



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



**Ciencias
Sociales**



**Maestría en Derechos de Infancia y
Políticas Públicas**

Tesis:

**Modelo de alimentación saludable orientado a
la infancia en Uruguay.**

**Fundamentos e implementación de la Ley
N°19.140 de setiembre 2013.**

Autor: Lic. Pablo Pereira

C.I.4.502.183-1

Tutoras:

Prof. Adj. Dra. Sandra Leopold

Prof. Adj. Teresa Dornell

15 de agosto de 2019

Montevideo, Universidad de la República

Agradecimientos

Este trabajo es el producto de un recorrido personal y colectivo, en el cual pude adquirir nuevas formas de pensar la alimentación y la infancia.

De este modo quisiera realizar un reconocimiento para aquellas personas que contribuyeron al desarrollo de esta tesis:

En primer lugar, a quienes me han inspirado para repensar mi quehacer profesional con sus múltiples preguntas: a mis hijos Camilo y Zoe.

En el mismo sentido un reconocimiento a mi compañera de vida Ana.

Un especial agradecimiento a mis padres por el esfuerzo dedicado en la crianza de sus hijas e hijo.

Por otro lado, agradecer infinitamente a mis tutoras Sandra y Teresa por compartir su saber.

Y por último y no menos importante a las Escuelas que me abrieron las puertas, directoras, maestras y a los niños y niñas por colaborar de gran forma.

Resumen

Esta tesis, refleja un análisis crítico, de la alimentación de la infancia y las intervenciones que se realizan en relación a la salud en esta etapa del ciclo vital.

En este sentido, se planteó una investigación cualitativa, exploratoria con el fin de analizar la implementación del Modelo de Alimentación Saludable vigente destinado a niños y niñas en Uruguay a partir de la puesta en vigencia de la Ley 19.140 del año 2013.

Se concibe la investigación, partiendo de 3 momentos diferenciados en la estrategia de investigación, por un lado una revisión del estado del arte, para conceptualizar y dar un contexto histórico a la construcción del Modelo de Alimentación Saludable.

En segundo lugar, se realiza una recapitulación del proceso de discusión de la Ley 19.140, de setiembre de 2013, por entenderse como el dispositivo político, que regula la intervención del Modelo descriptos en la infancia.

En tercer lugar, se realiza el análisis de las entrevistas realizadas con el fin de conocer el grado de participación e involucramiento de niñas, niños y maestras en los centros escolares seleccionados.

Como principales conclusiones, se destaca que la alimentación escolar, actual pasa a ser altamente tecnificada, en el entendido que todo se piensa desde los aportes y requerimientos energéticos, respondiendo a los procesos de medicalización de la alimentación. Cada centro escolar, presenta diversas realidades, por lo cual la implementación de estrategias debe tener una lógica local, en la cual la comunidad se apropie de la dinámica escolar. La alimentación como parte de la vida institucional, implica cambios profundos a nivel educativo, no alcanza con regular los espacios que habita la infancia.

Contenido

Introducción.....	6
Fundamentación y antecedentes.....	14
Hipótesis:.....	17
Objetivos:.....	18
Metodología.....	19
3. Dominio empírico.....	20
4. Fuentes.....	21
Material documental (fuentes secundarias).....	21
Entrevistas y Grupos de Discusión / reflexión (Fuentes primarias).....	21
Capítulo 1 -Modelo de Alimentación Saludable	24
Breve reseña histórica de la alimentación como parte de la salud.....	24
Alimentación y salud en la historia.....	25
Consolidación de un Modelo Saludable.....	28
Proceso medicalizador de la sociedad.....	31
Medicalización de los alimentos.....	37
Modelo de alimentación saludable en el contexto mundial.....	41
Concepciones de salud del modelo alimentario.....	44
Modelo de Alimentación Saludable en Uruguay.....	46
Implicancias del Modelo de alimentación vigente.....	52
La infancia como futuro saludable.....	52
Alimentación e infancia.....	54

Entre el consumo y la industria, ¿dónde queda la infancia?.....	57
Capítulo 2.....	64
Fundamentos de la Ley 19.140.....	64
¿Dónde están los niños y niñas?.....	64
Buscando el concepto.....	68
¿Sujetos de derecho u objetos no pensantes?.....	71
Capítulo 3.....	75
Análisis de la Implementación de la Ley 19.140 desde los discursos de la comunidad escolar. Directoras/es , maestras/os, niños y niñas.....	75
<i>Casero, sano, natural</i>	79
Vigilar y evitar el riesgo.....	85
Niños y niñas como conciencia de los adultos.....	87
Participación sí, pero curricular.....	90
Conocimiento de la Ley.....	92
La voz de los niños/as	94
¡Recreo, por favor!.....	94
Salud y cuidarse.....	96
Participación controlada.....	98
Bibliografía.....	102

Introducción

En las últimas décadas la alimentación y la salud son parte de la agenda pública internacional tanto en la comunidad científica como en los programas y políticas sanitarias. A nivel nacional el Ministerio de Salud Pública, estableció sus Objetivos Nacionales Sanitarios hacia el 2020, se enlistan cuestiones como la alimentación saludable y mejorar la nutrición de la población. (Ministerio de Salud Pública, 2015). La producción científica actual, destaca la presencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares en adultos, así como al retraso de talla y sobrepeso u obesidad en niños y niñas.

Estas enfermedades se relacionan, con los hábitos alimentarios entre otros aspectos. En consecuencia, la atención a los entornos alimentarios y estilos de vida son el propósito de las políticas sanitarias, situando la alimentación como pilar de las estrategias públicas. Dentro de los objetivos sanitarios Ministerio de Salud Pública hacia el 2020 , se enuncia: “Favorecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo”. Para dar cumplimiento a sus objetivos, esta cartera estatal ha definido las siguientes acciones:

- 1- Extender las prácticas de alimentación saludable y actividad física.
- 2-Ejecutar el Plan Intersectorial de Alimentación Saludable y Actividad Física, Reducción de la prevalencia de la anemia y el retraso del crecimiento en la primera infancia.

3-Disminuir la anemia moderada a 5% de niños de 6 a 23 meses.
Disminuir el retraso de crecimiento a 3% de niños de 2 a 4 años.

4- Disminuir el sobrepeso y la obesidad en la población.

En este sentido, la asociación entre la alimentación y la salud se observa dentro de las estrategias prioritarias a nivel de la autoridad competente para nuestro país.

Si bien la salud y alimentación es un tema de actualidad en la agenda pública, el estudio de la nutrición y la dieta en el mundo occidental, se remonta a la antigua Grecia. La indisoluble vinculación entre salud y nutrición es parte de los orígenes de la medicina, destacándose el valor otorgado al alimento por la Escuela de Medicina de Hipócrates, quien formuló los primeros tratados sobre dietética. Éste interés se puede resumir a través de la frase de Hipócrates *“Que tu alimento sea tu medicina, y que tu medicina sea tu alimento”*(Hipócrates en De Domingo-Bartolomé & López-Guzmán, 2014,p.173), la misma evidencia este binomio dieta/salud y su jerarquía en la edad antigua.

Los postulados de Hipócrates, se mantienen vigente cobrando especial transcendencia ante la situación epidemiológica que describe a las ECNT ¹ como el principal problema de salud pública. Actualmente en Uruguay el sobrepeso y la obesidad alcanza en menores de 2 años al 9.6%, entre 2 y 4 años un 11.3% (Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud,2015),entre los 13 y 15 años 27.2% (Encuesta Mundial de Salud Escolar,2012) y entre los 16 y 64 años un 64.9% (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Enfermedades No Transmisibles,2013).

¹ Las enfermedades crónicas no trasmisibles son definidas como una epidemia actual por la OMS, y comprenden a la diabetes, obesidad, hipertensión, algunos tipos de cáncer.

Estos datos que provienen de diferentes encuestas a nivel nacional, son la referencia conceptual que fundamenta las estrategias a seguir por parte de las autoridades. De esta forma, se define entre las necesidades prioritarias de nuestro país la alimentación y la nutrición jerarquizando su rol en la prevención de enfermedades.

La epidemiología en particular y la ciencia en general, validan los discursos de los dispositivos sanitarios actuales, generando redes y complejos procesos de control de las prácticas cotidianas. La dieta saludable es un pilar para la prevención y promoción en salud, componiendo un proceso medicalizador de la alimentación, que se visualiza según Rodríguez Zoya(2008), en la incorporación del saber médico como preponderante en la selección de la dieta de los individuos y colectivos. De este modo, se prioriza la relación alimento salud, por sobre otros roles que cumple la alimentación. En este sentido, se construye un modelo de lo saludable, en el cual cada práctica de la vida debe ser estudiada y analizada para evitar el riesgo de enfermar.

En consecuencia, la política pública actual válida un Modelo de Alimentación Saludable, construido a nivel internacional producto de un proceso medicalizador y globalizado que opera con el fin de revertir las problemáticas adyacentes a la situación epidemiológica.(Rodríguez Zoya,2015)

En Uruguay, desde la academia, el Ministerio de Salud Pública, asociaciones científicas, comunidades escolares, intendencias, Ministerio de Desarrollo Social, entre otros, se viene promoviendo la alimentación saludable en base a un discurso que posiciona a los hábitos alimentarios como un factor clave para mantener un óptimo estado de salud. Este fenómeno, se puede analizar como parte de un proceso medicalizador, entendido como la capacidad del saber

médico de actuar sobre prácticas de la vida cotidiana, controlando todo lo relativo a la alimentación. Si bien el proceso medicalizador de la sociedad descrito por Foucault, surge en el SXVIII, con el avance de la ciencia ha evolucionado tomando diversos espacios de acción y en particular a la infancia como campo de intervención.(Foucault, 1977)(Bustelo,2007)

La infancia es un campo intervenido por múltiples actores y disciplinas, con diversas visiones para asegurar un desarrollo integral de la misma. El Modelo de Alimentación Saludable actúa directamente sobre niños y niñas por intermedio de representantes como son las instituciones educativas, la industria alimentaria y el sistema de salud entre otros. Esto implica un sometimiento de la infancia a diversos sistemas de control, que van desde el nacimiento hasta la edad adulta, monitoreándolos por intermedio de normativas y decretos que establecen lo esperado para cada etapa de la vida. Se construye de esta manera, la noción de normalidad a nivel sanitario. En este sentido se utilizan autores como Canguilhem(1971) y Foucault(1977), quienes han desarrollado el concepto de normalidad desde lo biológico y lo político.

Foucault, plantea el concepto de “anormales “, en la década del 70 del siglo pasado, incluyendo a la medicina como generadora de una categoría, de anormalidad, constituyendo figuras desde lo médico - legal, tales como el “monstruo humano”². (Foucault, 1977) Existen notorias diferencias, entre los postulados de Foucault y la vigilancia de la de la situación alimentaria nutricional de la población infantil. Sin embargo, el mecanismo de poder que construye este sistema, mantiene un paralelismo en el sentido de generar categorías

² El Monstruo Humano, es una figura que desafía la norma desde el cuerpo, ya sea por la presencia de alguna malformación y a su vez desde el plano de la vida social, quedando su inserción en el mundo comprometida, por su carácter de peligroso.(Foucault,1977)

validadas en el plano jurídico, construyendo la noción de cuerpo adaptado a la norma biológica.

Del mismo modo, Canguilhem(1971), ha problematizado lo normativo desde lo biológico, es decir se construyen modos de ser en base al correcto funcionamiento del cuerpo. Por lo tanto se realiza una configuración de categorías aceptadas desde lo médico para ser medidas y vigiladas desde el sistema de salud.

Ser “normal” y ser “sano” no siempre son compatibles para el autor, dado que desde las políticas se realizan normativas para controlar a la población. Para el autor, “El enfermo está enfermo porque sólo puede admitir una norma, el enfermo no es anormal por ausencia de norma sino por incapacidad para ser normativo” (Canguilhem, 1971: 141).

Para Canguilhem, la normatividad biológica es la capacidad que tiene el viviente, el individuo particular, de darse a sí mismo una norma biológica diversa en relación a las diferentes condiciones del ambiente en el que habita. Esta premisa del autor citado, genera pautas para problematizar, como los individuos, pueden sentirse enfermos o sanos, en base a su interacción con el medio. Ahora bien, desde una visión, biopolítica, esa individualidad deja de ser tenida en cuenta, por lo cual la política pública va a normalizar en base a lo saludable, generando normas para el control de la salud de la población, dejando de lado la individualidad.

Ejemplo de esto es el carné de salud pediátrico, el cual estipula una serie de controles obligatorios pautados por edades. Esto implica que el modelo sanitario basado en la prevención, conciba redes de control que estandarizan las capacidades individuales. Desde este enfoque, puede visualizarse el rol de los profesionales al de “policía de salud” del Estado. Por lo tanto, la inasistencia a los controles de niñas y niños, acarrea consecuencias hacia los tutores que van desde la

imposición de visitas domiciliarias, hasta la judicialización de una situación familiar.³

Los equipos de salud tienen un rol clave como contralor de la política sanitaria mediante la elaboración de informes que dan cuenta de la asistencia a los centros médicos. (Rodríguez, 2008)

En este sentido, se regula la vida cotidiana por medio de pautas sanitarias homogéneas y el personal que acompaña al cumplimiento de las mismas. Este fenómeno, enmarcado en el proceso medicalizador de la sociedad y su relación con la salud y nutrición conlleva a la construcción de un Modelo de Alimentación Saludable que, a lo largo de la historia, se ha consolidado a nivel mundial. (De Domingo Bartolomé,2014)(Rodríguez ,Zoya,2008)(Foucault,1977)

Las bases fundamentales de dicho modelo se configuran con la creación de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), generalizándose el concepto de lo *saludable* en la década del 90. En dicha década, surge como estrategia conjunta de FAO y OMS, la creación de materiales educativos sobre alimentación, con el fin de mejorar la salud de la población. Por lo tanto, se puede atribuir a esta etapa, la consolidación de una estrategia global que apunta a orientar la alimentación hacia lo saludable y por ende la salud. (De Domingo Bartolomé,2014) (Rodríguez, Zoya,2008)

Actualmente las políticas sanitarias se ejecutan desde un enfoque de prevención del riesgo. Es decir, la probabilidad de enfermar es

³ En nuestro país los recién nacidos desde el año 1974, son controlados por el plan "Aduana "donde se realizan visitas a los hogares con el fin de monitorear el crecimiento. Las familias que no cumplen con los controles establecidos y son de riesgo social, son derivadas en ocasiones por el poder judicial a equipos de seguimiento. Disponible en <http://www.asse.com.uy/contenido/ASSE-FORTALECE-PROGRAMA-ADUANA-EN-TODO-EL-PAIS-1618>

estudiada y analizada por parte de los profesionales de la salud, con el fin de elaborar recomendaciones. Al decir de Giddens (1996), las actividades deben ser documentadas y cuantificadas, de esta forma se sabe y manejan datos pormenorizados de que alimento, o nutriente puede causarnos determinada patología.

En consecuencia, las intendencias y los ministerios buscan generar espacios para disminuir los riesgos de enfermar fomentando la realización de actividad física, y hábitos saludables, siendo parte de estrategias globales apoyadas por FAO , OMS o el Banco Interamericano de Desarrollo(BID) desde hace varias décadas.⁴

Esto conlleva a establecer un contexto medicalizador globalizado, en el cual nuestro país ha puesto en su legislación el tema de la alimentación saludable, con la promulgación el 11 de noviembre de 2013 de la Ley N°19.140, la cual tiene como fin "...proteger la salud de niños, niñas y adolescentes que asisten a centros educativos".

La fundamentación de la Ley mantiene la lógica propia del Modelo de Alimentación Saludable, visualizando a los niños y niñas como portadores y promotores de salud.

De este modo, la nutrición como disciplina se ve involucrada desde un compromiso social y ético para abordar estas situaciones desde un punto de vista crítico. Analizar la coyuntura de la salud en la niñez implica verlos, no solo como desviación de la normalidad. Las intervenciones nutricionales, se deben concebir desde otras dimensiones más allá de lo biológico, es necesario considerar a la infancia como portadora de derechos, como seres integrales, y no solo reducirla a lo biológico y corporal. Al visualizar la infancia, como

⁴ Las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, son un ejemplo emblemático de la alimentación saludable, la FAO y la OMS de forma conjunta han financiado y asesorado a varios países con el fin de que desarrollen estas estrategias a nivel local. Estas Guías brindan información con la impronta local sobre cómo seguir un estilo de vida saludable.

un riesgo sanitario (sobrepeso, obesidad), se limita la complejidad de esta categoría, reduciéndola a un hecho biológico adscripto en un proceso de medicalización, de este modo se persigue el control social a través de la intervención del cuerpo. (Foucault, 1977)

Por lo expuesto con anterioridad, esta investigación situada en la Maestría de Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República tiene por objetivo la conceptualización y análisis de la implementación del Modelo de Alimentación Saludable vigente orientado a la infancia en Uruguay. Se realiza una breve reseña histórica para luego indagar sobre el cuerpo normativo en el que se sustenta el Modelo de Alimentación Saludable, la Ley 19.140 aprobada en setiembre de 2013. La Ley, tiene como objetivo la promoción y prevención de hábitos alimentarios saludables, sustentado en las premisas fundacionales del Modelo de Alimentación Saludable.

Desde el punto de vista empírico, se interpelan los fundamentos de la propuesta de esta Ley , analizando sus marco teórico y se estudia la implementación en tres escuelas públicas del programa Tiempo Completo de Montevideo.⁵

La investigación se considera oportuna dado que presenta un enfoque analítico de las políticas de promoción de alimentación saludable en nuestro país.

La nutrición como disciplina, tiende a realizar intervenciones bajo este modelo sanitario, posicionándose desde la optimización del estado nutricional, por lo tanto se objetiviza al niño y la niña, dejando

⁵ El programa Tiempo Completo de primaria surge en la década del 90 con el fin de contrarrestar la situación socioeconómica y dar sostén desde la Escuela a niños y niñas. Funcionan actualmente más de 100 escuelas bajo esta modalidad. Disponible en <http://pcentrales.anep.edu.uy/index.php/etc>

en un plano menor la visión de un sujeto de derecho. Las intervenciones, a nivel de las consultas, implican aspectos como evaluar el estado nutricional del niño o niña, en base a parámetros establecidos como saludables. En este sentido, se respondería a una lógica de control del cuerpo, sin considerar aspectos individuales, que influyen en la percepción de salud. Esta situación, parafraseando a Guattari, convierte a la infancia en “sujetos sujetados” en esa relación de satisfacción de sus necesidades de atención en salud. Las políticas como constructoras de subjetividad en el marco de un modelo capitalista, son la estrategia para moldear de manera solapada sujetos, en relación a las necesidades delimitadas por el mercado. En consecuencia, se producen más consumidores dóciles para el mercado de salud.(Rolnik & Guattari, 2006)

Ante esta dinámica, que se enmarca en una sociedad de consumo, la salud como mercancía se sitúa en lugar privilegiado, captando cada vez más adeptos en el Modelo de Alimentación Saludable, implementando estrategias en el marco de las políticas de alimentación. El marketing saludable nos impulsa hacia alcanzar cuerpos perfectos y activos acordes a estos tiempos. (Sibilía, 2005) (Martínez, 2014)

El aporte de otras miradas y lecturas, desde otros paradigmas, que tengan como principios rectores fomentar la participación de niños y niñas en la implementación de propuestas de salud y alimentación, son necesarios para repensar estrategias posibles y alineadas en los derechos de niñas y niños.

De esta manera, se plantea una contraposición a la perspectiva de la Ley 19.140 que ubica a los actores centrales de esta problemática(niños y niñas) en objetos de una acción que solo

permitirá revertir cifras estadísticas que preocupan a las autoridades sanitarias, sin realizar acciones profundas e integrales.

Ante esta situación, se problematiza e interpela analíticamente el proceso que se viene desarrollando en escuelas públicas de tiempo completo de Montevideo, a partir de la aplicación de la Ley 19.140, junto a la posibilidad de rescatar los discursos de los protagonistas de esta Ley que son los niños, las niñas, las maestras y maestros, en el contexto escolar.

Fundamentación y antecedentes.

En la sociedad actual, la alimentación se posiciona como parte de un modelo que implica el control de la salud, por medio de la prevención del riesgo. Este modelo, tiene como uno de sus pilares, la intervención sobre la alimentación, construyendo de esta forma el concepto de alimentación saludable. Este proceso se sustenta bajo concepciones biológicas ⁶ y epidemiológicas de salud (Moragas, 1976), gestando un modelo de alimentación que tiende a priorizar el efecto nocivo o beneficios de los alimentos por encima de su rol social. Por lo cual, dicho modelo implica múltiples alcances, en relación a legislar desde la producción de alimentos, hasta la comercialización recayendo estas legislaciones sobre la población en general y en particular sobre niñas y niños.

Desde esta perspectiva, en la que prima un concepto biológico sobre la vida, los indicadores de peso y talla son relevantes para monitorear el crecimiento saludable.

⁶ La nutrición desde sus orígenes como ciencia, ha estudiado al ser humano como una entidad biológica. Su historia como ciencia se inicia investigando la digestión de los alimentos y su impacto en la salud.(Para alimentar la memoria, Bragaña.S,2007)

La nutrición como disciplina adjunta de la medicina e históricamente subsidiaria, parte de un concepto de infancia, acotado a lo biológico, sobre el cual justifica sus injerencias sobre esta categoría ya sea mediante diagnósticos nutricionales o prácticas que fomentan la alimentación saludable, con el fin de mejorar la salud de niñas y niños.

En Uruguay, existen una serie de diagnósticos de la situación nutricional actual de niños y niñas.(Comisión Honoraria de Salud Cardiovascular, 2016; Encuesta de Nutrición Desarrollo Infantil y Salud, 2013; Bove y cols 2011,) Los mismos confirman, que estamos ante una epidemia de sobrepeso y obesidad. En este sentido el problema está definido y las soluciones posibles se vienen gestando bajo un modelo de alimentación orientado a la infancia con el fin de regular un proceso cotidiano, que constituye uno de los primeros vínculos del niño y la niña, con el mundo adulto. (Jorge & Yngrid, 2014)

Los guarismos oficiales en nuestro, país demuestran que el sobrepeso y la obesidad, son un problema de salud pública, alcanzado cifras de 60% en adultos y15% en niñas y niños.

Teniendo en cuenta la situación nutricional de los adultos y la infancia en nuestro país, la Academia de Medicina y la Sociedad Uruguaya de Pediatría a través del Diputado Dr. Javier García, genera un documento en el año 2010 que culminará en una de las estrategias sanitarias que se viene implementado en Uruguay desde el año 2013. La Ley N° 19.140 tiene por cometido la protección de la salud infantil y adolescente en establecimientos públicos y privados mediante medidas de promoción de salud.

La mencionada Ley, se promulga con el fin de regular la comercialización y publicidad de alimentos no saludables en los centros educativos, presenta en su exposición de motivos datos y

estadísticas epidemiológicas de los adultos posicionando a la infancia como portadora de esperanza y conciencia de salud del mundo adulto.

Su implementación le implica, tanto a centros públicos como privados, ofertar alimentos saludables, y no publicitar aquellos alimentos que no cumplan esos criterios.

La citada Ley regula desde la lógica sanitaria y epidemiológica, es decir, propicia el marco legal para que los centros educativos mantengan opciones de alimentos variadas y favorece el desarrollo de acciones educativas. Pese a esto es necesario considerar que no conceptualiza la infancia, y no menciona en su exposición de motivos y reglamentación la importancia real para niños y niñas de participar en la construcción de un Modelo de Alimentación Saludable.

En relación a lo expuesto y ante la escasa información disponible a nivel académico sobre el proceso de implementación de la Ley sancionada en setiembre de 2013, se considera adecuado componer insumos que problematicen y apunten al debate de ideas entorno a las visiones y concepciones de infancia presentes o ausentes en la argumentación de la Ley 19.140 y su implementación de la misma en las escuelas públicas de tiempo completo.

Por lo explicitado con antelación, se plantea un análisis del Modelo de Alimentación Saludable vigente, desde su construcción hasta la implementación masiva en la regulación de la alimentación de niños y niñas en las escuelas de tiempo completo.

