) refiere que el trabajo que realizan las cocineras en los comedores se compone no solo por la preparación de las comidas, sino también por estrategias grupales que surgen para completar y complementar los alimentos que reciben desde las dependencias del Estado, con donaciones de carnes, verduras, entre otras cosas; siendo cada plato preparado una representación de un entramado de relaciones sociales que aparecen a los fines de garantizar el derecho a la alimentación.

En la actualidad, el acceso a asistencia alimentaria se encuentra en riesgo por la reducción de recursos asignados a políticas públicas, existiendo una persecución hacia las organizaciones sociales y barriales que llevan adelante estas tareas y a sus integrantes. En este sentido una de las mujeres entrevistadas refiere: “voy a trabajar al comedor y ahora si me cortan también me sacan la comida de mis hijos” (Erminia, Bolivia, 3 de abril de 2024), manifestando que el trabajo en el comedor muchas veces supone el acceso a la alimentación del grupo familiar, y que este se encuentra amenazado.

Tal como fue explicitado anteriormente, algunas de las personas que fueron entrevistadas transitaban por comedores comunitarios en el pasado, otras continúan en el presente. Algunas como trabajadoras, otras en búsqueda de asistencia alimentaria y otras por ambos motivos. Sordini menciona: “Cocinar y comer en el comedor es una práctica recíproca de reconocimiento” (Sordini, 2020, p. 16). Por ello, es posible ponderar a los comedores como espacios de asistencia, pero también de resistencia, organización y trabajo, suponiendo una referencia territorial central para la vida cotidiana.

En este sentido, tener en cuenta la práctica de cocina como hecho social, aporta a la caracterización de cómo las personas elaboran las comidas, y cómo esta tarea configura un rol de reproducción familiar. Reconociendo esta práctica como un trabajo remunerado y no remunerado, que requiere tiempo, elementos, recursos y conocimientos para llevarlo a cabo. Cabe

destacar la importancia de las redes comunitarias, quienes colectivizan estrategias y democratizan las tareas para cubrir las necesidades alimentarias

Conclusiones

Para el desarrollo de este trabajo, se recuperaron relatos de personas migrantes del área de referencia de un Hospital del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Muchas de ellas cuentan con un diagnóstico de ECNT, siendo este el principal motivo de las atenciones en los efectores de salud. En este sentido, los hábitos alimentarios surgen como un elemento clave para el tratamiento y control de este tipo de enfermedades. Por otro lado, una cuestión a observar a partir de las entrevistas realizadas a usuaries de estos efectores, es que “una buena alimentación” es una de las cuestiones principales asociadas al cuidado de la propia salud. A partir del vínculo entre alimentación y salud, es necesario revisar de qué forma los equipos de salud realizan sus indicaciones en consonancia con las posibilidades de las personas con las que intervienen.

El análisis de estas tres categorías: alimentación, comida y cocina, surge de la necesidad de poder profundizar en los distintos componentes que conforman al hecho de comer para las personas usuarias de área de referencia donde me encuentro inserta, como parte central de la reproducción de la vida cotidiana pero también como parte de su historia e identidad. En los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado; las indicaciones alimentarias y las dietas son parte central en los tratamientos y seguimientos de los equipos de salud pero, es necesario comprender de qué forma se configuran estas prácticas para la población con la que intervenimos.

Para el desarrollo del presente trabajo, tomé aportes de la Antropología Alimentaria a los fines de comprender al hecho de comer como un proceso social, complejo y situado que se construye a partir de la identidad e historia de las personas y de las comunidades generando pertenencia social y cultural. La comida, como algo que se construye a partir de la historia de vida, las redes comunitarias y los sentidos. De aquí surgen referencias vinculadas a la identidad migrante en relación a las comidas típicas de sus países de origen como nexo con sus comunidades. Por otro lado, el acceso a la comida como eje central para la reproducción de la vida cotidiana, surge

como una prioridad absoluta que muchas veces aparece como indicador de un contexto más amplio que comprende lo social, lo económico, lo histórico, entre otras.