El desarrollo de la investigación, implica un aporte que trascienda la visión biologicista en relación a la infancia, fundamentalmente en lo que refiere a la cuestión de la alimentación. Se parte de la perspectiva de que es importante fomentar estrategias que apunten a la promoción de la salud, que trabajen de manera integral la problemática, no viendo al niño o niña como parte de un proceso

biológico y desde una perspectiva adulto-céntrica, de manera aséptica y adictiva, se pretende que el niño o niña coma lo que “debe” sin generar procesos de apropiación e interiorización del conocimiento que le permitan ser un sujeto que decida con su propio pensamiento. (Lewkovicz, 2013)

La investigación se orienta a producir un insumo inexistente en el estado del arte actual del tema a debatir y pretende aportar respuestas a las siguientes preguntas: ¿Cómo se construyó el Modelo de Alimentación Saludable en la infancia a partir de la Ley 19.140? ¿Qué concepto de infancia prima en las bases de estas políticas sanitarias? ¿Cuál es la participación de los niños y las niñas en la construcción de la alimentación saludable en los centros educativos? ¿Cuál es el nivel de apropiación de la Ley en las escuelas y sus actores: estudiantes, maestras/os-directores/as?.

Objetivos:

Objetivo general

- ⊗ Analizar la implementación del Modelo de Alimentación Saludable vigente destinado a niños y niñas en Uruguay a partir de la puesta en vigencia de la Ley 19.140 del año 2013.

Objetivos específicos

- ⊗ Identificar las bases conceptuales del modelo de alimentación vigente destinado a la infancia en Uruguay.
- ⊗ Indagar los fundamentos de la Ley 19.140 promulgada en setiembre de 2013 en base las concepciones de infancia y el modelo de alimentación.

- Explorar el proceso de implementación de la Ley 19.140 por medio de los discursos de niños, niñas y maestras en tres escuelas de tiempo completo de Montevideo.
- Describir la participación de niñas y niños en el proceso de construcción e implementación de la Ley 19.140.

Estrategia metodológica

Se concibe la investigación, partiendo de 3 momentos diferenciados en la estrategia de investigación, por un lado una revisión del estado del arte, para conceptualizar y dar un contexto histórico a la construcción del Modelo de Alimentación Saludable.

En segundo lugar, se realiza una recapitulación del proceso de discusión de la Ley 19.140, de setiembre de 2013, por entenderse como el dispositivo político, que regula la intervención del Modelo descriptos en la infancia.

En tercer lugar, se realiza el análisis de las entrevistas realizadas con el fin de conocer el grado de participación e involucramiento de niñas, niños y maestras en los centros escolares seleccionados.

Selección Territorial

Se compone de tres Escuelas Públicas de Tiempo Completo, las cuales presentan una modalidad de 8 horas diarias, e incluyen tres tiempos de comida. (desayuno, almuerzo y merienda) Se seleccionó una escuela de esta modalidad por cada división jurídica, centro, este y oeste de la ciudad de Montevideo de la Administración Nacional de Educación Pública, Consejo de Educación Inicial y Primaria(ANEP-CEIP)

2. El universo de estudio se orienta a 3 grupos poblaciones en el ámbito escolar:

(i)Las directoras de las tres Escuelas de Tiempo Completo de las 3 divisiones jurídicas de primaria de centro, este y oeste del Departamento de Montevideo (se entrevistó a una Directora por cada división jurídica de primaria)

(ii)Las maestras de los 4tos., 5tos. y 6tos. años de las Escuelas de Tiempo completo de las 3 divisiones jurídicas de primaria de centro, este y oeste del Departamento de Montevideo (se entrevistó a 9 maestras de los grados anteriormente mencionados por cada escuela seleccionada según la división jurídica de primaria)

(iii)Las niñas y niños de las Escuelas de Tiempo Completo de las 3 divisiones jurídicas de primaria de centro, este y oeste del Departamento de Montevideo (se realizaron 3 entrevistas grupales con los criterios anteriormente explicitados, por cada escuela seleccionada según la división jurídica de primaria; cada espacio grupal de niños y niñas respeto los criterios propuestos, alcanzado 36 escolares).

3. Dominio empírico

Comprende:

a) Los procesos discursivos de las Directoras, de las maestras y de las niñas y niños de las tres Escuelas de Tiempo completo seleccionadas según las 3 divisiones jurídicas de primaria de centro, este y oeste del Departamento de Montevideo, acerca de los supuestos salud- infancia y alimentación saludable, así como de los procesos de implementación de la Ley N°19.140 y las estrategias de participación de las niñas y niños de esas escuelas.

b) Las estrategias de acción de las Directoras, de las maestras y de las niñas y niños de las tres Escuelas de Tiempo completo de las 3 divisiones jurídicas de primaria de centro, este y oeste del Departamento de Montevideo, institucional y comunitario en las Escuelas mencionadas.

c) Los discursos de los y las parlamentarios/rias durante el proceso de sanción de la ley 19.140, durante los años 2011 y 2013.

4. Fuentes

Esta investigación supone la utilización de dos técnicas para recolectar el material informativo, que son: material documental (fuentes secundarias) y entrevistas individuales y grupales. (fuentes primarias).

Se describen a continuación las características del material que se utilizará especificando tipo de fuente, criterios y procedimientos muestrales, junto a las técnicas de recolección de datos.

Material documental (fuentes secundarias)

En esta categoría se incluyen documentos provenientes de:

(i) Ley 19.140, decretos y normativas relacionadas a la implementación de la Ley , actas parlamentarias documentos técnicos de trabajo de las comisiones parlamentarias en el cual se discutió la Ley 19140.

(ii) Documentos técnicos del período 2013 al 2017 sobre orientaciones en alimentación, documentos y circulares de la Administración Nacional de Educación Pública, Consejo de Educación Primaria.

En síntesis, estos documentos serán seleccionados en la medida que reflejen los contenidos y estrategias que se pretenden analizar en las Escuelas públicas de Tiempo Completo del Departamento de Montevideo, con énfasis en los aspectos que hagan referencia a la evaluación de su accionar, identificando debilidades, fortalezas y propuestas de superación de las dificultades que se perciben en torno al tema central de estudio. Se sistematizará la información a través de la grilla de datos recurrentes y esporádicos.

Entrevistas y Grupos de Discusión / reflexión (Fuentes primarias)

Se aplicó la técnica de entrevista y se realizaron grupos de discusión/reflexión con los actores del espacio escolar de referencia.

Se utilizaron como técnicas entrevistas individuales semiestructuradas y grupos - discusión /reflexión. En la implementación de estas técnicas se registrará textualmente lo expresado por los participantes a través de grabaciones, previa

aplicación de consentimiento informado en cada una de las instancias a desarrollar.

Los grupos de discusión/ reflexión se realizaron con las niñas y niños de las tres escuelas seleccionadas y autorizadas por el Consejo Directivo Central mientras que las entrevistas individuales fueron dirigidas a las Directoras y Maestras de esos servicios educativos.

Criterios de inclusión de cada unidad de estudio:

Para la selección de las tres escuelas del programa Tiempo Completo se consideró que sean escuelas enmarcadas en los proyectos de escuelas saludables y pertenecientes a cada una de las jurisdicciones de primaria del Departamento de Montevideo : Este, Centro y Oeste las cuales se organizan por quintiles de ingresos.

Las escuelas seleccionadas fueron las siguientes:

- Zona Este, Escuela A, barrio la Unión quintil 2 urbano
- Zona Oeste: Escuela B, ubicada en barrio Colón quintil 3 urbano.
- Zona Centro: Escuela C, ubicada en barrio Manga, quintil 2 urbano⁷

Las entrevistas y los grupos de discusión/ reflexión consideraron:

- Las 3 directoras de las escuelas de primaria, por su rol jerárquico en la estructura de primaria y su apertura en la temática.
- Las maestras de 4to., 5to. y 6to. año, se contó con las maestras de diferente nivel de curso de cada una de las escuelas escogidas. Se consideró pertinente respetar como base una maestra por grado por lo cual se contó con 9 maestras para completar las entrevistas.

⁷ . Información disponible en Monitor Educativo del Centro de Educación Inicial y Primaria e:<http://www.anep.edu.uy/monitor/servlet/buscaescuela>

- Se totalizó 3 entrevistas con las niñas y niños de las escuelas seleccionadas y de los niveles de cursado anteriormente descripto, alcanzo el máximo de 12 por escuela, y distribuidos homogéneamente entre varones y mujeres, siendo sean representante de cada uno de los niveles de cursado ($\frac{1}{3}$) y se considerara aquellos niños y niñas que sean parte de actividades extras en la vida escolar, delegados, miembros de cantinas, miembros de cruz roja.

Técnicas de análisis

La técnica utilizada responde al análisis cualitativo de la entrevista en profundidad tanto a nivel individual y grupal. La selección del tipo de entrevista, se fundamentó en la mayor apertura en el proceso de levantamiento de la información que la que producen las entrevistas semiestructuradas, en tanto posibilita a los sujetos organizar el sentido del relato, dando énfasis a la profundidad en la información y la flexibilidad en la orientación de la entrevista. La entrevista fue orientada hacia tópicos y temáticas centrales de la tesis. Las entrevistas se realizaron en base a una pauta flexible de preguntas, grabadas y posteriormente transcritas. Luego fueron codificadas en base a los conceptos centrales de la tesis, no obstante, se dejó margen para considerar realidades emergentes a las preguntas de investigación.

Consideraciones éticas

Para realizar las entrevistas y los grupos de discusión/reflexión se coordinaron instancias previas logrando la autorización de las inspecciones departamentales correspondientes, (Anexo 2) así como la aplicación de consentimiento informado (Anexo 3) a todos los participantes implicados en las diferentes instancias de la propuesta del proyecto (docentes: directora- maestro; niñas/niños- a través de

nota en cuaderno de clases hacia sus padres o persona responsable del niño o niña).

Se entregó a cada participante una hoja con la información de los objetivos del Proyecto y de los resultados esperables en el mismo y se consultó acerca de su disposición a ser entrevistados.

Capítulo 1

Modelo de Alimentación Saludable

“Este mundo, que ofrece el banquete a todos y cierra la puerta en las narices de tantos es, al mismo tiempo, igualador y desigual: igualador en las ideas y en las costumbres que impone, y desigual en las oportunidades que brinda.”

Galeano, E. 1998

Breve reseña histórica de la alimentación como parte de la salud.

En este capítulo se realiza una revisión histórica de la construcción del Modelo de Alimentación Saludable vigente en Uruguay. Él mismo, surge desde la producción de discursos de las disciplinas de la salud y se expande al plano político, la comercialización de alimentos y la comunidad; tomando como parte de su campo de influencia a las niñas y niños en nuestro país.

En el desarrollo de la presente tesis, se efectúa una construcción del Modelo de Alimentación Saludable, ubicando su origen en el mundo occidental, en la sociedad moderna (siglo XX), a nivel mundial y en Uruguay. Se recapitulan en esta primera parte, algunos aspectos históricos del proceso por el cual la salud toma a la alimentación como propia de sus prácticas, la uniformiza, la investiga, la globaliza y la convierte en una estrategia a desarrollar en la sociedad en su conjunto durante décadas. Las principales características de esta construcción, se fundamentan en su visión biológica del mundo, en la que prima el cuerpo como ente biológico valorando las estadísticas epidemiológicas por sobre otros aspectos.

Por otro lado, la globalización es otra de las características de este modelo, en el cual las diversas estrategias responden a metas globales consensuadas tanto en la OMS como la Organización para la Agricultura y Alimentación (FAO)

Para comprender el surgimiento del modelo de alimentación, es necesario realizar un repaso de la historia de la medicina occidental y la dieta como parte del tratamiento en la enfermedad tanto a nivel internacional como regional y local.

Analizar la construcción del modelo de alimentación vigente, implica un repaso de la importancia de la salud y alimentación, partiendo de los orígenes de la relación salud –alimento, para el mundo occidental, dicho análisis nos remota hasta la Edad Antigua, en Grecia para posteriormente repasar el avance de la Ciencia Moderna con el correr de los siglos.

En base a la revisión del estado del arte , se sitúa una etapa incipiente de la construcción del modelo saludable, en la primera mitad del siglo XX, posterior a la primera y segunda Guerra Mundial. La sociedad de posguerra , conlleva a la reflexión en relación a la vida, por lo tanto en Nueva York, se dan los primeros pasos para conformar la estructuración a nivel internacional de la Organización Mundial de la Salud.

Se estudiará la construcción del Modelo de Alimentación Saludable como una estrategia biopolítica, para lo cual se entiende pertinente tomar los conceptos de medicalización de la sociedad y la expansión de ese proceso hacia la alimentación, los alimentos y la infancia.

Alimentación y salud en la historia

Alimentación y salud han estado estrechamente hermanadas desde los propios inicios de la medicina en la Edad Antigua, en Grecia alrededor de los siglos IV y V a.c., se le atribuye a Hipócrates la elaboración de construcciones teóricas sobre la importancia del alimento en los tratamientos de salud. Los griegos utilizaban el concepto de *“diaita”*, el mismo cuenta con dos interpretaciones diferenciadas, por un lado, se le atribuía el tratamiento de las enfermedades, a su vez era concebido como forma de prevenir y mejorar la salud. (Gil, 2005)

Existen diversos tratados de medicina atribuidos a Hipócrates, de los cuales algunos hacen referencia directa a la dieta como: *“Sobre la dieta en las enfermedades agudas”*, *“La dieta salubre”* y *“Sobre la dieta”*; *estos textos* evidencian la importancia del rol de la dieta en la Grecia antigua, dichos tratados detallan los beneficios de los alimentos y su asociación a la vida y a la sanación.(Gil,2005)

Si bien los griegos ponen a través de la Escuela hipocrática la alimentación y la salud como algo fundamental para la vida, es tiempo después cuando se comienza a generar conocimiento científico sobre la temática. La producción académica sobre alimentación y nutrición es un proceso de constante avance a largo de los siglos, destacándose en Europa primero y Estados Unidos después, el período comprendido entre los siglos XVIII y XX. Al tratarse de un lapso de tiempo prolongado se mencionarán algunos hitos, en los cuales se acentúa la producción de conocimiento que contribuyó a los cimientos científicos del modelo de alimentación.

Al considerar la alimentación en la historia es necesario ir a la Europa del Siglo XV, en ese momento surgen los primeros esbozos y postulados sobre el metabolismo por parte de Leonardo Da Vinci. Esto genera un primer paso para dilucidar las bases metabólicas de la nutrición. (Gil,2005)

Posteriormente y con el advenimiento de la ciencia moderna, entre los siglos XVI y XVII, emergen una serie de producciones científicas que contribuyeron al desarrollo de la nutrición como ciencia.

Entrando al período de avance más significativo, en el siglo XVIII, se atribuye al médico británico James Lind (1716-1794) el primer estudio sobre nutrición humana, evidenciando la asociación entre el escorbuto⁸ y el consumo de cítricos.

En Europa, entre 1780 y 1850, se dan grandes avances en el campo de la química, descubriéndose los primeros elementos como el cloro, glicerol, oxígeno, entre otros. El farmacéutico sueco Carl Wilhelm Schelle (1742-1786), se destaca por su aporte en estas investigaciones. Con este tipo de descubrimientos, la ciencia empieza a regular y controlar los alimentos. Al analizar los componentes presentes e identificarlos, se establecen los primeros patrones para controlar las adulteraciones de alimentos, las cuales eran muy frecuentes en la época y afectaban la comercialización. (Fennema, 2008).

En 1770 el francés Antoine Lavoisier (1743-1794), considerado uno de los científicos más relevantes en el impulso de la nutrición como ciencia, describe los principales pasos del metabolismo humano. La sumatoria de estos y otros hallazgos configuran un escenario de producciones que tejen una red de saber y contribuyen a configurar el

⁸ El escorbuto es una enfermedad degenerativa de los tejidos de sostén, como consecuencia de la carencia de vitamina C. Fennema ,O.2008

perfeccionamiento de la ciencia, la medicina y la nutrición. Conforme avanza la tecnología, este desarrollo se multiplica exponencialmente, aportando realizaciones técnicas sobre la temática.

Entre los Siglos XIX y XX el auge de conocimiento en la edad moderna, forja una serie de pesquisas que comienzan a dar cuenta del empoderamiento de la ciencia sobre la vida misma. En consecuencia, se valida el saber a través de estudios experimentales. De este modo las investigaciones en base a las funciones biológicas del cuerpo, se apoderan de éste como su objeto de estudio. En este sentido, se destaca la primera investigación sobre digestión humana, en manos del cirujano estadounidense William Beaumont (1785-1853) en el Siglo XIX. (Salas J, García P, Sánchez ,2005) Dicha pesquisa es realizada en un paciente de guerra cuya herida no cicatrizaba, permitiéndole a Beaumont observar los fluidos del estómago y el proceso de la digestión. Ante esta situación el cirujano, retenía al herido contra su voluntad, en su afán de seguir conociendo más sobre el proceso de digestión. (Fennema, 2008) Este tipo de hechos, evidencia el empoderamiento de la ciencia médica, la cual se posiciona por encima del derecho de un individuo.

Continuando con los aportes de la ciencia en la consolidación de un paradigma, que posiciona a la medicina como un poder capaz de controlar la vida misma, se destacan las contribuciones del alemán Justus von Liebig.

En 1837, Justus von Liebig, (1803-1873) descubre algunos compuestos intermediarios en la conversión de alcohol durante la fermentación y en 1842 genera una primera clasificación de los alimentos.

Estas investigaciones, tienen como en casos anteriores, la finalidad de clasificar y controlar la producción y comercialización de alimentos.

En consecuencia, entre 1850 y 1910, algunos científicos como el estadounidense Atwater, (1844-1907) o Francis Gano Benedict (1870-1957) contribuyen a la construcción de los parámetros utilizados hoy en día en las bases de datos de composición de alimentos, con sus aportes en la medición de la energía metabolizable por el cuerpo. (Fennema, 2008)

En este sentido, se observa como durante estos siglos la ciencia funda una gran producción académica que describe las funciones del organismo, desde la anatomía y fisiología, gestándose de este modo definiciones biológicas de los cuerpos. El organismo humano comienza a construirse como un objeto de estudio de la ciencia, propiciando la construcción de un discurso médico sobre la vida cotidiana.

La ciencia se apodera del cuerpo y los alimentos, lo cual, con el avance de la tecnología implicará un mayor desarrollo de la investigación en relación a la salud y alimentación; de este modo se consolida a la nutrición como parte fundamental de la salud.

El desarrollo de las tecnologías permite en el Siglo XX posicionar a la nutrición como una ciencia fundada en las investigaciones sobre las funciones biológicas de las personas, esto constituye un escenario que prorroza la visión biologicista y se posiciona como hegemónica. En consecuencia, se funda la base técnica para la construcción de dispositivos que intervienen para mantener la salud. (Rivadulla, García, Martínez, 2016, Salas, García, Sánchez, 2005)

Por ende, el desarrollo de la ciencia ha impulsado las bases de este modelo, que históricamente se acompasa con los mercados, permitiendo regular y controlar la salud y los alimentos.

Esta primera etapa de construcción del Modelo de Alimentación Saludable, puede ubicarse en Europa y Estados Unidos

principalmente. Como se verá a continuación, este proceso terminará ejerciendo un control sobre el resto del mundo.

Continuando con el desarrollo del Modelo de Alimentación Saludable, es necesario ahondar en algunos aspectos a nivel mundial que surgen en el siglo XX, los cuales son de gran incidencia en la etapa de globalizar y expandir las prácticas saludables.

Consolidación de un Modelo

En el siglo XX el Modelo de Alimentación Saludable, presenta su máximo desarrollo, destacándose como hito del proceso la creación de dos organismos burocráticos claves en la historia de la salud y la alimentación, ratificando esa indisoluble relación salud-alimento.

En octubre de 1945 se crea en Quebec, Canadá, la FAO, esta entidad persigue el objetivo de liberar a la humanidad del hambre y la malnutrición, y gestionar de forma eficaz el sistema alimentario mundial. Las gestiones previas a la fundación de la FAO datan de 1943 a través del Presidente de los Estados Unidos Franklin D. Roosevelt, quien impulsó la creación de un organismo dependiente de las Naciones Unidas, con el fin de mantener sistemas alimentarios mundiales.

Un año después, en Nueva York, en junio de 1946 se inicia el proceso de creación de la OMS. En este sentido, su emblemática carta magna, proclama una definición de salud generalista, en un tono de salvaguardar la paz mundial luego de un período bélico en el mundo occidental. (Weinsten, 1976) (Muñoz-Sánchez y Pérez Flores, 2015)

En base a la revisión bibliográfica, realizada, se entiende que estos organismos son parte fundamental del proceso de la construcción del

Modelo de Alimentación Saludable, promocionando la globalización de la salud y alimentación.

La institucionalización mundial de la salud y alimentación surgen en un contexto fermental a nivel de los Derechos Humanos, en 1948 se realizó la declaración Universal de los mismos con el fin de seguir contribuyendo a la paz y proteger la vida. Con las pérdidas que significó la guerra para Europa tanto a nivel humanitario como social y económico, los países desarrollados y en vías de desarrollo, tuvieron la necesidad de generar acuerdos para resaltar la importancia de la vida y reactivar las sumergidas economías. (Weinsten, 1976)

En virtud de esto, la salud pasa a ser sinónimo de paz y bienestar económico, monitoreada por la OMS, por ende, con la capacidad de ser monitoreado. En otros términos, esto propicia construir indicadores de salud, lo cuales son monitoreados para evaluar y redireccionar las estrategias de intervención a nivel local, regional y mundial. En consecuencia, podemos clasificar y construir categorías de países conforme alcanzan o no determinados valores de salud o de alimentación.

La OMS define en su carta magna la salud como: "...un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946)

Desde una concepción utópica, se consolida la referencia de salud a nivel mundial, posicionando a este organismo como actor clave en el proceso de la construcción de un Modelo de Alimentación Saludable y globalizado.

En términos de poder, tanto la creación de la OMS como de la FAO, permiten concebir a los países desarrollados indicadores para clasificar enfermedades o el hambre y de esta forma seguir

componiendo dicotomías, entre países ricos/ pobres, sanos /enfermos, desarrollados / subdesarrollados. Ejemplo de esto son las clasificaciones de salud o de seguridad alimentaria que permiten cuantificar el estado de salud en base a datos estadísticos de morbilidad y medir como se alimenta una población dada. Dichos indicadores contribuyen a generar investigaciones y acciones financiadas con el fin de “ayudar “a los países más desamparados. (Muñoz-Sánchez y Pérez Flores, 2015)

La concepción de salud acuñada por la OMS, es individualista dado que se centra en el sujeto, plantea que la salud es un máximo estado de bienestar de un individuo, sin vincular esa situación con la comunidad. Por otro lado, responde a pautas hegemónicas, basadas en el saber experto, desconociendo otras producciones alternativas y componiendo de manera solapada un modelo totalizante, siendo este organismo la voz calificada en la comunidad científica para validar o no los procesos de salud. (Weisntein, 1976; Muñoz,Pérez,2015)

La definición de la OMS se genera en un contexto de posguerra y economías deprimidas, lo cual fue un factor clave para que haya sido aceptada sin grandes cuestionamientos. Esta enunciación proviene de las ciencias médicas, manteniendo la lógica medicalizadora, el poder dado por el saber sobre el cuerpo, contribuye en parte a la creación de dispositivos que se basan en el control y la vigilancia de la sociedad. La definición o no de una enfermedad implica formas de poder, y control, a nivel internacional dado el peso político que implica esta connotación. Como ejemplo de esto, se puede considerar la clasificación de la homosexualidad como una enfermedad por parte de la OMS hasta el año 1990, mediante una asamblea de este organismo dejó de considerarla como tal.

El paradigma de salud imperante en la actualidad, responde a lógicas de poder, procurando controlar y clasificar bajo normas establecidas por quienes tienen parte del poder. Por lo tanto, el modelo sanitario es un proceso más de la globalización contribuyendo al control social de la vida. (De Domingo-Bartolomé & López-Guzmán, 2014)

Al existir un modelo de salud, que genera la producción científica para monitorear el estado de la población, surge también la necesidad de controlar a la alimentación. En consecuencia, se expande la red de poder de la salud configurando un Modelo de Alimentación Saludable. El mismo se construye y valida por el saber y el poder de la ciencia, por lo tanto, es la autoridad para establecer referencias de ingestas, recomendaciones nutricionales, indicadores de salud, patrones de crecimiento, entre otros. Por lo tanto, se cimientan formas reconocidas para medir y evaluar el crecimiento del cuerpo, construyendo la categoría de “normalidad”, y maneras de intervenir para que todos ingresen a tal condición.

Los documentos y consensos de FAO y OMS, son considerados en ocasiones como únicas formas de conocimiento válido, por parte de la comunidad científica vinculada a la salud y alimentación (Muñoz-Sánchez y Pérez Flores, 2015)

Diversos tópicos, como la erradicación del hambre o la cura de enfermedades crónicas, son metas idealizadas para generar un fin común que habilita una serie de desarrollos científicos de alto nivel, y una inversión de millones de dólares aportados por varios organismos, para seguir avanzando desde la ciencia consolidando una compleja trama de poder e intereses. (Bustelo, 2007)

Proceso medicalizador de la sociedad.

Según Foucault, a partir de la producción científica sobre el cuerpo y la salud, se gesta a fines del siglo XVIII la medicina moderna y el proceso medicalizador de la sociedad:

La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina.

(Foucault, M. 1977p.4)

El autor ubica el origen del proceso medicalizador en el siglo XVIII, el cual comienza a ser relevante para contribuir al control sobre el cuerpo, sentando las bases de la expansión y el poder sobre la sociedad. Este proceso se incrementa, fortalece y expande a nivel de varios aspectos de la vida cotidiana. Al respecto Foucault nos dice:

Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con

el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.

(Foucault, M. 1974 p.5)

El proceso planteado por el autor, implica un paradigma basado en el conocimiento del cuerpo como estrategia biopolítica de control de masas, en términos capitalistas cuidar la salud del obrero para cuidar la productividad. Es decir, de control del cuerpo, se pasa al control de la población.

Para Foucault, la biopolítica es una forma de expresión del poder sobre la vida, en este sentido el autor nos dice:

La consideración de la vida por parte del poder(...)un ejercicio de poder en cuanto al hombre como ser viviente(..)una especie de estatización de lo biológico o al menos una tendencia contundente a lo que podría de demonizarse la estatización de lo biológico.(...)la biopolítica tiene que ver con la población, y esta como problema político, como problema a la vez científico y político, problema biológico y problema de poder, creo que aparece en este momento(...)La biopolítica abordara en suma, los acontecimientos aleatorios, que se producen en una población tomada en su duración.

(Foucault, M. 2000 p.22)

Conforme a los procesos generados en el Siglo XX y XXI, desde los organismos internacionales se valida una forma de institucionalizar la biopolítica y seguir expandiendo su acción sobre la sociedad. Los gobiernos, presentan hoy en sus agendas ya sean propias o impuestas una serie de indicadores de salud tales como la natalidad, mortalidad y porcentajes de ECNT. Estas agendas, son abordados desde el control de la vida por parte del Estado, en un ejercicio constante de poder, proponiendo leyes, decretos, programas y políticas a desarrollar que validan un proceso de control del cuerpo desde la salud.

Dentro del cerco medicalizador, la medicina como ciencia toma poder sobre el cuerpo y la alimentación. El saber sobre el cuerpo genera un proceso de control de la vida cotidiana, construyendo socialmente los problemas en términos médicos o de salud. El proceso de construcción de la alimentación saludable se configura también como parte de este fenómeno imponiéndose la medicalización de la alimentación. (Rodríguez, 2015; Conrad, 1992; Foucault, 1977)

La medicalización de la alimentación implica diversas formas de control sobre la producción, distribución y consumo de los alimentos con el fin de mantener un óptimo estado de salud y evitar riesgos de enfermar.(De Domingo-Bartolomé & López-Guzmán, 2014)(Rodriguez, 2008)

El proceso medicalizador, sirve de marco conceptual para problematizar el Modelo de Alimentación Saludable. En base a esto, podemos inferir que el discurso del saber experto, se caracteriza por promocionar y delinear todo lo relativo a la alimentación como forma de que cada sujeto se mantenga sano y evite el riesgo.

Lo anterior conlleva a la banalización de la alimentación, generando un sin fin de información sobre la temática,destacando los beneficios

y riesgos del comer. Esto será capitalizado por parte de la sociedad de consumo, por lo tanto se configuran estilos de vida saludable, que procuran vender una perspectiva de la alimentación con el fin de obtener cuerpos amoldados a los patrones sociales aceptados.

Al decir de Bauman, la sociedad actual, implica al consumo constante de artículos de diversa índole, con el fin de satisfacer las necesidades de los individuos.

Se puede decir que el “consumismo” es un tipo de acuerdo social que resulta de la reconversión de los deseos, ganas o anhelos humanos (si se quiere “neutrales” respecto del sistema) en la principal fuerza de impulso y de operaciones de la sociedad, una fuerza que coordina la reproducción sistémica, la integración social, la estratificación social y la formación del individuo humano, así como también desempeña un papel preponderante en los procesos individuales y grupales de auto identificación, y en la selección y consecución de políticas de vida individuales.

(Bauman,Z. 2007p.30)

La publicidad, desarrolla estrategias que promocionan un consumo exacerbado de bienes superfluos que prometen la felicidad al instante, durante el tiempo presente. La era de la fluidez, implica un presente eterno y a la vez efímero, solo importa ser feliz, y para ello lo mejor es mantenerse consumiendo, pues el tiempo se agota.(Bauman,2007)

Complementando esta visión de Bauman, debemos considerar que el sistema capitalista actual necesita consumidores, ya no se basa en la fuerza productiva e industrial. Los individuos, se ven forzados a tomar decisiones para reducir el riesgo de enfermar, por lo tanto más

elementos para consumir; desde revistas especializadas hasta formulas nutricionales para mantenerse activos y competitivos.

Sibilia nos dice al respecto:

De ese modo, los sujetos contemporáneos enfrentan la tragedia fáustica de la propia obsolescencia, al asumir «las draconianas exigencias de la competitividad». Se trata de un escalón más en el proceso de privatización del destino: la salud se convierte en un capital que los individuos deben administrar, eligiendo consumos y hábitos de vida, haciendo inversiones convenientes y calibrando los riesgos que éstas pueden implicar. Así, otra vez, la lógica de la empresa se expande por todas las instituciones y conquista nuevos espacios.

(Sibilia,P. 2005,p.575)

En este contexto, vemos como el modelo alimentario es utilizado como estrategia de consumo, propiciando la “venta “de productos “verdes y sanos”, que conducen al éxito y al cuerpo perfecto. De este modo se cierra un circulo de consumo, brindando por un lado opciones saludables, y por otro generando información sobre el riesgo que implica no seguir las pautas de comer y vivir sano.

El Modelo de Alimentación Saludable, engloba una serie de aspectos que solo pueden apreciarse desde análisis profundos, puesto que en lo superficial solo se visualizan acciones tendientes a la mejora de la salud de a población y se solapan las relaciones de poder existentes entre las disciplinas, los mercados, los adutlos y la infancia. Por lo tanto:

...la medicalización es pensada a partir de un bucle entre los profesionales y los mercados de la salud, los medios y los consumidores; una dinámica de retroalimentación entre distintas fuerzas sociales que contribuye a la popularización de síntomas y diagnósticos, así como a la correlativa creación de nuevos mercados de consumo.

(Conrad y Leiter en Rodríguez, 2015,p.204)

De esta forma, la compleja trama medicalizadora constituye una red entre la ciencia y los mercados, las intervenciones se realizan desde lo superficial y visible las problemáticas de salud acordes a las necesidades del consumidor actual.

El proceso medicalizador ejerce mecanismos de control que retroalimentan un círculo “saludable”, en el cual a medida que avanza la tecnología al servicio de la medicina, se logran obtener más investigaciones que dan cuenta de procesos biológicos a nivel celular, asociando cada nutriente con patologías, llegando a constituir un modelo de alimentación basado en la prevención. Actualmente se puede saber la predisposición genética para enfermar, por lo tanto, la prevención y el control de aquellas prácticas perjudiciales es el objetivo final. Esto genera una estrategia de atención primaria en salud, con énfasis en publicitar lo saludable, se difunden estrategias que apuntan al fomento de la actividad física, estimulando el consumo de alimentos “sanos”. El fenómeno de lo saludable, se impone mediante una fuerte estrategia de marketing, a la cual se suman a los profesionales de la salud, los instructores de fitness, los personal trainings, los coaching nutricionales, todo para mantenerse lejos del riesgo y saludable. (Martinez, 2014)

En este sentido, cabe precisar que la vida en sí misma conlleva una cierta carga de riesgos, el cual en la sociedad actual se exacerbado. Al decir de Giddens,(1995), la sociedad de riesgo implica el documentar y llevar estadísticas de la vida, de esta forma podemos controlar aquellos factores, (dieta, ejercicio, hábito de fumar) que impliquen algún tipo de amenaza. Como estrategia de control de masas, el riesgo conlleva al temor de enfermarse por lo tanto implica que las personas tomen decisiones en base a esa información para disminuir las amenazas a su salud. En el campo de la salud, la división de las disciplinas implica que cada una elabore sus propios listados de factores de riesgo, controlando desde las posturas corporales, actividad física, cuidados de la boca y en el caso particular de este análisis la alimentación.

En consecuencia, la medicina actual no solo busca curar, el fin es evitar la exposición a posibles amenazas, en este caso las que provengan de los alimentos que ingerimos.

En la actualidad , la medicina basada en la evidencia, tendencia actual en la producción académica reúne diferentes estudios y clasifica las diferentes asociaciones entre nutrientes y enfermedades, catalogando por ejemplo a la fibra ⁹por su efecto sobre una determinada porción del tubo digestivo. De este modo, se reduce la realidad a un mínimo y en base a eso se actúa en campañas de promoción de consumo de alimentos que contengan este constituyente, o se generan productos con la adición del mismo, profundizándose la visión del alimento como medicamento.

Las recomendaciones actuales a nivel de salud, se basan en la premisa de prevenir, por ende, no alcanza con considerar al adulto, sino que la niñez es el objetivo. De esta forma se comienzan a gestar

⁹ La fibra alimentaria es un grupo de compuestos de naturaleza glucémica, que son resistentes a la degradación gastrointestinal.(Fennema,O.,2008)

procesos de discusión como el de la Ley 19.140, se apunta a controlar lo relativo a la alimentación, como se verá más adelante en el análisis de la misma.

Retomando lo planteado por Giddens (1995), el autor plantea que la sociedad moderna está expuesta al riesgo, implicando que toda conducta peligrosa, debe ser estudiada, documentada, publicada y controlada. Desde la ciencia médica, actualmente, se conocen varios compuestos clasificados como " peligrosos" tales como: ácidos grasos trans, sodio, pesticidas, entre otros, los cuales representan una amenaza para la nutrición humana. De este modo, seleccionar alimentos se torna una tarea cada vez más compleja e implica la necesidad de la consulta permanente hacia el profesional. No alcanza con comer, hay que adquirir alimentos saludables, que ayuden a evitar el riesgo de enfermar y mantener cuerpos perfectos.

Consecuente a este modelo, se expanden los límites del cerco medicalizador, tomando al cuerpo como objeto de estudio y a los alimentos para expandir la red de poder de la estrategia de lo saludable, cada actividad de la vida cotidiana será vista desde su efecto en la biología humana.

Actualmente algunos autores hablan del concepto de medicalización de la alimentación y los alimentos, lo cual merece ser tratado en este capítulo.

Medicalización de los alimentos

Con el desarrollo de las diferentes estrategias mundiales tanto de la FAO como la OMS, se generan procesos de tecnificación y apropiación absoluta de aspectos vinculados a nutrición y alimentación. La investigación científica en su expresión paroxística se adueña de los alimentos y la salud logrando cada vez mayor especificidad y asociando cada componente de la dieta con determina enfermedad, llevando el proceso de medicalización hacia los alimentos. (De Domingo, Bartolomé, López Guzmán , 2014; Rodríguez Zoya, . 2005 y 2008)

El concepto de medicamentación de los alimentos y la medicalización de la alimentación se diferencian en relación a su objeto de intervención , mientras el segundo apunta a la practica de comer y el entorno, el primero se relaciona a la relación alimento salud y la visión de estos como parte del acervo de” medicamentos naturales“. De esto modo, Rodriguez nos dice:

...la medicalización de la alimentación y la *medicamentación* de los alimentos. El primero apunta a la medicalización de la práctica del comer y alimentarse como dimensión primordial de la condición humana y de la vida cotidiana; mientras que el segundo consiste en que los alimentos son concebidos, promovidos o administrados como medios para la optimización de diversas funciones orgánicas, tal como si fueran medicamentos. En este sentido, la selección y el consumo de alimentos se organizan por

razones de orden médico nutricional más que por motivos pragmáticos, simbólicos o sociales. Finalmente, se presenta el concepto de medicalización alimentaria como una categoría de mayor nivel de abstracción que permite articular los dos fenómenos precedentes.

(Rodríguez Z,2015,p.205)

Al decir de Rodríguez, para la sociedad actual la alimentación termina siendo vista como un acto médico, por lo cual el saber experto es la autoridad. Las decisiones sobre lo permitido y lo prohibido se gestan desde la ciencia médica ejerciendo el control en la niñez a través de la construcción de sujetos saludables, regulando mediante legislaciones para que las niñas y los niños alcancen la alimentación saludable que los mantenga lejos del riesgo.

Este proceso medicalizador, configura nichos de mercado, los cuales son utilizados por la industria de los alimentos, los medios de comunicación masiva y las redes sociales. La información se transforma en “modas “sobre alimentación y nuevos productos para todas las necesidades del consumidor. Por lo tanto, contamos con mayor cantidad de productos “saludables” en las góndolas de los supermercados, para mantenernos sanos y activos. (Rodriguez, 2008)

Como se menciona antes, el modelo de alimentación vigente, es parte de la sociedad de consumo por lo tanto también tiene una estrecha vinculación con la Organización Mundial de Comercio dado que opera en el mercado de alimentos y de salud. En este sentido, la FAO, representa una entidad legitimadora, construyendo en base a su

poder la regulación y definición de los alimentos por intermedio del Codex Alimentario.¹⁰

El Codex establece comisiones locales en cada país , de las mismas participan diversos actores como : profesionales de las instituciones de control de alimentos, académicos, cámara de industria y los consumidores. En base a los consensos de esas reuniones locales, se instrumentan asambleas y cada país intenta incidir en la regulación de los alimentos. Este tipo de mecanismos, tiende a solapar las redes de poder existentes, dado que no siempre se explicitan los intereses económicos de quienes invierten millones de dólares, con el fin de desarrollar nuevos productos adaptados a estas necesidades , creadas e impuestas por el mercado. Dichas acciones se ven opacadas,bajo la mirada de la salud como el principal cometido a proteger.

Esta visión aséptica, no permite visualizar, las redes de poder existentes en la regulación y comercialización de alimentos y el rol que cumple cada integrante de las comisiones, los cuales no son imparciales necesariamente.

En ese sentido, tanto la FAO como la OMS terminan generando regulaciones de las medicinas y los alimentos a nivel mundial en el marco de disputas de poder en los mercados. Así como la OMS genera su concepción de salud y dispositivos de clasificación, la FAO genera el control de los alimentos a través del Codex, y construye definiciones como la de seguridad alimentaria:

...a nivel de individuo, hogar, nación y global,
se consigue cuando todas las personas, en
todo momento, tienen acceso físico y

¹⁰ El Codex, o código alimentario , fue establecido por la FAO en 1963, esté reúne normas alimentarias con el fin de fiscalizar la comercialización bajo la premisa principal de proteger al consumidor(FAO)

económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana...

(FAO, 2011p.2)

La FAO se posiciona como el organismo que vela por erradicar el hambre y la desnutrición en el mundo, consecuentemente mantiene en su definición de seguridad alimentaria una visión idealista que plantea para todas las personas un acceso físico y económico a los alimentos. Tal fin de compleja resolución, termina siendo un slogan, para fondos concursables que difunden mensajes que no llegan a toda la población, en cierto sentido se mantiene la lógica de asistir a las poblaciones con inseguridad alimentaria, pero sin afectar al funcionamiento del sistema de distribución de las riquezas. (Muñoz-Sánchez & Pérez Flores, 2015)

Por otro lado, el concepto de seguridad alimentaria permite clasificar desde una relación asimétrica a los países y por lo tanto habilita también a generar nuevos sistemas de producción como la biotecnología o la nanotecnología para garantizar la seguridad alimentaria, sin considerar la sustentabilidad e impacto de estas formas de producción habilitadas por el saber científico. (Vivas,2008; Rodríguez, P.2015; Del Castillo, Patiño y Herrán, 2012)

Las nuevas formas de producción generan alimentos hechos a la medida del consumidor, las grandes multinacionales poseen las patentes y controlan los mercados de alimentos, incrementando la red de poder y utilizando el concepto de saludable para enmascarar los verdaderos fines de recaudar. (Vivas,2008)

Constantemente, se aprecia en la publicidad el destaque de las propiedades de los nutrientes, generándose disputas en la industria

alimentaria por el liderazgo y orientando sus campañas masivas en base a la alimentación saludable. Al respecto se adicionan constituyentes para crear productos para nuevas necesidades, las cuales conforme avanza la investigación se ven modificadas con mayor frecuencia.

Por lo tanto, los alimentos se producen y comercializan en el marco del modelo saludable, alineándose la industria a este discurso y tomándolo como plataforma para sus estrategias de marketing.

Como ejemplo de ciencia y nutrición, tenemos el desarrollo del concepto de alimento funcional¹¹, la industria de alimentos, ha perfeccionado productos con agregados de nutrientes que tienen beneficios para la salud, desde el punto de vista biológico. La industria láctea, es un referente en la materia, apreciándose esto en las góndolas de los supermercados observándose diferentes tipos de leches, postres lácteos y yogures con agregado de ácidos grasos de la familia omega 3, fibra alimentaria, fitoesteroles, vitaminas, entre otros. El proceso industrializador, ha generado una gran diversidad de alimentos, haciendo cada vez más variada la oferta de productos lácteos saludables para el consumidor. (De Domingo, Bartolomé, López Guzmán , 2014; Rodríguez, P. 2005 y 2008)

En base a lo expuesto y tomando las conceptualizaciones de Rodríguez Zoya, afirmamos que estamos ante un proceso en el cual se dan los fenómenos de medicamentación de los alimentos y medicalización de la alimentación, por lo cual conforme avanza la ciencia, la propia industria produce, ejecuta y promociona productos saludables generando un campo en disputa para posicionarse como líder en alimentación y nutrición. En este contexto, las empresas de

¹¹ Si bien no existe un consenso entre la definición de alimento funcional , este se puede resumir en aquel que presenta algún constituyente que presente beneficios para la salud demostrados mediante evidencia científica.(Serra Majen, Aranceta 2008)

alimentos tienen como estrategia concurrir a escuelas para difundir mensajes saludables y buenos hábitos, solapando el verdadero fin de promocionar y vender sus productos para una adherencia a su marca en los niños y las niñas.

Modelo de Alimentación Saludable en el contexto mundial

Luego de consolidarse como estrategia global, el Modelo de Alimentación Saludable comienza a expandirse ante la realidad epidemiológica de los países del Norte; en este sentido la OMS genera una serie de documentos técnicos sobre las ECNT asociadas a los estilos de vida y la alimentación poco saludable. (Muñoz-Sánchez & Pérez Flores, 2015).

Desde una visión epidemiológica, estas patologías se han vuelto la justificación de las políticas sanitarias para promocionar hábitos alimentarios saludables. La carga de ECNT, comienza a ser el eje del discurso, que posiciona a la alimentación como protagonista de las campañas de promoción de salud a nivel mundial. (OMS, 2010)

En la década del 90, para fomentar y uniformizar a nivel mundial un Modelo de Alimentación Saludable, se realiza una Convención Internacional sobre alimentación en Roma (1992), la misma extiende la preocupación de trabajar internacionalmente estos temas y en 1995 una consulta mixta entre FAO/OMS propone la creación de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABAs¹²) como herramientas para trabajar la alimentación y la nutrición en la población. Estos tipos

¹² Las guías de alimentos son mensajes destinados a la población en general con el fin de fomentar hábitos saludables que principalmente son alimentación saludable y ejercicio físico. Este modelo de estilo de vida saludable se socializa mediante iconos gráficos y recomendaciones de porciones para la población según la etapa del ciclo vital.

de políticas sanitarias, surgen de los Estados Unidos quien en 1992 establece la primera pirámide de alimentos, icono gráfico de la alimentación saludable. (Rodríguez Zoya, 2008,2015) Este impulso es tomado a nivel internacional configurando a las GABAs como la principal estrategia internacional implementada en las campañas sobre alimentación saludable. La evolución histórica de la FAO y la OMS generan el escenario globalizado que sostiene conceptualmente junto al sistema capital un Modelo de Alimentación Saludable, en un complejo entramado social.

Sin embargo, la política de las GABAs, no ha generado los resultados esperados, en el año 2000 la OMS genera un documento de trabajo que posiciona a las enfermedades crónicas no transmisibles como principal problemática a ser abordada.

La obesidad, enfermedad que se puede iniciar desde la infancia, es considerada un problema de salud pública tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. Desde 1997 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo notar sobre la epidemia y advirtió que, si no se hacía algo al respecto, millones de personas a nivel mundial estarían en riesgo de sufrir enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, aterosclerosis, enfermedad cardiovascular, etc.) y que esto traería un alto impacto en la morbilidad y mortalidad”

(OMS, 2000,p.5)

La OMS, en la declaración citada advierte sobre la situación epidemiológica actual, pero pese a eso las cifras de las ECNT siguen en aumento.

Ante esta situación las organizaciones responsables de salud y alimentación a nivel mundial, han venido modificando sus estrategias mediante el fomento de estilos de vida saludable. Estas campañas basan su accionar en una alimentación sana y ejercicio físico; las estrategias son llevadas de manera global y aplicada indistintamente en todas las clases sociales.(Muñoz-Sánchez & Pérez Flores, 2015)

El Modelo de Alimentación Saludable, se posiciona desde un paradigma biológico de la salud, planteando una política de control en relación a la producción, comercio y consumo de alimentos, construyendo un nicho de mercado para las ofertas de comidas saludables. En este sentido, la alimentación saludable genera brechas entre quienes pueden sustentar estos estilos de vida, propios de las clases dominantes, quienes toman al modelo para controlar las prácticas alimentarias de las clases pobres.

De esta forma, el Modelo de Alimentación Saludable conceptualmente, es un sistema que se retroalimenta y sustenta en el saber científico, validándose desde los sectores de clase alta y aplicándose sobre toda la sociedad como forma de normalizar la alimentación. En este sentido, la alimentación saludable termina siendo banalizada e impuesta como una moda a un determinado costo, por lo cual el acceso a comer saludable, termina siendo económico. (Barrán 1989, Bustelo 2007) A modo de ejemplo, podemos evidenciar algunos mecanismos de control de las políticas públicas de alimentación, como es el caso de la tarjeta alimentaria, la cual fomenta el consumo de alimentos saludables y permite controlar las adquisiciones de la población beneficiaria (INDA ,2012) Al

construirse un esperado de lo que se debe comer, se controla lo que adquieren los sectores pobres de la sociedad, siendo vedada la adquisición de productos no saludables.

En este sentido, con el avance de la tecnología surgen nuevas formas de controlar y ampliar el cerco medicalizador. La nutrición vinculada a la genética, permite actualmente el diseño y desarrollo de alimentos a medida del consumidor, nuevas tecnologías que bajo un discurso mesiánico pretenden ser la solución para mejorar la salud y reducir el hambre. Estamos ante la expresión paroxística del Modelo de Alimentación Saludable, las formas de producción son controladas con la aplicación de nuevas tecnologías y validado desde en un discurso médico sobre lo saludable. Desde este enfoque, la visión de cuerpo como ente biológico, cobra interés para ser abordado por las diversas disciplinas de la medicina. (Aparecida, 2013;Vivas,2008; García-Arnaiz,2007)

De lo planteado con anterioridad, surge la necesidad de ahondar en los modelos de salud presentes en las bases conceptuales del proceso medicalizador. Para tal desarrollo, se realiza una reseña de aquellos autores que han problematizado las diferentes visiones de salud como concepto que trascienda lo referente al cuerpo como ente biológico.

Concepciones de salud del modelo alimentario.