Del trabajo se desprenden interrogantes respecto a cómo las comunidades garantizan (o no) el acceso a la alimentación, y qué sentidos le aportan a la misma. Las redes comunitarias surgen como respuesta colectiva a la falta de acceso a los alimentos, en vinculación con las políticas públicas disponibles. Cabe destacar que dichas políticas son escasas, y no contemplan la variedad nutricional para llevar adelante una calidad de vida saludable, sin tener en cuenta las dietas necesarias para los tratamientos de las ECNT.

Asimismo, la cocina surge como un espacio de intercambio pero también como una fuente de trabajo. La mayoría de las personas citadas participan o participaron en alguna de las etapas de la cadena productiva, desde la cosecha hasta la venta en almacenes. La cocina es una tarea de la reproducción de la vida cotidiana que aparece de forma transversal. En este sentido, esta práctica surge como parte del cuidado y del afecto hacia otros, recordando comidas de generaciones pasadas con una gran cuota de afectividad. De todas formas, esta tarea es parte de los trabajos no remunerados que muchas veces se encuentra invisibilizado y feminizado, como otras tareas asociadas al cuidado y la reproducción. También surgen experiencias de cocina como fuente de trabajo remunerado y la participación en comedores comunitarios como estrategia de subsistencia colectiva. La cocina se constituye entonces, como fuente de trabajo, como también de organización y socialización comunitaria.

Los componentes descritos como Alimentación, Comida y Cocina, son ejes claves a tener en cuenta para pensar las intervenciones, pensando el impacto que estos tienen en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado. Conocer qué tipo de alimentos las personas consumen, en qué contextos y de qué forma acceden a ellos es de gran importancia para acercar las indicaciones médicas a las posibilidades reales y simbólicas de las personas con las que interviene el equipo de salud. Siendo que la alimentación es un elemento fundamental para el cuidado de la salud, es clave comprender que el hecho de comer cuenta con distintos significados pero también la participación en la elaboración de esa comida tanto como tarea de la vida cotidiana como de la vida comunitaria. Este vínculo entre los hábitos alimentarios y el cuidado de la salud se retroalimenta, ya que las posibilidades

de acceso a los alimentos tienen un impacto directo en la salud, y muchas veces las situaciones de salud deben tener en cuenta alimentaciones especiales. Asimismo, en relación a la atención y el cuidado de la salud, es en parte llevada a cabo por el equipo de salud a través de seguimientos e intervenciones pero también por parte de las mismas personas a partir de las tareas que comprenden a los roles de cuidado.

Por este motivo, generar acompañamientos vinculando los componentes de alimentación, comida y cocina, en relación con las trayectorias de vida, la identidad y los roles en la comunidad de las personas con las que intervenimos se encuentran inscriptos en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado; permitirá intervenciones y acompañamientos más cercanos y con la posibilidad de comprender el sitio en donde se encuentran inscritos nuestros abordajes.

Referencias Bibliográficas

Aguirre, Patricia (2017). *Una Historia Social de la Comida*. Buenos Aires, Argentina. Lugar Editorial.

Carballo González, Carlos (2018). “Soberanía alimentaria y desarrollo: caminos y horizontes en Argentina”, N° 2 *Cuadernos para la soberanía alimentaria*. (19-25) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, Monadanomada.

Contrera, Laura (2023). Insumos para una pedagogía gorda: “Un glosario inicial de palabras con peso propio”. En Contrera, Ortellao, Nuñez y Cararo Funes. (Ed.) *Desbordar los Pupitres: sin pedagogía gorda no hay ESI*. (13-63) Buenos Aires, Argentina, Madreselva.

Menendez, Eduardo (1988). “Modelo Médico Hegemónico: crisis económica y estrategias del sector salud”, Buenos Aires.

Menendez, Eduardo (2020). “Modelo Médico Hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, *Salud colectiva* (16). DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

Ministerio de Salud de la Nación (2016). “Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención”, Argentina.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). “4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.” Informe Definitivo, Argentina.

Molina Jaramillo, Astrid Natalia (2018). “Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública”, *Cuadernos de Saúde Pública* (34) DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075117>

Sordini, María Victoria (2020). “Comedores comunitarios: acceso a los alimentos y preparaciones posibles. Experiencias colectivas en la Provincia de Buenos Aires”, *Revista ENCRUCIJADAS* (20). Recuperado de www.encrucijadas.org

Recibido: 23/04/2025

Aceptado: 19/09/2025