El Modelo de Alimentación Saludable, como paradigma imperante, presenta una construcción y proyección por la cual predomina un concepto de salud, sustentado en un sistema de producción, siendo lo saludable un bien de consumo, traducido en los alimentos como una gran oferta de productos acordes a las necesidades.

Perseguir un cuerpo perfecto, no enfermar y ser longevos son parte de las metas a cumplir en la sociedad actual. Para alcanzar estos objetivos las empresas de alimentos contribuyen con sus productos saludables. En este sentido, el mercado termina produciendo un estilo de vida moderno, para quienes son parte de la sociedad, pensando en la salud individual por sobre la colectiva.

Algunos autores como Enrique Saforcada (Argentina) y Manuel Menéndez (México) han problematizado sobre los paradigmas de salud y el Modelo Médico Hegemónico, planteando la necesidad de pensar alternativas para rediscutir la salud como algo integral, que considere al sujeto y los procesos de subjetivación, así como la producción de salud. De este modo, surge desde una perspectiva latinoamericana el Modelo Social Expansivo, que tiene como premisa la necesidad de considerar los derechos de los sujetos y las interacciones con el medio; asumiendo una construcción social de las enfermedades. La salud no es algo inherente al cuerpo humano solamente; considerar las relaciones sociales, las redes de sostén, la familia y los comportamientos de las personas y colectivos son parte de la producción de salud, teniendo en cuenta la libertad de los sujetos en sus prácticas. Es decir, respetando la autonomía de los individuos y colectivos en relación a sus creencias y actitudes frente a la visión médica.

El Modelo Social Expansivo, ha sido acuñado por autores como Menéndez en México, Saforcada en Argentina y Morales Calatayud en Cuba, quienes lo desarrollan conceptualmente asumiendo las limitantes de los modelos Médico Hegemónico y Epidemiológico los cuales no logran abordar la complejidad de las problemáticas de salud. (Menéndez,1992; Blanco Abarca y Díaz,2005; Morales Clatayud,2012)

Por lo tanto, necesitamos visualizar al ser humano en la comunidad desde una perspectiva amplia, que trasciendan las estadísticas de sobrepeso y obesidad. Resulta insoslayable considerar las vivencias y experiencias de las personas en la construcción de su alimentación, y no pensar en un ser aséptico que está subordinado al saber científico. De poco sirven las intervenciones parcializadas en la práctica, si no son entendidos en un marco integral, es decir desde una perspectiva que entienda los fenómenos como algo multicausal en el cual existen fenómenos complejos que deben ser analizados. El paradigma médico hegemónico descrito por Menéndez, se caracteriza ser pensado desde las prácticas de atención de los profesionales y administrativos y ser aceptado en mayor o menor grado por las poblaciones; se destaca como sus principales expresiones: ser biologicista e individualista del problema de salud dejando excluido al usuario del acceso a conocimientos. (Menéndez, 1992). En consecuencia, las prácticas de este modelo, se basan principalmente en el estudio del cuerpo, mediante los diagnósticos de salud, que se centran en una visión de lo anatómico despojado de la persona. El estudio del cuerpo, como se menciona en el capítulo anterior, ha implicado para ciencia despojar al mismo de otros aspectos para estudiar y analizar la fisiología.

Por otro lado, el Modelo Social Expansivo, se caracteriza por la participación de la comunidad en las políticas y programas locales de salud, teniendo un enfoque de derechos, esto implica ver la salud

como participación social tomando lo cultural y su valor en este proceso. Este tipo de propuestas se evidencian en comunidades, en tal sentido, la gestión sanitaria cuenta con la participación de la sociedad a través de los movimientos de usuarios de salud, las redes temáticas, las policlínicas barriales, los agentes comunitarios, entre otros. De esta forma la comunidad pasa a tener un rol protagónico en el desarrollo local de salud dejando de ser un objeto de la política de sanitaria. (Weinsten,1976)

Para el desarrollo de esta tesis, se entiende necesario analizar la realidad sanitaria desde un Modelo Social Expansivo, para pensar y poner en evidencia los múltiples factores que operan y constituyen la situación alimentario-nutricional de la sociedad actual. El posicionamiento desde un modelo de salud u otro, cobra gran importancia en el caso de la infancia debido a que la relación paciente / profesional es aún más distante, lo cual genera ,en ocasiones que los niños y las niñas sean configurados y naturalizados como objetos no pensantes. (Lewkowicz, 2013).

En base a los modelos expuestos, podemos inferir que los abordajes del modelo de alimentación son parte una práctica médica hegemónica que trabaja en la infancia para tomarla como objeto de estudio. Este tipo de modelos, implican entonces el generar practicas normalizadoras relativas a la nutrición y el cuidado del cuerpo, para controlar de esta forma la alimentación desde la gestación hasta el recreo escolar.

Modelo de Alimentación Saludable en Uruguay.

El concepto de alimentación saludable, como una construcción formalizada e institucionalizada tiene como referencia la creación de las primeras Escuelas de Dietética en América del Sur, el pionero de la nutrición fue el Dr. Pedro Escudero. Este médico argentino, en 1928 crea la Cátedra de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires, originando en 1933 la primera carrera de dietista en América Latina, a su vez funda en 1941 la Asociación Argentina de Nutrición. Otro de sus aportes a la nutrición humana, fue su ley para una buena alimentación con 4 principios básicos: calidad, cantidad, armonía y adecuación. Este postulado parte de una visión biológica de la nutrición, es decir como función vital; considera la alimentación como un acto médico para mantener la salud, desestimando otros aspectos como lo social del comer y que van más allá de las funciones biológicas del cuerpo.

En nuestro país el proceso de construcción de la nutrición como disciplina y la posterior medicalización de la alimentación tiene un importante desarrollo en las primeras décadas del siglo XX. En el año 1912 el Dr. Justo González dirige el Consejo Nacional de Higiene, entidad que comienza a dar importancia a la alimentación en la sociedad. En 1912, Uruguay participa del “Congreso Internacional de Higiene Alimenticia y de la Alimentación Racional del Hombre”, en Bruselas, destacándose como resoluciones de evento hechos que marcan la intervención de la medicina en la alimentación y la necesidad del Estado de buscar dispositivos de control de esta actividad.

...la necesidad de medicalizar el arte culinario
que, de puramente empírico, debería

convertirse en racional, lógico, y científico. Se le asignaba a la escuela pública y a la prensa tarea de “enseñar a la sociedad y sobre todo a las clases populares un curso completo de higiene alimenticia y alimentación racional”, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población.

(González,J. en Bragaña 2008,p.27)

En el discurso del Dr. Justo González, se evidencia la necesidad que existía a principios del siglo XX, de concebir la alimentación como un acto médico, adjudicándole el poder de control de la misma, al Consejo Nacional de Higiene, mediante el cual el Estado comenzará a regular y controlar este acto de la vida cotidiana.

Esta construcción biológica de la alimentación se refleja también en los dichos del Dr. Santin Carlos Rossi, el cual en 1919 postula el concepto de moral nutritiva definiéndola como:

...en alimentación no es el deseo, ni siquiera el apetito del hombre lo que debe dominar la elección de los alimentos, sino las exigencias de las células. Así, un individuo que sienta deseo de manjares apetecibles y pueda satisfacer sus deseos, debe esperar a que sus tejidos se desequilibren (...) Había pues una moral nutritiva que obliga a la sobriedad y a la justicia distributiva bajo pena de sufrimiento...

(Santin C. R., en Bragaña 2008,p.28)

La alimentación como mecanismo de control sobre los sectores pobres queda de manifiesto en estas frases, se recalca la función del

alimento y la necesidad de restringir el “deseo”. Según Barrán, las clases trabajadoras, mantenían prácticas alimentarias, con un predominio del consumo de diversos alimentos considerados poco saludables y el alcohol. En este sentido, existía la necesidad de los sectores dominantes de generar modelos de alimentación en los cuales primara el saber por sobre el placer.(Barrán,2005)

Existe un correlato entre los discursos médicos de la época y los planteos de Barrán sobre el control del pueblo, las clases más favorecidas socioeconómicamente, buscan formas de dominar a las clases pobres, vetándole los placeres y adoctrinando a través de la moral.

En concordancia con lo anterior, en el año 1930 se crea la Comisión Nacional de Alimentación Correcta del Pueblo, presidida por el Dr. Justo González, esto puede considerarse, un primer intento de instalar el concepto de alimentación saludable, que se constituye unas cuantas décadas más tarde. (Bragaña,2008)

El proceso de institucionalización de la alimentación, que estaba en la órbita familiar, es objeto de estudio de la ciencia para pasar a estatalizarse como estrategia biopolítica. Durante esa consolidación, se da otro hecho significativo cuando en 1930, la Dra. María Luisa Saldún, realiza un primer estudio de alimentación en 102 niños y niñas montevideanos pobres. (Bragaña,2008) Los datos del estudio describían una situación en la cual predominaba la desnutrición, una inadecuada calidad de alimentos y carencia de nutrientes entre otros aspectos. Ante esta situación se crea una “Comisión de Señoras “para contribuir a dar consejos sobre cuidados a los niños y niñas, bajo la tutela de la figura del pediatra. Este precedente establece uno de los cimientos para la profesión de dietista, la cual, como

subsidiaria de la medicina, tendría como encomienda una década más tarde administrar la alimentación. (Bragaña,2008)

Para el año 1937 derivada de la Comisión Nacional de Alimentación Correcta del Pueblo, se crea el Instituto de Alimentación Científica del Pueblo, que pasa a denominarse en 1942 Instituto Nacional de Alimentación (INDA). Este instituto tiene su origen en brindar en base al conocimiento científico disponible, una forma racional de alimentar al pueblo, así como también se asistió a los sectores pobres con alimentos.

En el plano de la academia, en 1945 el Dr. Alberto Munilla crea el curso de dietista dependiente de la Cátedra de Gastroenterología y Nutrición, comenzando sus cursos el 5 de agosto de ese año, bajo la dirección del Prof. Dr. Benigno Varela Fuentes.

De este modo, la Universidad de la República inicia la formación de recursos humanos dedicados a fomentar la alimentación adecuada en la población, con la meta de normalizar el consumo de alimentos a nivel institucional (hospitales principalmente).

En esta primera etapa se hace énfasis en la relevancia de la nutrición en los tratamientos clínicos, y en la hospitalización. La carrera de dietista de la Cátedra de Gastroenterología y Nutrición, mantiene una constante evolución hasta convertirse en Escuela de Nutrición y Dietética dependiente de la Facultad de Medicina. La creación de la profesión de nutricionista puede ser vista como parte de la construcción y desarrollo del Modelo de Alimentación Saludable, dado que esta profesión, trabajará dinamizando dicho modelo mediante los programas y políticas globalizadas de la FAO y la OMS.

En este sentido, se crean propuestas tendientes a reafirmar la importancia para la salud de una dieta equilibrada.

El surgimiento de esta carrera se sitúa en pleno auge de salud y alimentación, en la sociedad de posguerra. En este marco, en el año 1948, la ciudad de Montevideo da lugar a la Primera Conferencia Latinoamérica de Nutrición. Dicho evento, es coincidente con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, otorgando una jerarquía jurídica sobre la alimentación, legitimando de este modo su poder desde la salud y medicina.

Para 1962, se realiza una “Primera Encuesta Clínico Nutricional y Alimentaria”, organizada por el Ministerio de Salud, se incorporan dietistas como parte del equipo de trabajo de campo. Dicha encuesta es financiada por el Comité Interdepartamental de Nutrición para la Defensa Nacional de los Estados Unidos de Norteamérica (ICNND), este tipo de proyectos, representan la lógica de vigilancia epidemiológica del Modelo de Alimentación Saludable, con sus formas de cuantificar y obtener información sobre la alimentación de los países en vías de desarrollo para normalizar la alimentación.

Como se menciona antes, contar con datos, permite construir indicadores para clasificar a los países y obtener información para globalizar estrategias y generar formas de control de la producción de alimentos. De esta forma, se sistematiza información de varios países, con el fin de generar estudios multicéntricos característicos de la FAO y la OMS.

En consecuencia, la encuesta realizada en 1962, utiliza como patrón de clasificación de “normalidad” las recomendaciones de Estados Unidos sobre requerimientos nutricionales, construyendo así la categoría de lo esperable y “saludable” desde la una visión biologicista la cual se imponen sobre los países en desarrollo. (Bragaña,2008)

En el año 1975, plena intervención cívico-militar en nuestro país, la FAO a través de un proyecto, contribuye a la mejora de la infraestructura de la Escuela de Nutrición y Dietética. En este sentido, se identifica el fuerte nexo entre los organismos internacionales y el desarrollo de un modelo que se impuso en nuestro país. Conforme avanza el desarrollo de la profesión de nutricionista, la misma se destaca por racionalizar la alimentación de la población en base al conocimiento científico disponible.

Con el paso de las décadas y el avance de la ciencia, se genera una mayor producción científica tanto a nivel internacional como nacional que contribuyen a retroalimentar al Modelo de Alimentación Saludable.

De esta forma en 1992 surge el concepto de guías alimentarias basadas en alimentos(GABAS) y pirámide nutricional en un contexto de expansión de las políticas de salud. En este proceso la Escuela de Nutrición y Dietética, el Instituto Nacional de Alimentación y el Programa de Nutrición del Ministerio de Salud, tiene un rol fundamental en la construcción para nuestro país del estilo de vida saludable.(FAO, 2002)

Como se mencionó antes, las GABAS son estrategias financiadas por proyectos internacionales para implementar la alimentación saludable en varios países.

En Uruguay, el proceso de lanzamiento de su primer guía alimentaria llevó diez años. Se realizó en el año 2005 la presentación desde el MSP, de la primer guía de alimentos y en el año 2016 la segunda. (MSP, 2005)

En concordancia con lo anterior, se visualiza a la Facultad de Medicina, la Escuela de Nutrición, el INDA y el Ministerio de Salud como los actores claves en la consolidación del Modelo de Alimentación

Saludable en Uruguay, aportando desde sus respectivos roles a una validación del discurso médico -nutricional en el país.

El Modelo de Alimentación Saludable, controla todo lo relativo a alimentación tomando todas las etapas del ciclo vital, desde la concepción, el nacimiento hasta el adulto mayor, estableciendo a niños y niñas como uno de sus campos de intervención.

En este sentido, el modelo vigente en Uruguay es consolidado desde el saber científico, está presente en la agenda pública, y es afianzado a través de la reglamentación a diversos niveles, con leyes y decretos que tienden a regular y controlar la alimentación en la vida cotidiana.

Este modelo procura mediante mensajes sobre estilos de vida saludables, cambiar hábitos perjudiciales para la salud, dando consejos para mantenerse sano, activo y sobre todo productivo. Controlar los cuerpos, a través de un estándar de belleza, imponer mediante un discurso médico la vida saludable para obtener cuerpos vigorosos, que puedan consumir para mantenerse sanos o en su defecto hacerlo para alcanzar un cuerpo adaptado a las pautas socialmente aceptadas. Lo anterior expuesto a su vez debe darse en el marco de la inmediatez y la fluidez, es decir sin esfuerzo y sin caer en estructura o patrones de alimentación, ya no alcanza con la dieta, hay que tener un estilo de vida saludable. (Martinez, 2014)

En síntesis, la vida saludable, está vigente a nivel mundial y enlazado a los fenómenos de medicalización de la sociedad y de la alimentación, se solapan diversos intereses en pro de la mejora de la calidad de vida, de todos. La alimentación, es un complejo campo, para la cual cada parte tiene intereses diferentes, pero conviviendo de manera simbiótica . La industria de los alimentos, procurando no perder ventas y consumidores, buscará alinearse al discurso de lo saludable, por un lado, ofertando productos amigables a esta

estrategia y por otro lado brindando alimentos “prohibidos” a bajos costos. A su vez los profesionales de la salud, venderán sus imágenes para dar la tranquilidad a los consumidores que determinado alimento es recomendable para una vida activa. Por último, y no menos importante en este modelo nos queda la infancia , una población subordinada al mundo adulto en los centros escolares. Pese a ello, las niñas y los niños son la esperanza de mejorar nuestros hábitos alimentarios , pgra tal fin surge en el año 2013, la Ley 19.140 , bajo el rigor del Modelo de Alimentación Saludable.

Implicancias del Modelo de alimentación vigente.

La infancia como futuro saludable

Como se mencionó antes, la alimentación tiene un rol central en la vida moderna, el consumidor procura buscar alimentos cada vez más saludables y evitar de esta forma el riesgo de enfermar. En este sentido el Modelo de Alimentación Saludable, construido por el mundo adulto, busca emancipar a la sociedad portadora de ECNT, mediante la generación de futuros adultos sanos. Esta situación, configura un primer problema sobre la infancia, el cual refiere a la visión de los niños y niñas como futuro. Dejan de ser una categoría social propiamente dicha, para pasar a ser en este caso un campo de acción de un modelo que busca adeptos en su causa.

Para cuidar el futuro de un país, en otros términos, su población económicamente activa, es necesario empezar en la niñez, imponiendo desde lo institucional estilos de vida saludables y nada mejor que para su promoción que la infancia como conciencia y promotora salud de los adultos. (Leopold, 2014)

La infancia históricamente ha sido abordada desde la medicina y otras disciplinas , siendo por excelencia la población objetivo para fomentar y trabajar determinados hábitos de salud. Niñas y niños son el objeto de las instituciones estatales como la escuela, las policlínicas, entre otras, que forman el dispositivo biopolítico que controla desde la gestación hasta su desarrollo y crecimiento¹³.

El Modelo de Alimentación Saludable, toma la infancia desde un proceso medicalizador en la búsqueda de normalizar a esta categoría social. Por lo tanto, se superponen varias visiones sobre lo que es un niño o una niña y sobre lo que se espera de ellos. De esta forma las instituciones, particularmente la escuela, debe producir, alumnos que sean promotores de salud para poder llevar el mensaje a las familias. (Lewkcowicz, 2013)

Como se expuso anteriormente, en la actualidad se maneja información pormenorizada de los efectos de los alimentos en la salud, generándose productos adaptados a las nuevas formas de vida; ejemplo de esto son los productos adicionados con vitaminas y minerales que permitan el desempeño acorde a las exigencias de la vida moderna. En niños y niñas, este proceso es aún más exacerbado dado que son un público excelente para el fomento del consumo directo e indirecto. (Bustelo, 2007)

En base a las tecnologías actuales, la infancia puede ser la expresión de ideal del mundo adulto. Con el desarrollo de la biotecnología se consigue saber con anterioridad fallas a nivel de los genes, esto abre un abanico de oportunidades para los investigadores. Es posible así, producir una nueva infancia, una perfecta, en la cual los genes sean reprogramados para obtener niños y niñas genéticamente

¹³ En Uruguay existen programas de captación temprana del embarazo con el fin de prevenir y monitorear el desarrollo integral de niñas y niños. Algunos de estos son focalizados (Programa Aduana) y otros generales como es el caso de las normas y pautas establecidas en el carné de control pediátrico.

modificados. Este conjunto de técnicas que lleva años de producción científica y miles de millones de dólares, es la expresión paroxística del proceso medicalizador. En consecuencia, producir una infancia adaptada al “consumidor” es cada vez más cercano, no solo en lo social sino también en lo biológico.(Bustelo, 2007)

Al existir los conocimientos para programar genéticamente a los seres humanos, se disparan una serie de cuestionamientos que escapan al cometido de esta tesis, pero sirven para argumentar la visión de infancia como futuro y deseo de padres y madres. Una nueva sociedad puede emerger para acoplarse a la sociedad de riesgo. La modificación genética permitirá eliminar riesgos de enfermar y a su vez aportar habilidades a la descendencia. En el mismo sentido, se pueden lograr estilos de vida saludables, suprimiendo los genes que promueven consumo de alimentos nocivos, logrando una nueva era en la cual la vida será “genéticamente saludable.” (Bustelo, 2007; Zizek,2003)

Alimentación e infancia

El acto de alimentar a un niño/a se convierte en una de las primeras pautas a incorporar en la vida cotidiana de la familia. Desde el embarazo hasta el nacimiento existen un sinnúmero de producciones que establecen criterios claves en base a la evidencia científica para recomendar modelos alimentarios. Estos se fundan, en el mantenimiento de una alimentación “saludable “que permite un óptimo desarrollo desde el punto de vista biológico.

En consecuencia, los niños y niñas son parte del proceso medicalizador, siendo monitoreados por una serie de dispositivos del

ámbito de la salud, tales como los programas o regulaciones que atienden la primera infancia (Uruguay Crece Contigo, Carne de control de salud del niño y la niña Decreto 542/007). Dichas intervenciones, ya sean universales o focalizadas, implica una normalización de la infancia apuntando también a la alimentación dentro de sus objetivos.

En este sentido, el Modelo de Alimentación Saludable, toma a la infancia como objeto de estudio y promoción de la salud, primando el enfoque de “sujeto sujetado” a los dispositivos por sobre el de sujeto de derecho. Es decir, se diagnostica la situación de salud de la infancia (sobrepeso y obesidad), se generan categorías esperadas (normalidad); se construyen indicadores para ser alcanzados mediante la implementación de las políticas de salud en infancia.

Ante lo expuesto, podemos apelar a debatir algunas cuestiones soslayadas u omitidas desde los procesos de regulación sanitaria, dado que el quehacer cotidiano no siempre se dan espacios para la interacción dialógica que habilite repensar las lógicas operantes desde el sector salud, posicionando a la niñez como un sujeto de derecho efectivo.

La alimentación como acto de la vida cotidiana, es de alta complejidad dado que incluye aspectos sociales, culturales y económicos. Los mismos, no deben escapar en los análisis que intenten buscar otras formas de trabajar prácticas alimentarias, fuera del cerco medicalizador. Es necesario considerar en la complejidad de la alimentación, las situaciones que subyacen de manera invisibilizada, manteniendo una visión integral y contextualizada en la sociedad de consumo.

Para intentar elucidar cuestiones como las planteadas anteriormente se recurrirá a un análisis reflexivo, que pretende vislumbrar

posicionamientos en relación a la alimentación infantil y a los aspectos menos visibles, pero no por ello menos importantes.

Proyectar la niñez como futuro, es la estrategia a seguir por el Modelo de Alimentación Saludable. El sustento del modelo implica una visión reduccionista de esta categoría social. Para moldear a niños y niñas desde esta perspectiva, es necesario la visión medicalizada para imponer la “moral de lo nutritivo”, generando una hipervigilancia por medio de regulaciones y controles en la infancia; y una sobreintervención desde las instituciones con el fin de optimizar su crecimiento .

Como se mencionó antes, la medicina históricamente ha generado una gran producción científica en relación al crecimiento y desarrollo en la niñez. Esta se caracteriza por objetivar y generar evidencia sobre los eventos, en este caso enfermedades o establecer parámetros de comportamiento esperado para la edad.

Si miramos bajo la luz del saber científico, en un modelo de salud higienista, estaremos también anulando a niños y niñas, desplazando en esta ocasión al alumno, al hijo, por el “enfermo”, “el obeso” o el “retraso de talla.” Nuevamente anulamos a la infancia para trabajar en una producción subjetiva que anula y objetiva al niño/a, exponiendo visiones que terminan siendo la representación validada de la infancia y por lo tanto justificadora de las intervenciones. (Lewcowicz, 2013)

Existe hoy, un cúmulo de saberes en relación a la alimentación que se difunden a gran paso a través las redes sociales tanto a nivel formal como informal. La gran cantidad de información disponible y las pautas de alimentación y publicaciones destinadas a la familia es variada, desde revistas destinadas a padres y madres, hasta portales de internet y material oficial de las autoridades sanitarias. El cambio

cultural ha implicado que los dispositivos de control social, ya no sean las instituciones solamente, hoy los medios masivos juegan su papel moldeando rápidamente a niños y niñas como seres de consumo. (Sibilia, P,2005 ; Bustelo, 2007)

El niño parece, como dije, de un lado como consumidor y de otro lado como generador de consumo de los padres. También desencadena compasión cuando es pobre y necesitado. Se satisface tanto la necesidad de consumir como la necesidad de expandir la producción comercial de empresas que se presentan como socialmente responsables con el objetivo de hacer un make-up institucional para mejorar sus ventas.

(Bustelo,E.2007,p.76)

En este marco ideológico, el Modelo de Alimentación Saludable, visualiza en la infancia promotores de consumo de estilos de vida saludables, llegando a captar a sus padres en esta lógica prevención.

Esto implica que diversos actores operen en el campo alimentario de la infancia, es decir desde el rol de una policlínica hasta el rol de los vecinos, padres, madres, otros cuidadores, los medios de comunicación, la escuela, el mercado y la industria alimentaria.

Ante esto es importante, considerar el rol que ocupa la niñez desde los diversos discursos, y como se articula esto en clave de salud.

Entre el consumo y la industria, ¿dónde queda la infancia?

Un actor ineludible del campo de la alimentación infantil es la industria alimentaria y su manejo en los medios de comunicación que son componentes determinantes en la construcción de la visión de infancia.

La industria de alimentos, es sin duda un de las más lucrativas y maneja un gran poder a nivel mundial, como consecuencia de la globalización grandes multinacionales acaparan el mercado de los alimentos ofreciendo productos para cada necesidad. (Vivas Esther, 2008)

La industria alimentaria, posee un gran control de los eslabones de la cadena productiva que va desde las semillas, fertilizantes, transformación, distribución, por lo cual las multinacionales de la industria consiguen grandes beneficios gracias a un modelo agroindustrial liberalizado y desregularizado. Este sistema cuenta con el apoyo de las élites políticas y de organismos internacionales que juegan en favor de los beneficios de estas empresas.(Vivas Esther, 2008)

“La supuesta “preocupación” por parte de estos gobiernos e instituciones (G8, Organización Mundial del Comercio, Banco Mundial, etc.), frente al aumento del precio de los alimentos básicos y su impacto en las poblaciones más desfavorecidas de los países del Sur, no ha hecho más que mostrar su profunda hipocresía respecto a un modelo

agrícola y alimentario que les reporta importantes beneficios económicos. Un modelo que es, a su vez, utilizado como instrumento imperialista de control político, económico y social por parte de las principales potencias económicas del Norte, como Estados Unidos y la Unión Europea (así como de sus multinacionales agroalimentarias), respecto a los países del Sur global,”

(Vivas,E. 2008,p.3)

Para Esther Vivas, la industria tiene una sola apuesta y es usar el poder que tiene en pos de seguir creciendo, el resto serán daños colaterales que el marketing y la responsabilidad social empresarial endulzarán.

En el mismo sentido, Bustelo en “El Recreo de la Infancia” (Bustelo, 2007) toma como ejemplo de marketing encubierto el Mac día Feliz, este ejemplo sobre la responsabilidad empresarial, demuestra cómo se logra disfrazar las intenciones lucrativas vendiendo y haciendo publicidad. Ante esto la sociedad queda anestesiada viendo como la “buena” cadena de comidas rápidas colabora con una causa que sensibiliza a la población.

La industria además es productora de gran parte de la información científica que se divulga directa e indirectamente, generando productos para las demandas impuestas y que raramente son cuestionados. En la infancia esto juega aún mayores desafíos dado que a través de múltiples estrategias de marketing logran seducir tanto a adultos como a niños, niñas y adolescentes con el fin de “mejorar la nutrición” o “entretener”. (Bustelo,2007)

La infancia es visualizada como un gran consumidor, reportando grandes ganancias a la industria que de manera silenciosa factura millones, pero sin dejar evidencia de los daños colaterales, como son las enfermedades causadas por el consumo abusivo de sus productos o la contaminación que se genera desde las industrias.

Por otro lado, el saber científico es parte de este sistema generando publicaciones académicas que validan que tal o cual nutriente es fundamental para luego ser utilizado como slogan publicitario. Empresas líderes en alimentación como Danone o Nestlé, son productoras desde sus propios equipos de innovación y desarrollo de publicaciones académicas avalando los beneficios de nutrientes. Como ejemplo del posicionamiento de estas multinacionales podemos ver lo siguiente:

En el ranking general recientemente realizado por el Índice de Acceso a la Nutrición (ATNI, por sus siglas en inglés), Nestlé se posicionó en el segundo lugar. Este estudio compara políticas, iniciativas y rendimientos relacionados con la nutrición en las empresas para fomentar la transparencia y las mejores prácticas. La publicación de los rankings se lleva a cabo cada dos años y es financiado por las fundaciones “Bill y Melinda Gates”, “Wellcome Trust” y “Children’s Investment Fund”. Además, es reconocido por la Organización Mundial de la Salud.

“Este reconocimiento es sumamente importante para Nestlé, ya que el foco de nuestra compañía ha estado puesto desde siempre en fomentar una alimentación saludable y ofrecer una mejor calidad de vida a todos los consumidores de los más de 190 países donde nos encontramos inmersos. Llevamos 150 años en el mundo y cada vez reafirmamos con más fuerza nuestro liderazgo en

Nutrición, Salud y Bienestar”, aseguró Francisco Frei, Gerente de Comunicaciones & Asuntos Corporativos de Nestlé Chile.

(Nestlé, web oficial Chile , abril 2016)

Las multinacionales de la alimentación, ofician de “juez y parte “en el campo de la infancia, por un lado, ofertando productos “Nutritivos” por otro generando campañas de alimentación saludable. Ante esta situación, es necesario realizar análisis desde las lógicas de poder, dado que en lo superficial corremos el riesgo de perder parte de la problemática de la alimentación.

Como se mencionó antes, es importante ir a lo profundo de los problemas alimentarios evitando “surfear” los problemas alimentarios, a decir de Bauman:

Se surfea más rápido de lo que se nada y además no es necesario sumergirse en la sustancia fluida por la cual (o sobre la cual, si uno es hábil navegante) uno se mueve. Cuando se surfea, el contacto con la sustancia nunca va más allá del nivel de la piel, y basta con una toalla para quitarse del cuerpo la potencial humedad

(Bauman;Z. 2004,p.189)

Desde esta perspectiva, se puede analizar el rol de las políticas y programas que abordan la alimentación de niños y niñas, mediante la implementación de talleres y actividades educativas en los centros de enseñanza. Este tipo de acciones, solapan la incidencia que tienen los tratados comerciales internacionales. Existe evidencia, que los mismos pueden repercutir en la salud de la población como la

incidencia de obesidad en México vinculadas a los tratados de libre comercio con Estados Unidos (Loria, E.,Salas,E.,2016)

Esto implica pensar la alimentación como un acto político, y no como una forma de regular la biología de los cuerpos, dejando espacios de construcción y generando capacidad de inclusión de lo cultural y lo económico en las practicas alimentarias de una región.

A la hora de enfocarse en la alimentación se debe considerar a su vez que los discursos del saber técnico llegan a veces sin posibilidades para ser decodificados plenamente. Es decir, para poder mantener una alimentación saludable es necesario consumir determinados productos, se oculta el propósito de lucro para exponerse como empresas que tratan de optimizar el crecimiento de niñas y niños. Las empresas de alimentos van acompasando los cambios de perfiles de los usuarios adaptando sus productos a las necesidades sentidas o impuestas a través de los medios de comunicación y las redes sociales. Se utiliza la información que se genera a nivel del mundo científico y se generan productos que son adaptados para la infancia. Ejemplo de esto son los productos lácteos con agregado de zinc, hierro o calcio, en este caso se utiliza información médica para validar el producto.

En diversas publicidades se apela a los profesionales de la salud, personajes de dibujos, personajes de los medios que consumen y avalan determinados alimentos. En la industria láctea, de refrescos, golosinas se generan nuevos productos y cada vez más saludables, con el fin de dar lo mejor a “nuestros” niños y niñas. Esta es la expresión paroxística del capitalismo infantil, se vende el problema para luego vender la solución quedando la industria alimentaria exenta de toda responsabilidad. (Bustelo, 2007)

Por otro lado, están surgiendo corrientes contrahegemónicas que plantean algunas interrogantes ante las empresas alimentarias y sus productos generando una nueva categorización como los alimentos ultraprocesados.¹⁴

Esta corriente académica, confronta indirectamente los intereses mercantiles y de manera directa se ha plantado como uno de los pocos movimientos que han podido cuestionar las ventas de los productos y su impacto en la salud.

Pese a problematizar el rol de la industria, se sigue en un marco medicalizador de control, prima la lógica de *“cambiamos todo para que todo permanezca igual”* (Bustelo,2007,p.37), aunque la Organización Panamericana de la Salud (OPS), plantee discursos contra productos de la industria, esta disputa sigue siendo en el plano de surfear, pero sin cambiar las estructuras fundamentales de un modelo.

Otro elemento de análisis es el hecho de que las empresas utilizan medios de comunicación en el cual el saber experto es el mediador, es decir las revistas técnicas destinadas para público en general en las cuales las empresas son sponsors. En este tipo de prensa se observan tips y consejos de todo tipo focalizados a los padres y madres con el fin de facilitar la vida. Esta puntualización, no es menor dado que las personas reciben una información sobre diversos aspectos y estas publicaciones son una forma ideal para validar un producto a través de la imagen de un profesional de un área determinada. Por lo tanto, se publica en una revista de saber vulgarizado la importancia de los prebióticos para la salud y esa misma revista es auspiciada por una empresa que vende esos

¹⁴ Los alimentos ultraprocesados es una categoría creada por Monteiro , investigador de Brasil que ha llevado en América Latina adelante un movimiento que deja en evidencia el rol de la industria y su impacto en la salud. (Monteiro, 2009)

productos. Este ejemplo, se puede evidenciar la revista “Nutriguia para todos”, la cual se caracteriza por reunir diversos profesionales de la salud, que informan sobre temas vinculados a la salud. (“ Nutriguia para todos”, Nro 75,2018)

En su tesis doctoral Leopold, nos plantea lo siguiente:

“Desde esta perspectiva, el saber experto procura dar respuesta a situaciones brevemente consignadas que lo interrogan acerca de pautas procedimentales referidas a «qué», «cómo», «cuándo», «cuáles», y «cuánto» hacer para resolver una situación definida como problemática o para desarrollar una iniciativa que con respecto a la infancia se entienda pertinente. “

(Leopold,S. 2014,p.123)

La autora realizó una serie de análisis de revistas no académicas con artículos escritos por profesionales, con el fin de identificar las pautas que existen en la infancia y que estas pueden influenciar indirectamente a cuidadores , nada queda librado al azar. Cabe cuestionar el rol de la industria en este tipo de revistas, posicionándose en la construcción de conceptos arraigados en la población y a su vez utilizados por las empresas para asociar sus productos a la alimentación sana. Sin embargo, ninguna empresa va a solucionar los problemas alimentarios, escapa a sus fines reales, que son otros y edificados en la lógica del mercado. Las empresas compiten por ser líderes en el campo de la alimentación y nutrición y de esta forma incrementar sus ganancias.

Las personas consumen varios alimentos que no son nutricionalmente acordes y en ese consumo existen múltiples factores que influyen en

su selección, abarcando desde lo placentero, lo social y lo comunicacional entre otros.

La alimentación en base a los productos nutricionalmente desbalanceados, conllevan al sobrepeso y la obesidad en la niñez, repercutiendo aún más en las familias de bajos recursos, prima el consumo de alimentos ultraprocesados con baja calidad de nutrientes y costos mínimos. Ante esta situación se configura escenario en el cual coexisten y se ofrecen estilos de vida saludable para quienes pueden pagarlo y en consonancia productos diferenciados como los vegetales orgánicos, semillas, jugos naturales, entre otros, que tienen como objetivo un público particular dado que los costos de acceso a estos son elevados

Por lo dicho anteriormente se desprende la necesidad de planificar estrategias de construcción de modelos de alimentación basados en concebir sujetos críticos que vayan más allá de solo transmitir las nuevas pautas saludables. Analizar de manera crítica los estilos impuestos por el mercado, que determina las opiniones de los profesionales, niños, niñas, padres, madres, maestras, y el sistema político es una cuestión ética ineludible para el trabajo con la infancia.

Hemos visto entonces, algunos componentes del campo de la alimentación de la infancia que se seleccionaron para reflexionar sobre la complejidad que implica el Modelo de Alimentación Saludable y su vínculo con niñas y niños.

En un contexto medicalizador, se consolida un modelo que responde a lógicas biologicistas, y se posiciona en el mercado de consumo, la información disponible hoy posiciona a la infancia como un actor clave, el cual ha de ser intervenido para “salvar” a la humanidad.

En este sentido, el modelo alimentario aborda a la infancia presentando un dispositivo en forma de la Ley 19.140 y de este modo

controlar desde la institucionalización de la alimentación saludable, apostando a mejorar la salud de la población.

Por lo tanto, el Estado, delega a los centros educativos la capacidad de moldear desde esta perspectiva, ciudadanos y ciudadanas saludables.

Para proseguir con el análisis de esta la mencionada Ley, se continuará en el siguiente capítulo detallando el proceso adyacente a su promulgación y sanción.

Capítulo 2

Fundamentos de la Ley 19.140.

“Las personas grandes nunca comprenden nada por sí solas y es muy aburrido para los niños tener que darles una y otra vez explicaciones.”

Antoine De Saint Exupery.

Presentación de la Ley 19.140

El 16 de agosto del año 2011, nuestro país comienza la discusión a nivel del parlamento de un anteproyecto de Ley con el fin de regular la venta de alimentos no saludables en los centros educativos. La misma se dispone a regular la publicidad de alimentos no saludables y obliga a los centros a mantener una oferta constante de alimentos saludables. A su vez da las potestades de definir que es apto o no al Ministerio de Salud.

Dicha iniciativa es obra del diputado nacionalista Dr. Javier García. La propuesta del Diputado surge de ámbitos de discusión académica en el marco de la Academia Nacional de Medicina, entidad que nuclea a médicos, el Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo, e integrantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría y de su Comité de Nutrición.

El proceso de discusión parlamentaria iniciado en agosto de 2011, culmina en setiembre de 2013 con la sanción de la Ley 19.140.”

Alimentación saludable en los centros de enseñanza. Normas para su promoción.”

Durante ese lapso de tiempo se realizaron cinco sesiones en la cámara de representantes, tres en la de senadores y otras cuatro sesiones en las comisiones de salud de ambas cámaras. Este capítulo analiza el proceso de discusión mediante la revisión de la exposición de motivos de la Ley y las versiones taquigráficas de las actas durante el debate parlamentario.

El inicio del trámite en el parlamento tiene una recepción positiva, por lo cual el anteproyecto rápidamente sigue su rutina ordinaria, siendo derivado a la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes. En este ámbito se da la discusión detallada del proyecto, totalizando tres sesiones para su aprobación.

En la primera sesión de la Comisión de Salud, es convocado el Dr. Javier García y en posteriores sesiones, autoridades del Ministerio de Educación y Cultura y Consejo de Educación Inicial y Primaria, Consejo Directivo Central y por último del Ministerio de Salud Pública.

En este sentido, en la primera sesión del parlamento se presentó el proyecto como una primera aproximación para dar respuesta desde lo legal a un problema detectado desde la academia. Se destaca la jerarquía de los docentes de renombre que participaron en la elaboración del documento desde el ámbito de la medicina, quienes realizan una descripción de los niños y niñas como objetos de estudio de la ciencia médica:

Esta iniciativa surgió de dos o tres instancias académicas y científicas a la vez. Por un lado, en el Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo (...) Otra de las instancias fue con la Academia Nacional de

Medicina; al respecto, quiero destacar especialmente algún artículo de la Academia, de puño y letra del doctor Peña, profesor de Neonatología, (...). Y otra de las instancias fue con la Sociedad Uruguaya de Pediatría, particularmente con su Comité de Nutrición. (...) donde se reconoció el aporte que se estaba haciendo para la salud de los niños y, especialmente, la importancia de este proyecto de ley, que en buena medida los tiene como protagonistas desde el punto de vista científico y académico.

(Diputado García, J. 2012, Acta Comisión de Salud, 2 de mayo)

La exposición en sala del representante del Partido Nacional, -Dr. Javier García- denota cierto énfasis en el discurso medicalizador propio del Modelo de Alimentación Saludable, la realidad se describe a nivel académico como problemas de salud.

...Creo que, como sociedad, nos enfrentamos a un drama epidemiológico importante: en Uruguay, siete de cada diez muertes -el 70% - son a causa de enfermedades crónicas no transmisibles. Como bien saben, estoy hablando de los neoplasmas, del cáncer en general, de las enfermedades cardiovasculares, de la diabetes. Entre los factores de riesgo que están en la base de la generación de estas enfermedades crónicas hay cuatro o cinco muy importantes que se

destacan por encima de los otros: la mala alimentación, el tabaquismo, el sedentarismo, el alcoholismo, la hipertensión arterial. El objetivo del proyecto de ley es golpear, atacar, combatir uno de los factores de riesgo que está en la base del 70% de nuestras muertes

(Diputado García, J. 2012, 2 de mayo, Acta Comisión de Salud, Diputados)

El Diputado Dr. Javier García, presentó la realidad bajo una visión academicista y parcializada enunciando solo una parte del problema, que será el sustento para generar una estrategia biopolítica a nivel de niños y niñas.

En las argumentaciones, se pone énfasis en las estadísticas médicas, la sociedad es víctima de una alta tasa de mortalidad a nivel de los adultos, lo cual implica intervenir en la infancia de manera más firme. Los niños y niñas son vistos como receptores de la estrategia de promoción de salud, son protagonistas de la intervención, pero sin reconocer en algún momento su rol de sujetos de derecho.

El discurso del Diputado no parece llamar la atención del resto de los legisladores, quienes comparten sus argumentaciones, sin generarse un debate en relación a la necesidad de regular la publicidad y venta de alimentos para mejorar la salud de niños y niñas.

Los otros legisladores, intervienen, reconociendo la importancia de la iniciativa, pero sin agregar nuevos insumos al debate.

El proyecto presentado por el señor Diputado tiene que ver con un tema realmente importante. Quienes hemos estado en Salud Pública luchamos mucho por la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, pero en muchas áreas nos topamos con otra realidad. La gente sabe lo que debe hacer, pero no sabemos por qué no cumple con las medidas de prevención. (...) Estoy totalmente de acuerdo en actuar a nivel escolar, empezando a formar la masa crítica de los muchachos con los conocimientos más profundos de cuáles son los alimentos realmente saludables y cuáles no. Seguramente, más adelante, en otra etapa, habrá que actuar de forma más restrictiva o prohibitiva.

(Diputado Chiesa, Bruno : 2 de mayo, Acta Comisión de Salud, Diputados)

Este tipo de intervenciones favorables, genera un clima propicio para la aceptación sin debate de este proyecto, lo cual implicó que el representante Dr. Javier García, manifestara su sorpresa ante la recepción de la propuesta.

Sinceramente, en mi experiencia legislativa - que no es corta -pocas veces como esta

obtuve respuestas mayoritarias, casi unánimes, a favor de empujar este proyecto de ley o alguna iniciativa similar que el Parlamento consideré oportuna para promocionar los alimentos saludables y prohibir la venta y la publicidad de alimentos no saludables en los centros educativos. Reitero: pocas veces he recogido esa aceptación. Entonces, si lográramos acuerdos en este sentido, estaríamos dando una muy buena señal como Parlamento nacional.

(Diputado García, J. 2012, 2 de mayo ,Acta Comisión de Salud,Diputados)

El poder de las argumentaciones académicas, en este caso lograron un amplio consenso, que evade otros análisis más profundos, en relación a los destinatarios de la iniciativa parlamentaria. Los niños y niñas, población cautiva en los centros educativos, puede ser intervenida desde el plano legal, sin impulsar un debate en lo que se produce como alimento, las políticas de alimentación en la infancia, y la posición de niñas y niños ante ellas.

Y ¿por qué este proyecto de ley está muy vinculado al sistema educativo? Vuelvo al ejemplo de la lucha contra el tabaco: si bien fueron determinantes las leyes y decretos, me parece que su efectividad estuvo basada en que tiempo antes, en forma silenciosa, la idea fue tomando cuerpo en el sistema educativo,

a través del impulso que le dieron sobre todo los docentes, quienes con experiencias personales fueron enseñando hábitos de vida saludable y, en particular, lo malo que es el tabaquismo. Ese fue un trabajo muy silencioso, pero muy efectivo que se realizó durante años

(Diputado García, J. 2012, 2 de mayo, Acta Comisión de Salud, Diputados)

Se observa, la idea de intervenir en el sistema educativo, para moldear a la infancia en la adquisición de hábitos saludables. Es decir, los niños y niñas son una forma de emancipar a la sociedad de las enfermedades, como sucedió con el tabaco al decir de Diputado. La infancia actúa como una suerte “moral nutritiva”, que promoverá la salud vetando los consumos de alimentos poco “saludables”.

La infancia como promotora de salud y eje de las políticas públicas alimentarias, es una consecuencia de un modelo de alimentación que se impone desde lo académico y lo político, conllevando un incremento la red de poder del modelo medicalizador. El sistema educativo, es intervenido desde el modelo de salud, pues no alcanza con los controles médicos , es necesario intervenir las instituciones que habita la niñez para conformar una sociedad saludable.(Martínez, 2014)

Ante las palabras del Diputado Dr. Javier García, el resto de los representantes en la Comisión, saludan la iniciativa. Al mismo tiempo, se realizan algunas consultas y preguntas, pero en un tono de concordancia y armonía.

No voy a reiterar lo que han dicho quienes me precedieron en el uso de la palabra, pero quiero manifestar al señor Diputado Javier

García que estamos totalmente de acuerdo con el proyecto.

(Diputado Chiesa.B., acta 2 de mayo Comisión de Salud, Diputados)

Muchas gracias, señor legislador, por su aporte y su presencia en el día de hoy para hacer referencia a este importante proyecto de ley.

(Diputada Sanseverino, B., acta 2 de mayo Comisión de Salud, Diputados)

Silencio por favor...

Luego de estas sesiones, la Comisión de Salud de Diputados, aprobó dicho proyecto por unanimidad entrando para discusión general el 11 de setiembre de 2011, logrando la sanción en representantes ese mismo día. En el debate participan 12 Diputados, caracterizándose la sesión por un reiterado murmullo, ante el cual el presidente de la Cámara en varias oportunidades debió hacer uso de la campana para llamar al orden a la sala.

(Murmullos)

—Como decía, pasamos de las enfermedades infecciosas o agudas que podían prevenirse, por ejemplo,

con vacunación, a estas enfermedades crónicas, mal llamadas no transmisibles...

(Murmullos)

—Por favor, señor Presidente. Le pido que me ampare en el uso de la palabra; ni siquiera puedo escuchar lo que estoy diciendo.

(Murmullos.- Campana de orden)

(Diputado Radío,D. Sesión diputados 12 de junio)

(Murmullos)

—Es decir que hay un dispositivo de leyes y decretos tanto del Ministerio de Salud Pública como del Mides y del INDA que van situando la alimentación como un derecho humano.

¡Le pido, señor Presidente, que me ampare en el uso de la palabra!

(Murmullos.- Campana de orden)

—Gracias, señor Presidente.

(Diputada Sanseverino,B. sesión 12 de junio)

Luego de las escasas intervenciones, interrumpidas por los constantes murmullos, se procede a votar por unanimidad el proyecto,

considerando el informe favorable de la Comisión el cual reitera los dichos del Diputado García.

Esta asesora ha aprobado el proyecto de ley referido a la implementación de un régimen de Alimentación Saludable en los Centros de Enseñanza. Lo hemos aprobado en el convencimiento de que es no solamente oportuna, sino necesaria como forma de influir en las bases de la salud de la población. Queremos destacar, tal como lo hace el proponente, señor Representante Javier García, que este proyecto de ley es fruto de la iniciativa y el trabajo profesional de técnicos y académicos de distintas áreas, especialmente del Centro de Ciencias Biomédicas de la Universidad de Montevideo, e integrantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría y de su Comité de Nutrición, así como de la Academia Nacional de Medicina, cuyos representantes fueron recibidos por la Comisión, así como también fueron recibidas las correspondientes autoridades de los Ministerios de Salud Pública y de Educación y Cultura.

(Comisión de Salud Diputados sesión 12 de junio de 2012)

El 13 de setiembre el proyecto ingresó a la Cámara de Senadores, para ser derivado a la Comisión de Salud de dicho órgano.

En la sesión del Senado, no despierta interés, decepcionándose como una buena iniciativa para ser estudiada por la mencionada Comisión.

Se hace alusión a las cifras epidemiológicas, demostrando la preocupación que las mismas despiertan a nivel del poder político, los niños y niñas como portadores de enfermedad, y los altos costos que implican para la sociedad. Estas características despiertan el interés de algunos senadores.

No somos entendidos en medicina, pero leímos que hay un porcentaje alto de niños –el 10 %- que sufre hipertensión arterial y que entre el 17 % y el 19 % de los niños tienen sobrepeso; esto, sumado al sedentarismo y a la falta de actividad deportiva, causa durante la adolescencia daños que no solo provocan un alto índice de mortalidad y deterioro de la calidad de vida, sino también un importante costo para la sociedad por la atención sanitaria que requiere.

(Senador Moreira,C. sesión Senado 13 de setiembre de 2012.)

La intervención realizada, no genera debate y el proceso parlamentario sigue su trámite, llegando a la Comisión de Salud del Senado la cual cita al Dr. Javier García en calidad de autor, y al Lic. Pablo Anzalone, Director de la División de Salud de la Intendencia de Montevideo, por su participación en el programa Merienda Saludable de la Intendencia.

En este sentido el Lic.Anzalone, informa en base a la preocupación de la División Salud de la Intendencia, y de las acciones saludables que ha tomado la misma. El antecedente de las meriendas saludables, se enmarca en los modelos medicalizadores que propician una escuela saludable . En este caso el discurso del Modelo de Alimentación

Saludable se impone en la infancia como reproductores de un discurso propio de este modelo.

A la División de Salud de la Intendencia de Montevideo le parece muy positiva la iniciativa propuesta. Se trata de una preocupación que tenemos desde hace años. En ese sentido, ya en el año 2006 y 2007 pudimos desarrollar el Programa “Merienda Saludable” -que retomamos en el período 2010 - 2011-, en un conjunto de escuelas en Montevideo. Son Programas llevados adelante por nutricionistas de la Intendencia en articulación con ASSE, dentro de una metodología de formación de promotores escolares de salud.

(Anzalone, P. Comisión Salud, senado. 13 de setiembre)

Posteriormente a la intervención de Anzalone, el Diputado García vuelve a comparecer, con una disertación similar a la de Diputados, sin aparecer elementos nuevos a destacar.

Luego de un par de sesiones en el senado y algunas sugerencias de redacción para el articulado se vota por unanimidad, el 4 de diciembre de 2012.

El 21 de marzo de 2013, se entrega el repartido con los informes de las comisiones de salud y el 22 la comisión informa en sala. La discusión general se realiza el 9 de abril de 2013, contando con 4 disertantes únicamente, votándose en esa misma sesión.

Con posterioridad a esto vuelve a cámara de representantes , ahí se suceden varias sesiones, volviendo a la Comisión Salud del Senado para ser sancionada el 18 de setiembre de 2013 y pasa a ser promulgada el 11 de octubre de 2013.

Durante todas las sesiones se reitera un discurso monótono, por parte de los representantes de ambas Cámaras, destacándose la mención a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, la epidemia y el riesgo, todos alegatos propios del Modelo de Alimentación Saludable. La infancia, pareciera ser objetivada durante la discusión parlamentaria y descripta mediante cifras epidemiológicas. En este sentido, se observan dos grandes concepciones, por un lado, la infancia emancipadora de la sociedad de consumo de alimentos poco saludables y a su vez la niñez como futuro a cuidar para que el mundo adulto deje de enfermar. (Lewcowicz, 2013, Leopold, 2014)

El debate parlamentario se suscita en un tono de consenso. Parecería no existir un gran interés por discutir aspectos profundos del modelo de alimentación, consecuentemente se vota una Ley, que regula la publicidad de alimentos en los centros educativos, y promueve hábitos saludables hacia la infancia. Es pertinente entonces realizarnos la pregunta, ¿qué concepto de infancia presenta este tipo de políticas?

Buscando el concepto...

Como se mencionó durante toda la tesis, la infancia es un campo de interés de las diferentes disciplinas y actores sociales, políticos, institucionales, medios de comunicación, mercado, que se manifiestan a través de discursos proclamas, eventos científicos, bajo

una premisa fundamental, el bien de los niños y niñas para un futuro mejor. Proteger a los niños y niñas, de las malas influencias del mundo adulto, es parte del discurso político que se reitera en los debates de la ley 19.140. La niñez es vista como indefensa e inocente, en consecuencia, requieren de protección. La compasión anula al sujeto de derecho, dejando de lado en la implementación de estas políticas, discusiones profundas que vayan hacia la autonomía, ciudadanía, y participación de niños y niñas en las decisiones.

Como resultado, se concibe a la infancia en un estado larvario del cual el adulto se siente compasivo, e intenta proteger para reducir los costos de enfermedades en el futuro. (Bustelo,2008;Lewcowickz, 2013)

Se observa a lo largo de toda la disquisición parlamentaria, así como en la a exposición de motivos, una invisibilización de la infancia como tal. Es decir, se describe a la esta categoría como un objeto de intervención , que preocupa por la realidad nutricional del mundo adulto.

Hoy los adultos mueren a causa de una sociedad de consumo, que fomenta la ingesta de productos no saludables; por otro lado, en la infancia hay esperanza para un futuro saludable.

Estos argumentos tienen validez desde una concepción de salud, higiénico- sanitaria, basada en aspectos epidemiológicos, eludiendo otros análisis que profundizan el debate. La sociedad de consumo, implica oferta y demanda de productos que por un lado son nocivos, pero también en el consumo aparece la solución mediante productos saludables para quienes pueden adquirirlos.(Sibilia,2005)

En forma sintética, se aprecia que la fundamentación de la Ley 19.140, apela a prevenir adultos enfermos. Se omite la visión de los niños y niñas en relación a su propia salud, como se vivencian

realmente niñas y niños en las instituciones que habitan y cuál es su grado de participación en las políticas de salud que los involucran.

Ante estos argumentos, es factible deducir que la Ley mantiene una visión objetivada de la infancia, es decir, el niño y la niña, son una algo a moldear y depositar entre otros valores, el discurso saludable impuesto por el modelo de alimentación.

Desde esta visión el proceso capitalista, construye, “sujetos pasivos” y “sujetados” a las políticas, al decir de Guattari , se genera una estrategia para moldear de manera solapada sujetos, en relación a las necesidades, en consecuencia se reproducen más consumidores dóciles para el mercado. (Rolnik & Guattari, 2006)

En concordancia con lo anterior, el documento también presenta a los niños, niñas y jóvenes como grandes promotores de salud, posicionándolos como la conciencia del mundo adulto.

Los niños, niñas y adolescentes son presentados en el discurso del parlamento como víctimas del mundo que los invade con estímulos, en este caso los que provienen de la publicidad de la industria alimentaria. Al decir de Bustelo, la infancia es vista y redescubierta en la sociedad actual como consumidores directos y a su vez grandes promotores del consumo; la Ley los visualiza de este modo, realizando un marketing para “venderles “el Modelo de Alimentación Saludable.

Tanto en el documento de la ley como en los discursos de los parlamentarios y autoridades, el concepto de infancia , se objetiviza y relega a un ente biológico. Se ve a los niños y niñas como producto de las instituciones que tienen el deber de convertirlos en sujetos saludables. La familia y la escuela, son dos grandes referentes en la construcción de la subjetividad de esta etapa de la vida, generando intersubjetividades entre ambas instituciones. Para habitar la escuela

existen ciertas normas, que son válidas en ese lugar y que en ocasiones son llevadas a la familia y viceversa. Por lo tanto, si la norma es ser saludable, la misma deberá según el espíritu de la Ley, reproducirse en la familia, haciendo de los niños y niñas una suerte de promotores de salud.

En consecuencia, el Modelo de Alimentación Saludable, toma las estas instituciones, fomentando la producción de “alumnos e hijos saludables”. Al producir este modelo de niño y niña, se anula su propia esencia, al decir de Lewkowicz:

La familia produce al chico como hijo; la escuela como alumno. Y la superposición de hijo con alumno es lo que espontáneamente llamamos niño. Ahora, con esta concepción ya empezamos a excluir la voz de los niños porque el niño es hijo solo en relación con el padre y es alumno solo en relación con el maestro.

(Lewkowicz, l.2013, p.126)

Lewkowicz y Corea (Corea, 2013) se plantean interrogantes en relación a lo que nos queda de esta la infancia, fuera de las instituciones y las relaciones con otro. Al construirse una definición de niño/a desde las instituciones se generan supuestos que interfieren con el concepto de infancia. Cada institución y momento histórico generan una noción sobre lo que se entiende por niño o niña, no existiendo una sola definición sino la suma de múltiples, que nos hará acercarnos a lo que comúnmente llamamos infancia. El niño/a es el hijo, el alumno, el paciente y a través de estas definiciones se generarán los vínculos con los niños y niñas. Lewkowicz plantea un paralelismo de los/as niños/as con los/as locos/cas, dado que estos

últimos son excluidos por no tener un pensamiento válido, si bien se puede interpretar a través de un psiquiatra, la voz de la “locura” no es considerada en la sociedad.

En la infancia sucede algo similar a la locura, dado que su propia voz no es válida, dado que en ocasiones solo se toma en cuenta la interpretación de su voz por parte del mundo adulto. Ya sea a través de la maestra, los padres o los equipos de salud, quienes generan discursos sobre ellos, pero sin “ellos.” (...) *las instituciones que producen infancia no reconocen una voz propia de los chicos, sólo pueden interpelarlos desde su relación con un adulto.*” (Lewkowicz Ignacio ,2013,p.127) En consecuencia, el concepto que tenemos de que es un niño o una niña, condicionara la relación para con ellos/as , siendo una limitante si son encasillados en las instituciones formadoras.

Detrás de cada política y programa existen supuestos, que no siempre son explicitados, pero se desprenden de los discursos, los documentos de trabajo y de las prácticas. En este punto, es importante analizar la construcción de la categoría infancia como insumo para una reflexión del estado de situación en las políticas sanitarias, representada en esta ocasión por el proceso de implementación de la Ley de Alimentación Saludable en los centros educativos.

En este sentido, parte de las argumentaciones que sostienen a la Ley, concuerdan en la oportunidad que implica trabajar en esta etapa de la vida, para construir un futuro saludable. Esta visión de la infancia, conlleva a ser vista como expresión de deseo del mundo adulto, anulando su propio desarrollo como categoría social.

La exposición de motivos dice que esto se origina en la infancia. En ese sentido, desde el

Ministerio de Salud Pública estamos trabajando en el marco del enfoque del Área Ciclo de Vida; la evidencia científica demuestra que el origen de estas enfermedades en realidad es en la etapa gestacional. La epigenética -una de las ramas de la genética- ha dado suficiente evidencia científica según la cual, por ejemplo, en un feto en situación de privación de nutrientes durante la vida intrauterina, se activan determinados genes que luego en la etapa adulta van a determinar que esa persona tenga más posibilidades de desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles y sus factores de riesgo: sobrepeso y obesidad. Pero la evidencia demuestra que esto también sucede en etapas tempranas, en la infancia y en la adolescencia. Por lo tanto, según el enfoque del Área Ciclos de Vida, no solo alcanza con actuar en determinada etapa de la vida: intervenciones tempranas repercuten e impactan positivamente en el descenso del nivel de riesgo en una etapa futura.

(Dra. Noble , A. Directora de estrategias de salud, del Ministerio de Salud)

El discurso anterior, evidencia la visión de niñez como objeto propio de la medicina, retomando los planteos realizados en el capítulo uno, la evolución de la ciencia tiende a evidenciar el riesgo de que un gen considerado negativo, pueda desarrollarse o no. A lo largo de la discusión parlamentaria del Ley 19.140, se omite otros aspectos de

la infancia, tales como la participación, las ideas previas que presentan sobre la temática, la compatibilidad o no de un modelo saludable con la los ritmos de vida de cada familia, entre otros. Por lo tanto, se toma la problemática desde esta perspectiva medicalizadora, lo cual implica cambiar de menú de consumo; es decir se ofrece una vida saludable en base a un marketing, en el cual se promocionan seres activos y socialmente exitosos depositando la capacidad emancipadora sobre niños y niñas. Por lo tanto, el rol de la infancia queda supeditado a ser promotor de salud para mejorar la salud de los adultos.

¿Sujetos de derecho u objetos no pensantes?

Como se mencionó anteriormente, el Modelo de Alimentación Saludable, toma a niños y niñas como parte de su red para trabajar sobre ellos, pero sin ellos; a esto se le pueden atribuir varias interpretaciones, pero es interesante tomar a Lewkowicz, y considerar la falta de poder de éstos ante el mundo adulto, como un gran problema.

Por lo tanto, los dispositivos de trabajo para promover la alimentación saludable parecieran trabajar sin considerar cual es la visión de niños y niñas por los que todos hablamos, pero en raras ocasiones escuchamos sus demandas. En este sentido, Lewkowicz enuncia la falta de poder en un mundo donde la razón está sobrevalorada y quienes no la poseen son excluidos. Es válido

preguntarnos si existe el pensamiento en los niños y niñas o es solo una capacidad propia del mundo adulto.

Que el niño aun no piensa significa que está lleno de fantasías, de ocurrencias, lleno de una simpatía. Entonces, con esa concepción, festejamos la ocurrencia y la cancelamos como pensamiento, porque es una ocurrencia risueña y sabemos que todavía no es pensamiento.

(Lewkowicz,2013,p.128)

Para el autor, este festejo que puede parecer gracioso, se convierte en una forma sutil de anulación del otro, ya que si es ocurrente no piensa y pensar no es cosa de niños o niñas, lo cual desestimula el ejercicio de esa actividad en la infancia. Es así que toda elaboración que tenemos del mundo infantil es una construcción adulta de una observación de su realidad.

En consecuencia, las instituciones tienden a anular el pensamiento infantil, ajustándolo al razonamiento adulto. siendo éstos los intérpretes válidos de su pensamiento. *“Las instituciones familia y escuela en tanto instituciones están orientadas a moldear el mecanismo de pensamiento del niño.”* (Lewkowicz,2013,p.128)

La estrategia biopolítica trata de vigilar y controlar, lo normal pasa a ser lo “saludable” y se debe uniformizar en todo el sistema educativo, desde un enfoque que no fomenta la autonomía y participación en un aspecto básico de la vida.

La voz del niño y su opinión quedan entonces relegados ante la inocente premisa “es cosa de niños”. Si anulamos el pensamiento,

atentamos contra la existencia y seguimos trabajando con el concepto, pero no con ellos.

Como otro elemento a discutir, ausente en todas las argumentaciones sobre la Ley de alimentación saludable es la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) elemento jurídico por excelencia desde su creación en 1989.

En la exposición de motivos la palabra derecho o participación no son traídas al debate en ningún momento, como se manifestó antes, el fundamento de la Ley se basa en intervenir los lugares que habita la infancia para prevenir enfermedades en los adultos.

Si partimos de la premisa sobre el pensamiento infantil, y solo nos comunicamos con ellos en base a las propias necesidades del mundo adulto, no existe diálogo posible pues estamos en una relación donde el saber solo se posiciona de un lado, lo cual no permite intercambio, podemos tomar las palabras de Freire y adaptarlas a la relación adulto-infancia, para dialogar es necesaria la humildad, al respecto el autor nos señala:

¿Cómo puedo dialogar, si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro, nunca en mi?? (...) ¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros meros objetos en quienes no reconozco otros “yo”?

(Freire,P.2003,p.102)

Este tipo de situaciones llevadas a la infancia cobran otra significación, puesto que el autor lo plantea entre diálogos de hombres con hombres, en el caso de la infancia ni siquiera llega a ser considerada un interlocutor válido, puesto que, en el imaginario, los

niños y niñas son meros espectadores de su cotidianeidad, esperando llegar a la adultez.

Lo anterior nos lleva a uno de los problemas de la implementación de una Ley, el mismo radica, en una visión de la comunidad escolar como un receptor pasivo que no tiene otros conocimientos previos del tema pese a que cuentan con una historia de vida marcada por varios hitos que han construido su subjetividad. Esta subjetividad que se construye, es parte de un sistema que establece el deber “ser” y no el “ser” posible, esto implica que se regulen procesos pero que no exista apropiación e incorporación de lo regulado. Para analizar este fenómeno de apropiación en los centros de la Ley, en el siguiente capítulo se analizarán los resultados de las entrevistas a los actores y actrices claves.

Capítulo 3

Análisis de la Implementación de la Ley 19.140 desde los discursos de la comunidad escolar. Directoras, maestras, niños y niñas.

“Mucha magia y mucha suerte tienen los niños que consiguen ser niños.” Galeano, E.1998

En este capítulo, se realizará un análisis en base al Modelo de Alimentación Saludable imperante, las visiones de infancia y la aplicación de la Ley en los tres centros educativos públicos seleccionados.

Como se trabajó anteriormente, el Modelo de Alimentación Saludable se configura en un contexto medicalizador de la sociedad, extendiendo su red de poder para afianzarse en la infancia, tomando a las instituciones en las cuales niños, niñas y adolescentes habitan, los centros educativos.

La institución escuela en la actualidad, sigue produciendo subjetividades. Dentro de las instituciones estatales, la capacidad de generar un sostén social de los sujetos, sigue siendo válida en la actualidad si bien la producción ha ido cambiando con el tiempo. La transmisión de aspectos culturales, morales, normas y pautas para habitar el espacio escolar de este modo se genera una relación de intersubjetividades, que reproducen las relaciones sociales hegemónicas. (Chaves,2006)

En este sentido, el recinto escolar sigue siendo un lugar propicio como depositario de las políticas públicas, siendo en esta ocasión abordada por la Ley 19.140.

En el capítulo anterior, se hizo mención a la participación de las autoridades de primaria ante la discusión parlamentaria del proyecto de Ley, validando desde la comunidad escolar el proyecto. Dicha instancia de participación en el debate parlamentario, no significó una posterior discusión de la mencionada norma. Conscientemente, la institución escuela en el año 2014, se suma a esta iniciativa del diputado García, adaptándola a su propia estructura, mediante una resolución del Consejo Directivo Central (CODICEN), conocida como circular 50. En dicha circular, se hace referencia al texto de la Ley de merienda saludables, y a su vez eliminando la venta escolar en las escuelas de tiempo completo. Así es, que la comunidad escolar adquiere conocimiento de este proceso de cambio mediante una comunicación jerárquica. Por lo cual, no existió, un proceso de intercambio, la institución fue comunicada de una nueva política pública para promocionar hábitos alimentarios saludables.

Se deposita desde lo legislativo, la responsabilidad de instituir en niños y niñas el mensaje del Modelo de Alimentación Saludable, para que actúen como portadoras de esperanza.

El supuesto teórico, para regular la alimentación y promover alimentos saludables, presupone una institución generadora de algunos conceptos estructurales, lo que cabe preguntarse si esto es válido actualmente. La escuela, si bien puede seguir produciendo determinados patrones, no tiene la misma ascendencia histórica en los niños y niñas. Al decir de Lewkowicz , como institución marca un conjunto de normas que son para habitar la propia escuela , por lo cual no siempre que algo que se configura como válido en la en la

comunidad escolar, lo será también en la familia y en el resto de los espacios que habita la infancia. (Corea, Lewkowicz,2013)

La escuela como se mencionó antes, es permeable a las problemáticas sociales tales como la alimentación, la violencia entre otras. En este sentido, pensar en trabajar la alimentación por fuera de otros aspectos implica un gran riesgo dado que puede ocasionar tensiones entre familias y la institución, considerando la situación actual de convivencia social.

A modo de ejemplo del planteo anterior, se considera que en Uruguay vienen emergiendo desde hace años problemas puntuales de convivencia ¹⁵entre padres y maestras . Estos hechos de violencia, cobraron una gran trascendencia en las redes sociales y fueron mostrados por los medios de comunicación, repercutiendo en la sociedad en su conjunto.

En esta misma institución, desde el año 2014, se plantea trabajar una Ley que impone reglas y termina contribuyendo a polarizar las tensiones escuela/familias/infancia. Si bien, esto no puede generalizarse dado que posiblemente en comunidades escolares donde no existan tantas tensiones, el proyecto escolar podrá ejecutarse de mejor forma.

Algunos aspectos que implica la implementación de la Ley, son extraídos del relato de las direcciones, se evidencia un correlato entre los propósitos de la Ley de generar ciudadanos saludables, lo cual se reproduce en el medio de otras tensiones que coexisten en el espacio escolar.

¹⁵ Durante el año 2017, se registraron 5 casos de violencia hacia maestras en escuelas del país, lo cual ha implicado un protocolo por parte de la Asociación de Maestros del Uruguay - filial de Montevideo, donde se realizan paros para reflexionar en relación a la convivencia en los centros escolares.
<http://www.ademumontevideo.com.uy/it/>

Desde los discursos de las jerarquías de la escuela, se evidencia la regularización y normatización, como estrategia que permita imponer la “moral nutritiva” y reproducir el modelo saludable sobre la infancia.

También vamos a acompañar a los directores que quieran ir más allá de esta propuesta de reducir la cantidad de alimentos no saludables. Me refiero a acompañar al director si quiere ser estricto y no permitir la entrada de alimentos no saludables a su escuela y darle las recomendaciones para lograr el objetivo final que es la salud de los niños y la promoción de alimentación saludable.

(Zelmovich, K, Nutricionista del Programa de Alimentación Escolar, Comisión de Salud)

En la actualidad, la escuela como parte de los dispositivos de la sociedad de vigilancia, es una institución que homogeniza a la población para normalizar, cada desviación puede ser vigilada, controlada y castigada. (Lewkowicz,2013)

Al configurarse esta situación, se genera un espacio propicio para el fomento de los estilos de vida saludables, que se ofrecen en el mercado actual, de este modo el niño y la niña deben ser educados para seleccionarlo, por tanto, necesitamos de nuevos consumidores, para este modelo de lo saludable que nos ofrece, un sinnúmero de productos “verdes” para mantenernos vigorosos. En consecuencia, se genera un círculo entre la producción de conocimiento avalada por un modelo de alimentación, para construir leyes, establecer prácticas y controlar que las mismas lleguen a poblaciones “cautivas”.

En este dispositivo quedan atrapados niñas y niños como reproductores de una modelo que parecen aceptar de manera sumisa, y sin cuestionamientos en las escuelas donde se realizaron las entrevistas.

Para desarrollar este capítulo por un lado se presentan los resultados de las entrevistas realizadas en las tres escuelas de tiempo completo de Montevideo, durante los meses de abril -setiembre de 2017 se realizaron un total de 12 entrevistas individuales y 3 grupales a 18 niños y 18 niñas siguiendo los criterios descritos en la metodología. Se presentan los discursos de los adultos, niñas y niños en relación al proceso de implementación de la Ley. Retomando la construcción del Modelo de Alimentación Saludable, y el proceso de apropiación de su discurso científicista por el sistema educativo y la infancia. Desde este paradigma, se genera un discurso el cual es reproducido por las redes sociales, las empresas de alimentos, la comunidad, siendo esta una de las formas de expandirse por fuera del sector salud.

Si bien la escuela actual, como se mencionó antes, no necesariamente es una reproductora de normas para el resto de los lugares que habita la infancia,(Corea, 2013) en las entrevistas se ve reflejado en los dichos de niñas, niños, maestras y directoras, una uniformidad en reproducir el discurso del Modelo de Alimentación Saludable.

De este modo, se comenzará con un primer nivel de análisis, se plantea en primer lugar el discurso de las directoras y maestras para culminar con la voz de los estudiantes.

Casero, sano, natural.

Al realizar las entrevistas a las direcciones de las escuelas, se observa un discurso uniforme y estructurado en algunos conceptos propios de la medicina. Las direcciones en términos generales visualizan como positiva la implementación de la Ley, por la importancia de la temática en la vida escolar.

Si bien existe diversidad de opiniones en el tema, en las entrevistas por parte de las maestras, su discurso no difiere tanto con el nivel de dirección.

Según el relato de las direcciones entrevistadas, La ley llega a las mismas en el año 2014, mediante una circular de primaria (N° 50) que informa sobre este proceso. Las directoras no se manifestaron en contra de la Ley, pero dejan entrever que la misma no fue consultada.

Desde la implementación de la ley 19.140, diferentes escuelas la han tomado como eje central para sus proyectos. Algo que caracteriza el discurso de las maestras y directoras entrevistadas, es la motivación por la alimentación saludable, aspecto que se evidencia por los diversos conceptos vinculados a esto.

Existe un correlato entre el modelo imperante, y el concepto de salud biologicista presente en las maestras. Se asocia a la alimentación indisolublemente con la salud, sin explicitar diferencias entre uno y otro concepto.

Las direcciones coinciden en que la alimentación, es fundamental, y hay que trabajarla con las familias.

La alimentación es vivida de un modo particular, en el entendido que es parte de la vida institucional, desde la planificación de los menús escolares, la venta escolar, los paseos, los festivales, entre otros momentos en que la comida juega un papel preponderante.

Basado en lo que conlleva a nivel institucional el alimento, implica que se un mediador del vínculo escuela-familia. En virtud de ello, se evidenciaron algunas distancias que se desprenden del relato de las entrevistas, dado que, según la visión de las docentes entrevistadas, las familias presentan otros hábitos no propios del modelo imperante. En consecuencia, la institución procura incorporar en niños y niñas un modelo que sea replicado en los hogares, manteniendo los conceptos básicos del modelo imperante, casero, rico y saludable. Al respecto se destacan los dichos en las entrevistas:

“(...) un niño que no tenga una buena alimentación ni puede rendir en clase ni ahí. Y esto son de los cambios que ha habido en los últimos años porque los comedores escolares están muy superados, no solo por el aumento del monto de las partidas, sino por la presencia de los nutricionistas que orientan muchísimo y están celosamente cuidando que la alimentación sea balanceada, que se cuiden los ingredientes. y se logre cubrir los requerimientos (...)” (Dirección Escuela A de tiempo completo)

“La idea es que ellos no traigan merienda, pero los padres insistieron, mucho, y se conversó para que sea una merienda sana, que pueden ser frutas, galletas al agua, o

tortas caseras.” (Dirección Escuela B de tiempo completo)

“Y bueno el objetivo de la alimentación saludable es cuidar la salud, si me preguntas no la tengo leída de memoria, pero cuidar la salud”

“Tenemos niños... increíblemente con colesterol, se dan esos casos que antes no se escuchaba “(...)eso está muy bien controlado, por la nutricionista de primaria, (...) se hace supervisión, se controla la cantidad de gramos por niño y por día”(Dirección Escuela C de tiempo completo.)

“Conozco la Ley, esto salió en el 13 ¿no?, conozco a nivel de prensa, pero yo ahí era maestra, y trabajaba a nivel de clase (...) con la ley me alegre (...) Nosotros tenemos grandes cantidades de niños, con dietas especiales, bajo en calorías, bajo en cualquier cosa, y no es por lo que comen en la escuela. (...) Ellos bajan por circular la información, después la que te explica bien, es la nutricionista porque acá tenemos comedor, y ella es al que controla “(Dirección Escuela A de tiempo completo)

“Hay conductas o hábitos que son diferentes a lo que la escuela ofrece, hay comidas que la escuela innova desde la propuesta para el almuerzo, pero no son aceptados, queda la

comida más allá de insistir, cuesta introducción algunos alimentos, las ensaladas, las verduras, es como que no hay una cultura (...)" (Dirección de Escuelas A de tiempo completo)

Las direcciones entrevistadas replican un discurso hegemónico de un modelo que busca impartir hábitos saludables y se trabaja la salud desde lo curricular para formar "buenos ciudadanos". (Dirección Escuela C)

En este aspecto, se destaca la labor a nivel de todo el país y de todas las escuelas, que mantienen una línea de acción sobre lo saludable. La ley es vista como algo, positivo que regula y uniformiza, dado que antes de la existencia de la regulación y el control desde las autoridades solo aquellas escuelas que lo trabajaban el tema eran "saludables".

Se destaca en otro orden, el rol del nutricionista, como profesional encargado de impartir el mensaje del modelo, los relatos de los actores de la comunidad escolar mencionan el control que ejerce la profesión, velando por la salud de la población escolar. Esta encomienda de construir ciudadanos saludables, que otorguen un valor especial a la salud, parte de los inicios de la institución misma. Al respecto Barran, destaca en su obra cómo la sociedad uruguaya del siglo XIX, otorgaba un valor importante a la salud, la alimentación e higiene como idearios y elementos disciplinantes. Según el autor en libros de lectura del siglo XIX. se podían encontrar plegarias: "Da, oh Dios, a las fuentes aguas (...) Da salud al enfermo, pan al mísero mendigo (...) Haz que mis padres y hermanos tengan salud y fortuna (...)" (Barran,2015:247) Si bien hoy la salud no es vista desde la

comunidad escolar como un valor divino, sigue manteniendo un ideal, el estar sano pasa a ser mandato estatal. Al respecto en las entrevistas realizadas, se puede entrever parte de ese discurso higiénico-sanitario, la salud es esencial para formar buenos ciudadanos.

En las entrevistas realizadas, pareciera que la escuela actual no ha cambiado desde esta perspectiva, en su cometido de producir buenos ciudadanos, es decir sujetos capaces de comprender que cosas son buenas para su salud y cuales son nocivas, para tomar buenas decisiones y ser útil para su país.

“(...) El trabajo se hace a lo largo y ancho del país, (...) está basado en la parte formativa que se viene desarrollando en la línea de la búsqueda del buen ciudadano, que viene siendo en la parte tanto de alimentación como de hábitos y donde se trabajan aspectos de la higiene (...)” (Dirección, Escuela C de Tiempo Completo).

Las direcciones toman como ejemplo el proceso de trabajo en relación al tabaquismo, los niños y niñas son formados con el fin de fomentar promotores de salud, que colaboren a disminuir el riesgo de enfermar. En virtud de esto, hoy acceden a una gran diversidad de información sobre salud y riesgo que implican un desafío para decodificar. Los niños y niñas se ven asediados, ante la diversa y múltiple información sobre salud; siendo cercados por el discurso medicalizador de prevenir y promocionar.

Las tercerizaciones del comedor escolar generan incoherencias con el modelo saludable, que hoy se compone de lo natural y lo fresco. Esto es decodificado como bueno, por lo tanto, si se ofrece un producto que no contenga frutas y verduras frescas es rechazado.

Se interpela el menú escolar, se pretende una alimentación “sana”, y se evidencia en los relatos un patrón de consumo que apunta a los alimentos naturales.

De acuerdo con esto, existe un impacto de la medicalización de los alimentos en las personas entrevistadas, lo cual se refleja en el conocimiento pormenorizado de aspectos de la alimentación que son propios del Modelo de Alimentación Saludable.

Como se mencionó antes, hoy la sociedad apunta a cuerpos sanos, y vigorosos capaces de mantenerse activos y consumiendo. Bajo este patrón de vida se construyen nuevos consumidores que exigen alimentos para alcanzar los estereotipos de vida planteados por la salud.

En virtud de esto, se identifica una contradicción en los discursos, se entiende incompatible lo saludable con el menú escolar del comedor, en la entrevista a una de las maestras se destaca:

“(...) a mí me parece que, si bien se está buscando satisfacer las necesidades alimenticias de los niños, no es lo que yo elegiría para que mi hija coma, de hecho, por eso mi hija no va a una escuela de tiempo completo, porque no esto de acuerdo con lo que dan de comer. Dan alimentos congelados, medallones de pescado, hamburguesas congeladas, comida de lata, arroz par boíl, cosas que yo no consumo y me parece que no

son saludables no creo que sean saludables. (...) Me parece una farsa estar en la escuela diciendo viva la alimentación saludable y planificando unidades de alimentación saludable, y que coman medallones de pescado. (...) viene una nutricionista que se asegura, hay pescado, hay pollo, pero, no como se da. (...) “(Maestra, Escuela A de tiempo completo)

Existe un nivel de información y preocupación sobre lo que se come tanto a nivel de direcciones como de maestras. Se expresa en reiteradas ocasiones los beneficios de la alimentación casera y natural siendo parte del discurso saludable actual. Si bien hay diferentes grados de interés o motivación, el relato anterior es significativo en relación a como se interpreta la información. Las frutas y verduras son asociadas a lo saludable dejando relegados los cereales y los productos congelados. La adquisición de productos, ya no es mediada solo por el gusto, o el placer, existe un diferencial, en el cual prima el saber científico. La alimentación pasa a ser parte del cuidado del cuerpo y no un hecho social en sí. Esto concuerda con los planteos de medicamentación de los alimentos y la alimentación, de Rodríguez Zoya, la cual sostiene que se comercializan los alimentos como un bien diferenciado para la salud.

El modelo saludable incorporó en los últimos años un rescate de lo natural, evidenciando en la interna de lo académico debates sobre lo saludable. Por un lado, los defensores de lo orgánico y natural y por otro los defensores de los avances tecnológicos de la industria. Coexisten los debates en relación a alimentar a millones aplicando nuevas formas de producir alimentos, siendo funcionales al sistema hegemónico de producción. (Vivas,E.,2008)

En virtud de esto, la comunidad escolar entrevista presenta división en sus discursos sobre lo saludable y el servicio de alimentación a granel tercerizado . Dicho servicio de alimentación, fue mencionado como un problema a nivel de las personas entrevistadas, detectándose varias quejas por parte de niños, niñas y maestras, no obstante, desde las direcciones se manifestó conformidad con lo ofrecido por la institución.

La ley se ve como algo positivo pero utópica de realizar dado que no hay coherencia desde el propio sistema estatal, que impone medidas que no son compatibles con las ofertas de alimentación, brindadas por las empresas de alimentación de las escuelas entrevistadas. Si se promueve la comida casera como saludable y se brinda alimentos en bandejas prontas, el argumento de lo saludable deja de tener validez en la institución, quedando relegado a lo verbal únicamente.

Vigilar y evitar el riesgo.

Como se menciona en varias de las entrevistas, la Ley funciona porque se controla y la policía sanitaria de la alimentación recae en las nutricionistas de primaria. Se debe vigilar para que esto funcione y la escuela quede libre de alimentos dañinos, libre de riesgo.

La premisa fundamental del modelo saludable, se relaciona con evitar enfermar por medio de una dieta correcta, este concepto de “moral nutritiva”, acuñado a principios del siglo XX, (Bragaña, 2008) por la medicina se reitera mediante la asignación de valor social a la alimentación. Al decir de las entrevistadas, en la actualidad las clases de mayor poder adquisitivo consumen alimentos naturales, caseros y frescos y las clases de menor poder adquisitivo alimentos

ultra procesados, de bajo costo y calidad nutricional. Esto genera un choque de culturas, por un lado el modelo saludable que impone la moral nutritiva, controlando y juzgando desde la validez de un concepto totalizante donde existen alimentos caseros naturales sanos, y por otro lado los alimentos tildados de “porquerías” , ricos en grasas y baratos :

“En la casa no les cocinan, terminan comprándoles porquerías.”

(Maestra, Escuela C de Tiempo Completo)

“(...) yo apareció la ley y dije ah que bien que no se venda más, nada de esas cosas, yo sufría al verlos comer golosinas, alfajores, y todo eso, siendo consciente de todo lo que puede conllevar (...)” (Maestra Escuela B de Tiempo Completo.)

Este tipo de opiniones reflejan la valoración asignado la categoría de “porquerías” a ciertos alimentos. Existe un rechazo dese lo discursivo hacia estos productos, preparados y snacks. Se plantea un correlato entre la mala alimentación y la mirada de compasión hacia la infancia. Conocer el riesgo que conlleva consumir productos de baja calidad genera una mirada compasiva hacía la infancia.

La compasión implica ver en el niño y niña seres desamparados, que deben ser protegidos del riesgo de enfermar, siendo educados para reproducir ese modelo en los hogares. (Bustelo, 2007)

La diferencia social de la alimentación, en una sociedad capitalista implica una gran barrera, comer sano y barato no son sinónimos.

El modelo saludable le otorga al producto natural un valor agregado, por el cual el consumidor deberá pagar más por alcanzar la vida

saludable. En acuerdo con esto, surgen productos diferenciados, como por ejemplo los vegetales orgánicos, los cuales presentan costos sensiblemente superiores al su homólogo convencional.

Por otro lado, las actividades de promoción de alimentación saludable, buscan fomentar la “cultura alimentaria” recatando las preparaciones caseras, y el lugar perdido en la cocina. Cocinar casero, se transforma en moda, en un estilo de vida ofertado por el modelo saludable. (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004) .

Según Giddens , en la sociedad actual , los individuos deben optar por estilos de vida, que incluyen la alimentación, entre otros, la practica rutinaria de comer sano y realizar ejercicio , se replica entonces en la sociedad , generando un encuentro de iguales , compartiendo sus vidas en las redes sociales, siendo parte de una “movida sana” (Giddens, 1995).

La realización de talleres de cocina saludable, alimentación consiente, entre otras son algunas de las demostraciones del impacto de movimientos mundiales que se replican para impulsar un mercado creciente y funcional al sistema económico imperante. La lógica de mercado pasa a un segundo plano y es sustituida por la superficialidad de las estadísticas, y el merchandacing de la “cocina casera rica, saludable y barata”(De Domingo-Bartolomé & López-Guzmán, 2014)

Queda entonces planteada una disyuntiva entre lo posible de comer y la producción de sentidos sobre los discursos alimentarios, por medio del alegato medicalizador, se crea una cultura saludable que condena y controla a lo que no es considerado adecuado, en consecuencia, la escuela tomada por el modelo medicalizador, tendrá que imponerse en las familias.

Este tipo de problemas conlleva al desgaste entre la escuela y las familias, se controla de manera minuciosa, lo que los niños y niñas pueden llevar como merienda. Como institución formadora, la escuela, vela por la alimentación, tomando medidas necesarias para mantenerlos saludables.

La lógica del modelo de alimentación, en el contexto escolar pasa por uniformizar y crear promotores de salud que lleven el mensaje a sus hogares. A su vez la institución ante un evento cotidiano como la merienda escolar, pasa a tomar control del mismo prohibiendo y confiscando aquellos productos considerados de riesgo. El cumplimiento de la Ley es tal que se termina confiscando los alimentos que no sean permitidos, siguiendo la estricta vigilancia de lo saludable.

Niños y niñas como conciencia de los adultos

(...) dos cosas importantes, primero la parte de la prevención de las enfermedades que hoy día esta es impresionante la cantidad que hay. Segundo concientizar a los padres, ellos concientizan a los padres muchas veces el padre toma conciencia a través del niño, está comprobado, esto no significa que no podamos trabajar con ellos, pero si le llegas al niño primero es más fácil. Es increíble. (...)

Maestra, Escuela B de Tiempo Completo

La visión del niño y niña como conciencia, del adulto, como promotor de la salud se reitera en las entrevistas, al igual que en la alocución parlamentaria. La infancia, es vista como emancipadora de los malos

hábitos, como responsable del cambio de los adultos, a través de ellos llegará el mensaje del modelo a los hogares. En consecuencia, se mantiene un encargo que no distingue clases sociales, el modelo imperante marca una tendencia de consumo, quienes logren alcanzarlo evitarán el riesgo de enfermar, quienes no cumplan serán parte de las estadísticas de las enfermedades crónicas no transmisibles. (Corea, 2013, Bustelo, 2008, Giddens,1995)

Construir un buen ciudadano, implica disciplinar y ese disciplinamiento debe ser uniforme para todos y todas los que habitan la escuela, con el fin de producir una población de consumidores conscientes de su salud. Al decir de Guattari, construir sujetos sujetos a las políticas públicas. Por otro lado, la visión de autonomía y desarrollo puede verse relegada al hecho de reproducir un sistema en una población homogénea y cautiva.(Rolnik, Guattari, 2006)

En la visión del niño y niña como promotor de salud, se deposita una responsabilidad de salvar el futuro, que los adultos no han cuidado, cuando ya no queda que hacer, ellos deberán salvar a la humanidad de un trágico final. Tal tarea no es nada sencilla, y para eso hay que capacitarlos, llenar de contenidos sus cabezas, darles la información y esperar al que a las cosas cambien. Al respecto de la visión del niño como promotor de salud, Leopold nos dice lo siguiente:

En este proceso, la irrupción, aunque discontinua, de la figura del niño «promotor de salud» parecería exponer en los materiales empíricos de referencia, un particular punto de «fuga» en la concepción moderna de la niñez, como consecuencia de la inversión de las lógicas de relacionamiento modernas entre

adultos y niños, dejando de ser estos últimos, sujetos subordinados y dependientes de la sabiduría y la conducción adulta, para pasar a ser portadores de información y por tanto actores protagónicos que dirigen y enseñan a sus padres.

(Leopold, S. 2014,p.114)

Los niños y niñas acceden a una gran cantidad de información, que antes era vedada, lo cual les permite hoy ser docentes en sus hogares. De acuerdo con esto, las políticas públicas encomiendan a la infancia en esa función concientizadora la emancipación de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Depositar la responsabilidad de ser promotores de salud sobre la infancia, no parece generar controversia y es reiterada en los relatos.

Pese a lo anterior, se interpela algunos aspectos del rol de la escuela en relación a la responsabilidad que implica brindar la alimentación, sobre todo en situaciones de escasos recursos económicos, la comida institucional es el único alimento que reciben niños y niñas. Esto conlleva que, al no funcionar la escuela, dejan de recibir el beneficio. Se visualiza esta percepción en la siguiente entrevista:

“se carga a la escuela con una responsabilidad mayor aun, con temas de la alimentación, cuando la escuela cierra hay niños que se quedan sin comer (...) El costo de alimentarse es alto, hay un choque con lo que se dice y lo que se hace, los chiquilines que viene de hogares con sueldos bajos ven que no se puede comer lo que se debe. (...) no se puede disociar la realidad, con lo pedagógico

político y social.” (Maestra Escuela de Tiempo Completo A.)

En este relato, el discurso saludable se ve agotado, dado que, para este modelo imperante, son necesarios consumidores y quienes no pueden optar por la comida saludable, aun menos pueden consumir. Se puede decir que existe cierto paralelismo con la visión de Bustelo de la “zoé”, se identifica a los niños y niñas que están por fuera de todo, como sobrevivientes, estando supeditados en su propia existencia a mantener las funciones biológicas del cuerpo. (Bustelo, 2008)

Participación sí, pero curricular

La participación de la niñez en la vida escolar, queda relegada a la de alumno, es decir según la etimología de la palabra, “sin luz”, por lo cual hay que alumbrarlo para alcance su desarrollo. Si bien, en la actualidad la infancia, tiene un posicionamiento lejano a otros momentos históricos, aún siguen sin tener lugares protagónicos, para que su voz sea escuchada, comprendida y por sobre todo tenida en cuenta.

De los relatos de las entrevistadas, se destacó un dispositivo común en la escuela de Tiempo Completo: las asambleas estudiantiles. Las mismas, según los declarado, son obligatorias en la esta modalidad de escuela y deben ser realizadas periódicamente.

La Convención Internacional de los Derechos del Niño, en sus artículos 12 y 13, consolida ese derecho, el cual no es solo un proceso o forma de trabajo, es una norma jurídica. En este sentido la participación como concepto, definida por Hart : “la participación es la capacidad

para expresar decisiones que sean reconocidas por el entorno social y que afectan a la vida propia y/o a la vida de la comunidad en la que uno vive".(Hart, 1993)

(...)la participación infantil ubica a los niños y niñas como sujetos sociales con la capacidad de expresar sus opiniones y decisiones en los asuntos que les competen directamente en la familia, la escuela y la sociedad en general. De igual forma, la participación infantil nunca debe concebirse como una simple participación de niños y jóvenes, sino como una participación en permanente relación con los adultos, y debe ser considerada como un proceso de aprendizaje mutuo tanto para los niños como para los adultos.

(Apud, A.200,p.4)

La asamblea, como espacio de toma de decisión, respetada por la comunidad escolar, no parece ser la lógica imperante, pero al menos existe el espacio destinado a la verbalización de los problemas de convivencia.

Si bien no hay grupos integrados por maestras, padres, niños para discutir o dinamizar los temas inherentes a salud, existen espacios colectivos de discusión, los niños y las niñas participan a nivel de clase.

“Las asambleas de niños que tienen por clase, y a nivel institucional, están más organizadas por conflictos que surgen en la convivencia. Hasta ahora no se ha tratado en tema de la

alimentación.” (Dirección de Escuela A de tiempo completo)

“La asamblea es una característica de la escuela de tiempo completo, tiene que tener ese espacio exclusivo para lo que son las asambleas, dentro de la carga horaria e tiempo completo, la coordinan los maestros, ponen fecha y hora a nivel de clase y 1 vez por mes se hace institucional” (Dirección de Escuela C, de tiempo completo)

Las escuelas de tiempo completo, mantienen como espacio obligatorio, la asamblea, en ese lugar dinamizado por la maestra, se plantean problemáticas asociadas principalmente a la convivencia, limpieza, juegos, problemas en el comedor.

En el relato de las maestras y directoras, queda claro que la asamblea no necesariamente es resolutoria, funcionando como una suerte de “catarsis colectiva” u ordenadora de los principales problemas de la convivencia en el centro escolar durante ocho horas. Por lo cual lo formativo del diálogo, del intercambio de ideas, del respeto de la decisión del entorno social, como plantea Hart, no sería alcanzando en estas etapas.

La participación entendida como un derecho no parecer ser la visión que prima dado que en los relatos se menciona la asamblea como algo obligatorio e impuesto por primaria, lo cual indica que no hay conciencia en lo discursivo del valor como derecho de participación:

“se les enseña ciudadanía, ellos saben que a los 18 años son ciudadanos, pero mientras

tanto, hay que prepararlos, (...) si se les enseña a producir alimentos se pueden ayudar a la madre “

(Maestra escuela B de tiempo completo)

“Las asambleas de delegados, en cada clase funciona una asamblea, y después se llama a asamblea de delegados, este año hicimos dos recién, porque se van los tiempos. (...) están aprendiendo, les interesa la asamblea, si se suspende por algo están reclamando, uno aspira a que en las clases grandes funcione como una asamblea constituida.”

(Dirección escuela C de tiempo completo)

La percepción de los maestros sobre este espacio de participación, no parece ser positiva, dado que, según el relato, ellos no son propositivos y tienden a no utilizar el espacio de asamblea como debería ser. Los espacios de participación terminan siendo lugares de reclamos, solo se puede emitir opinión. De acuerdo con esto, si el niño o niña no ve reflejado ese esfuerzo en realidades no se sentirá motivado a expresarse y organizarse.

Las asambleas son convocadas por las maestras, y trabajadas a nivel de aula como una disposición de tiempo destinado para la actividad, pero no incorporada como un derecho, o un espacio de construcción de ciudadanía. En este aspecto, los temas vinculados a la alimentación no son dialógicos, son impuestos, desde el parlamento a la escuela y desde la institución a los niños, niñas y familias. La

participación se enfocaría a aspectos como los juegos del recreo, la suciedad, o conflictos puntuales.

Como otro elemento a considerar, es importante mencionar ciertas resistencias, cuando se plantea a un adulto que la opinión del niño o niña presentan igual importancia que la del adulto. De este modo la asimetría de poder se ve igualdad, propiciando una situación de tensión. En este sentido, al decir de Freire, no hay diálogo posible, pese a que exista la estructura, si la propia institución no otorga el poder en la asamblea como herramienta conductora de la vida escolar. (Apud, A, 2007, Freire, P. 2008)

Conocimiento de la Ley

Como último tópico a discutir en relación a los discursos de adultos sobre la Ley, se destaca la uniformidad en relación al desconocimiento de los alcances de la Ley la cual fue adoptada por primaria y comunicada en las escuelas en el año 2014.

Luego de esto, a nivel de primaria y del programa tiempo completo se crean disposiciones particulares (Circular 50 ANEP, 2015), que desalientan la realización de venta escolar en el recreo. En el trabajo de campo se observó, una disociación entre la práctica y el discurso evidenciado en las entrevistas las cuales declaran que todo es casero, pero existe presencia de cajas con alimentos (alfajores, galletitas, golosinas) cuestionados por las propias direcciones entrevistadas.

Mediante las visitas a los centros educativos, se pudo observar que determinados productos (waffles, golosinas alfajores, entre otros) se

encontraban almacenados en la dirección, los cuales constituyen parte de la venta escolar que manifiestan no realizar :

“Algunas veces se hace venta casera, los padres aportan cosas, pero que sea todo casero.” (Maestra, Escuela B de Tiempo Completo).

En el discurso, se tiene incorporado el saber científico, lo normal, lo saludable debe ser trabajado con los niños y las niñas.

Pese a la presencia de un discurso que valida y comparte el mundo saludable, se desconoce con exactitud la Ley. Este dato es interés ,dado que la misma cuenta con 4 años de implementada al momento del trabajo de campo en los centros escolares. Se destaca que del total de entrevistados solo 2 personas manifiestan haber leído el texto de la Ley, nadie supo referenciar la circular 50, de acuerdo con esto la información sobre el tema fue escasa y confusa en ocasiones por parte de los entrevistados.

En este sentido, el manejo de la información, depende del grado de interés de la maestra en la temática; en estos casos se reproduce el discurso de lo saludable, lo casero y natural estableciendo una suerte de jerarquía entre los alimentos.

En virtud de esto, la escuela se convierte en un actor más del campo del Modelo de Alimentación Saludable, normalizando y controlando para formar al ciudadano ejemplar.

Como otro punto a destacar de los relatos, se destaca que en todos los casos se interpreta que la Ley prohíbe la venta de productos no saludables, lo cual no es lo que dice el texto de la misma(Anexo I), por lo cual se trabaja sobre lo impuesto desde los discursos

medicalizadores, se promociona lo saludable, estando de acuerdo o no, para cumplir con el mandato de la circular 50.

“No, no la leí nunca, pero sé que las escuelas no puedan vender productos no saludables”
(Maestra, escuela C de tiempo completo)

“de acuerdo estoy, porque uno trata también de estar más saludable, por salud más que nada, a veces para ellos es medio difícil entender que no pueden traer alfajores, chizitos, porque es un hábito” (Maestra de escuela B de tiempo completo.)

“si trabaje con la ley, no la tengo tan presente, pero desde que salió trabaje con ella.” (...) vos acá no estas formando al consumidor para que utilice otra matriz para alimentarse, vos pusiste una ley, o porque fue un método de emergencia, o se te fue de las manos.
“(Maestra, Escuela C de Tiempo Completo)

“no la conozco y no la he leído” (Maestra, Escuela A de Tiempo Completo)

La ley, llega a la institución sin previo aviso, es adoptada, por las comunidades escolares, como una imposición más, niños y niñas son apenas espectadores de esta realidad. El trabajar con la infancia parece ser la clave de llegar al camino saludable, la estrategia de marketing del modelo, funciona y se impone, como moda de consumo, en la lógica de “cambiamos todo para que las cosas se mantengan, globalmente igual”. Mientras se impone un modelo saludable que

parece ir contra la industria alimentaria, siguen apareciendo nuevos nichos de mercado para lo saludable, todo esto dentro del cerco medicalizador y del mercado de consumo, se vende y de compra salud y la infancia es tomada como rehén de la situación, en los lugares que habita.(Sibilia, 2006)

La voz de los niños y las niñas ...

“Día tras día, se niega a los niños el derecho de ser niños. Los hechos, que se burlan de ese derecho, imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana.”

Galeano.E.1998

Uno de los propósitos de esta tesis es rescatar la voz de la infancia en relación a las políticas que los involucran, para ello se realizaron entrevistas en grupos de escolares integrados por igual cantidad de niños y niñas y siguiendo los criterios previamente pautados en la estrategia metodológica. En las entrevistas al principio se mostraron tímidos y mesurados en sus declaraciones, pero luego se fueron distendiendo para generar una construcción grupal de las respuestas. De las tres entrevistas grupales, participaron seis niños y seis niñas por escuela totalizando treinta y seis.

Se destacan en este análisis algunos aspectos inherentes, a las visiones de salud participación, alimentación que perciben los protagonistas, y a su conocimiento de la legislación que los involucra directamente, al menos en los papeles.

¡Recreo, por favor!

Los niños y niñas, manifiestan por unanimidad, e independientemente de la escuela, el recreo como momentos preferido. Ese momento sin reglas, prima el disfrute, y la ausencia del mundo adulto es la principal motivación a la que hacen referencia.

Les genera gracia, que les pregunten algo “obvio”, los que más le gusta es ese espacio libre, pareciera que las reglas desaparecen por media hora, y ellos pueden ser.

“El recreo, porque podés jugar, nos gusta divertirnos como a todo el mundo, obviamente. El recreo es para que descansen las maestras y nosotros no divirtamos, ellas están ahí tomando mate ... “(Grupo de niños y niñas de la Escuela A de Tiempo Completo.)

“el recreo, porque podés jugar y estar con los compañeros” (Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

“el recreo obvio” (Grupo de niños y niñas de la Escuela A de Tiempo Completo)

“Jugar, divertirse como todo el mundo” (Grupo de niños y niñas de la Escuela C de Tiempo Completo)

Los relatos anteriores, destacan este tiempo libre como lo mejor de la institución, ellos disfrutaban la falta de reglas. Si bien el discurso predominante y casi unánime plantea esto, una voz del grupo

interpela lo anterior manifestando la incompatibilidad de divertirse y concurrir a la escuela.

“Pero a la escuela no vinimos a divertirnos.”
(Grupo de niños y niñas de la Escuela B de
Tiempo Completo)

Al manifestar lo que les gusta ´parecen hacerlo libremente, al mencionar el recreo, sin embargo, se pueden apreciar algunos relatos no tan esperados en un niño o niña, se ven reflejadas voces del mundo adulto, manifestando, los beneficios de estar en una escuela de tiempo completo, destacándose lo bueno de estar más horas en la institución.

“Las maestras, la comida, esta buena la escuela, porque tenemos un espacio bastante grande, esta buen para nosotros que somos de sexto compartir más horario que es el tramo tiempo que nos queda acá” (Grupo de niños y niñas de la Escuela C de Tiempo Completo)

“estar más tiempo con nuestros compañeros, y poder conocer de otras clases” (Grupo de niños y niñas de la Escuela C de Tiempo Completo)

Si bien existen menciones, a otras actividades, siempre son lúdicas y extracurriculares, asociadas a los deportes.

Los niños perciben a la institución como positiva, por las actividades extracurriculares, y el espacio libre. Por otro lado, no se hace mención a los espacios de decisión, dado que eso parece ser cosas propias del mundo adulto y vedadas para ellos, que lo asumen como algo natural, no generándoles preocupación alguna.

El recreo, entonces pasa a ser el tiempo libre, pueden ser “ellos” mismos, durante el intervalo entre campana y campana, se configuran a su modo, y la figura del adulto se diluye. Si bien, ellos se sienten libres, la vigilancia de ese espacio no cesa nunca, pero lo perciben como el espacio escolar motivador por excelencia.

Al respecto del recreo, Bustelo nos dice:

El re-creo es una situación imaginante, es libertad para imaginar, pero para imaginar “otra” cosa. Cuando suena el timbre o la campana llega el momento de la libertad. Pero el re-creo no representa un mero paréntesis entre dos campanas sino un estado de tensión en donde la infancia busca “recrearse” emancipándose de una transmisión totalmente sometida a la adultez. Acabado el re-creo, niños y niñas esperan intensamente el próximo “re-creo”. Su vocación primera es no renunciar nunca a la libertad.

(Bustelo, E. 2008,p.188)

El autor define, ese espacio considerado por los niños y niñas en sus relatos como el más deseado de la institución, por el que vale la pena las otras horas de tareas curriculares. Ese espacio de libertad, es

tomado ahora por la Ley, y el modelo para regular la merienda, y esa libertad, queda relegada al juego, al menos por el momento, dado que la expansión del modelo saludable también trae consigo la actividad física, repetitiva y seriada para “ayudar “aún más a los niños y niñas a alcanzar el objetivo sanitario.

Cuerpo, salud y comer sano

La salud, como algo multicausal está instalada da en los relatos de los y las entrevistados/as, se visualiza en los dichos del grupo un discurso uniforme, de algo que tienen procesado y trabajado a nivel curricular.

La salud es entendida como:

“comer bien, sano sentirse bien, cuidarse comer muchas cosas saludables abrigarse, (...) partes del cuerpo, ser saludable, comer cosas sanas y todo eso. Nos dijo la maestra (...)”
(Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

“Digámosle no al tabaco” (Grupo de niños y niñas de la Escuela A de Tiempo Completo)

“estar sano”, “cuidar el cuerpo”, “hacer ejercicio” y “comer sano”, si alcanzo esas metas tengo salud de lo contrario no, esto nos deja un planteo desde una lógica binaria que simplifica las decisiones y la discusión del acto de comer.

Si bien precisar un concepto de salud, es algo complejo, se denota en ellos y ellas, un discurso no perteneciente a la infancia, sino construido desde el modelo medicalizador, se tiene claro que estar sano implica reducir, riesgos, “cuidarse”.

La salud, como derecho, no es percibida, existiendo un correlato entre el discurso de las maestras y los niños/as, por lo cual no se percibe un conflicto entre algo que es un bien común. La salud es algo tangible, que se refleja únicamente en el cuidado del cuerpo, y todo lo que la currícula integra. Las actividades, recreativas, el divertirse, entre otras declaraciones no son necesarias para la salud, o al menos no son mencionadas como parte del concepto.

Las niñas y niños reproducen un discurso basado en el deber ser, en lo que un adulto espera escuchar de ellos. Esto se sucede como una suerte de perro de Pávlov, se responde a la pregunta con una respuesta refleja propia del discurso del Modelo Saludable.

En virtud de esto, el énfasis que se hace sobre la alimentación y salud, es propia de este modelo que toma al alimento como propio para abordar las enfermedades. La alimentación, es lo primero que nombran al preguntar sobre salud, que implica que cada vez que se menciona salud, respondo “comer bien”.

Si bien en el relato general existe homogeneidad del discurso, al repreguntar, aparecen matices, que se vinculan al grado de interés o motivación de algún adulto referente de los niños y niñas entrevistados. Es decir, hacen referencia directa a que lo que saben de salud lo trabajaron en clase y de ahí es que lo traen a la instancia grupal, no percibiéndolo ellos mismos como algo importante:

Al implementar esta Ley en las escuelas, se genera una producción de discursos tanto en niños como en adultos, que son fieles a los planteos de un modelo saludable. Esto implica que el niño, o niña sea provisto de mensajes de sobre buenos hábitos alimentarios, los cuales deberá llevar a su hogar.

Comer saludable, pasa a ser la norma escrita dentro de la vida escolar, por lo cual los desvíos de esa regla pasan a ser señalados en

el plano del discurso. Niños y niñas saben que comer casero, frutas y verduras es saludable mientras que snacks, refrescos pasan a ser una categoría codiciada, pero de connotación negativa.

Lejos de visualizar la alimentación y la salud como un derecho, y trabajarse como un tema institucional, el desgaste de la propia institución lo hace curricular, lo asume, lo adapta y lo repite. De esta forma se cumple en parte con lo dispuesto en la Ley.

Asamblea, pero no soberana.

El proceso de participación en la escuela es mencionado por los niños y niñas en su relato, pero no como un espacio de participación y decisión, sino como uno de catarsis y encuentro con el mundo adulto, desde una posición de escucha.

El lugar de la asamblea, al parecer no está consolidado, y se pierde como un taller más entre otros, sin contener significado propio y apreciarse como un derecho por parte de ellos.

En virtud de esto, la participación del grupo se convierte en una regla más a cumplir dentro del ámbito escolar, pero no necesariamente una necesidad de ellos y ellas. Como se mencionó antes, es un requisito de la escuela de tiempo completo cumplir con la planificación de las asambleas escolares.

En este sentido, la participación como hecho en sí mismo, pierde significado a no ser realizada bajo un marco de fomento de un derecho. La palabra derecho no fue mencionada nunca, saben detallar los procesos de elecciones de delegados, lo cual termina siendo un premio, otorgado por sus pares mediante votación. pero

dicho privilegio puede ser vedado por la autoridad adulta, cuando se rompen las reglas.

“Yo era delegado, pero me tiraron agua, y el tire tierra, pa dentro de los ojos, y la maestra porque me porte mal y la maestra me lo saco el puesto de delegado”

(Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

“si asambleas hay, a veces es del comedor y el recreo y todo eso” (Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

“discutimos en la clase, temas, es una reunión de la clase donde todos hablan, los temas los proponemos nosotros.” (Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

“la asamblea es para resolver los problemas, y algo, para saber que paso... y no se decir” (Grupo de niños y niñas de la Escuela A de Tiempo Completo)

“son obligatorias y participan todos” (Grupo de niños y niñas de la Escuela C de Tiempo Completo)

“a veces se hacen reuniones con los delegados, con la dirección” (Grupo de niños y niñas de la Escuela A de Tiempo Completo)

“también en las asambleas hay un moderador, un delegado, un presidente, en la clase.”

(Grupo de niños y niñas de la Escuela C de
Tiempo Completo)

Al consultarlo sobre si hay que tomar en cuenta su opinión, quedaron sorprendidos de la pregunta, y no lograron elaborar una respuesta colectiva, manifestando que es importante que los tengan en cuenta.

“Para que si los maestros nos puedan ayudar”
(Grupo de niños y niñas de la Escuela A de
Tiempo Completo)

“nos parece importante que exista ese
espacio, para poder expresarse (...) Nos
sentimos mejor” (Grupo de niños y niñas de la
Escuela B de Tiempo Completo)

La asamblea es relatada como un espacio de escucha, en el cual pueden desahogarse, en un diálogo más franco. Este espacio que es parte de las escuelas de tiempo completo, es utilizado de diversas maneras, en algunos casos oficia de jurado, que sentencia el mal comportamiento, o resuelve inconvenientes, desde la limpieza de los baños hasta el comportamiento en el comedor.

“para sentirnos mejor, hablar de los
problemas, para notar cambios, que las
maestras nos dicen los cambios” (Grupo de
niños y niñas de la Escuela A de Tiempo
Completo)

“a veces en cuarto cuando un niño se porta
mal y nos es casi nada, podemos decidir entre

todos, y los maestros dicen si está bien o está mal, podemos elegir la pena” (Grupo de niños y niñas de la Escuela B de Tiempo Completo)

No hay uniformidad en las escuelas, y el grado de desarrollo del lugar que ocupa la asamblea varia. Siendo en algunas dirigidas por el maestro y en otras instituidas con niños y niñas como reguladores del acontecimiento. Pese a estas diferencias, toda actividad desarrollada en este marco, siempre sucede bajo la vigilancia del mundo adulto quien es el que habilita o no el sitio. La asamblea no es autoconvocada, por los niños y niñas. Esto conlleva, que, al preguntarles por dispositivos de participación, no fuera sencillo diferenciarlos de talleres como huerta o deportes, participar para ellos fue sinónimo de “asistir”, lo cual implico repreguntar directamente por el espacio de asamblea y ahí logran ver la importancia de hablar y expresarse, pero no de participar.

En el relato niñas y niños depositan una gran confianza en los adultos, y entienden que velan por su bien, son sumisos y no se manifiestan molestos en relación a los cambios vividos desde la implementación de la Ley, en consecuencia, les parece positivo que no se vendan esas “porquerías” pero al preguntarles que les gusta comer, las menciones que realizan son: “helados, papas fritas, hamburguesas”

“las maestras , nos dicen las cosas por nuestro bien, son buenos...” (Niña escuela A de Tiempo Completo)

El discurso, saludable es reproducido, pero sin sentido, repiten lo que las maestras, les transmiten, pero no logran incorporarlo, quedando sometidos a la moral nutritiva, lo correcto para comer. Al indagar porque dicen que les gusta comer saludable la respuesta casi

inmediata y a unánime fue “me lo dijo la maestra” ...” La maestra...” Niños y niñas de escuela A, B y C de tiempo completo).

Bajo esta perspectiva, que impone un estilo de alimentación, realizan sus relatos, sin alejarse demasiado de lo que realmente les parece divertido, o placentero para ellos. Se cumplen las reglas para habitar este espacio sitiado por el Modelo de Alimentación Saludable, que desde el año 2014 viene aplicándose en los centros educativos.

Niños y niñas son formados para consumir bajo este modelo saludable, por su propio bien, y el de la sociedad. Se trabaja con ellos estos aspectos, pero a su vez no desde un diálogo franco, por lo cual no hay un interés por el tema desde niñas y niños en las entrevistas. En este orden, se apela a la inocencia de la infancia, para que sean los promotores de salud. Por lo tanto, día a día se los llena de contenidos, que pierden significado y la infancia deberá reproducirlos para librar de los alimentos prohibidos a sus familias y a la comunidad. La infancia pasa a ser transitada como un estado larvario, en el cual depositar modelos a seguir, mientras tanto los derechos pueden esperar ante las urgencias sanitarias de los adultos.

Conclusiones

Con el fin de culminar este trabajo de tesis, se presenta de manera sintética, las principales conclusiones extraídas del proceso de investigación.

En base al trabajo de revisión de la literatura y la evidencia empírica existente, se aprecia la construcción de un Modelo de Alimentación Saludable, elaborado desde las disciplinas médicas.

Este modelo puede se explica tomando los analisis de Foucault sobre el proceso medicalizador de la sociedad, abarcando los conceptos de Rodriguez Zoya sobre la medicamentación de la alimentación y los alimentos.

En este sentido este paradigma configura un sistema que controla, desde el saber especializado, aspectos de la vida cotidiana, la vida pasa a ser un acto médico limitado a la corporalidad y las funciones biológicas.

De este modo, la alimentación se percibe como una práctica médica principalmente ,y por lo cual debe ser controlada y dosificada. Cada personas debe consumir los que esta estipulado desde la ciencia, quien en base al poder asignado por la sociedad, tiene el deber de aconsejar con el fin de evitar el riesgo , de este modo la búsqueda de poseer cuerpos adaptados y activos a las demandas de la sociedad actual.

El Modelo de Alimentación Saludable, constituye los argumentos de la Ley 19.140 que opera como dispositivo biopolítico para regular practicas alimentarias en la infancia.

EL control de la infancia desde la regulación, no es un fenómeno nuevo, históricamente esta categoría social ha sido controlada y amoldada en base a los fines e intereses del mundo adulto. Con el actual desarrollo a nivel de la ciencia, se puede pensar en el desarrollo de una infancia, perfecta, es decir saludable desde la propia selección de genes. El avance constante de la comunidad científica, y el poder que conlleva, propicia un escenario en base a los recursos económicos que disponga una pareja, pueda proyectar un niño o niña a medida. Este tipo de problemas, que plantean dilemas éticos, son necesarios poner en la discusión en relación a los abordajes de las políticas públicas en infancia. Si bien la Ley 19.140, dista de este tipo de estrategias dado que su fin es regular desde la oferta de alimentos en los ámbitos escolares y prohibir la publicidad, es importante reflexionar en relación a las visiones de infancia que se presentan en las fundamentaciones.

La ley 19.140, recorre un proceso de 3 años de en el parlamento, y es votada casi sin discusión, reiterando en sus argumentaciones un discurso hegemónico y medicalizador. Se deja lado a los niños y niñas y su derecho a participar, para controlar los espacios educativos que habitan.

La implementación de la Ley en los centros educativos ha sido sin debate, y aplicada casi de inmediato a ser promulgada en el año 2014. Las instituciones han sido receptoras de la regulación que plantea la legislación casi sin oposición manifiesta.

El discurso de las maestras y directoras es homogéneo en relación a salud, y alimentación y refleja lo impuesto por los estilos de vida saludable. Se evidencia un correlato con la visión medicalizadora de la alimentación, se percibe lo saludable como una meta a perseguir sin cuestionar y como un mandato impuesto por la ciencia. En

concordancia con lo anterior, no se discute si es viable y coherente con el entorno escolar abordar esa problemática.

Sin embargo, se presenta una tensión ante el abordaje de estos tópicos, los discursos intentan salir del esperado, tratando de manifestar algunos debates solapados en relación a la alimentación escolar.

Se cuestiona la incoherencia de lo brindado por la primaria como “alimentación saludable”, y el rol de la misma como proveedora de alimentos. La recarga de las escuelas con las dificultades emergentes de la sociedad, no es por unanimidad aceptada por todas las entrevistadas.

La alimentación saludable, debe repensarse desde los actores centrales, quitando la carga de lo saludable, para alcanzar una alimentación posible, equilibrada con los hábitos, con el fin de no construir desde un “choque” cultural, limitando las soluciones a prohibir, ante la falta de resultados de las políticas planteadas.

Es importante destacar que si bien estos aspectos que surgen de las entrevistas con los adultos que integran el espacio escolar, el rol de ellos se ve desdibujado entre las diversas dificultades que atraviesa la cotidianidad de la vida escolar. Es menester, considerar que la situación de anomia vivida ante la reglamentación impuesta, se genere en los niños y niñas aún mayor desinformación en relación a la temática.

En este sentido, se destaca dentro del espacio escolar la presencia de canales de comunicación entre los adultos referentes y las niñas y niños. La asamblea escolar como espacio de intercambio, es un gran avance en relación al fomento de la participación, no obstante no aparece mencionada como un ámbito apropiado por los escolares entrevistados.

Este recinto de participación infantil termina siendo relegado , o visto como un lugar para resolver problemáticas de convivencia. De los relatos, de los escolares surge la asociación de la asamblea , como el lugar propicio para discutir los juegos, prima una visión utilitaria de la misma.

Los niños y niñas, se sienten escuchados y respetados en el marco de los espacios de decisión de las asambleas. Sin embargo, la participación es un materia a seguir trabajando, en concordancia con lo anterior, el hecho de participar implica que las discusiones lleven a decisiones y estas tengan impactos en varios temas de la vida escolar.

Se entiende necesario seguir trabajando en procura de problematizar las practicas alimentarias en la infancia, fuera del cerco medicalizador y el mercado que se construye desde el Modelo de Alimentación Saludable.

La alimentación escolar, actual pasa a ser altamente tecnificada , en el entendido que todo se piensa desde los aportes y requerimientos energéticos, mezclado con aspectos de la vivencia y experiencia. Cada centro escolar , presenta diversas realidades, por lo cual la implementación de estrategias debe tener una lógica local, en la cual la comunidad se apropie de la dinámica escolar. Esto conlleva la cesión de poder, desde los adultos a los niños y las niñas, para alcanzar acuerdos de trabajo y metas sostenibles.

La alimentación como parte de la vida institucional , implica cambios profundos a nivel educativo, no alcanza con regular los espacios que habita la infancia.

Es necesario pensar, como brindar los espacios libres que ellos destacan del recreo, con el fin de que la socialización prime por sobre las cuestiones médicas a la hora de comer y disfrutar del

tiempo libre. Modificar hábitos implica , trabajo a largo plazo, articulado con todo el sistema alimentario.

El derecho a participar, debe ser trabajado aún más en toda actividad desarrollada en una población cautiva, uniformizada y vigilada, cambiando las lógicas imperantes para contribuir a cambios de modelos por fuera de las reglas de la oferta y demanda de alimentos saludables.

La infancia , debe ser invitada a participar , desde el quehacer de la vida escolar, propiciar que sus ideas, su pensamiento, pase de ser abstracto a convertirse en realidad, sustituyendo al “sujeto sujetado” por un sujeto de derecho, que pueda pensarse libremente.

Bibliografía

Actas parlamentarias discusión de la Ley 19.140, fecha de consulta 20 de julio de 2018 Recuperado en : <https://parlamento.gub.uy/documentosleyes/ficha-asunto/108988/tramite>

Aparecida, M. C., & Ecilia. (2013). Control y medicalización de la infancia. *Desidades*, 1, 12-21.

Apud, A. (2007). Cuaderno de formación del profesorado sobre participación infantil. Enrédate. UNICEF.

Barran, José Pedro, (2015). Historia de la sensibilidad. Tomo 1 La cultura bárbara. Tomo 2 El disciplina miento. Segunda edición. Ediciones Banda Oriental, FHCE. Montevideo.

Bauman, Zygmunt (2002) *Modernidad Líquida*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Zygmunt (2007), *Vida de Consumo*, México, Fondo de Cultura Económica.

Beck, Ulrich; Zygmunt Bauman (1998), *¿Qué es la globalización? Falacias del globalismo, respuestas a la globalización*, Barcelona, Paidós.

Becoña, E., Vázquez, F., & Oblitas, L. (2004). Promoción De Los Estilos De Vida Saludables. *Alapsa.Org*, 1-40. Recuperado a partir de http://www.alapsa.org/detalle/05/id_05_promocion.pdf

Blanco Abarca, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589.

Bragaña, Susana, Carbajal Sandra, Arionka Gonet, Saravia, Luisa. (2008) *Para alimentar la memoria. El licenciado en nutrición en el Uruguay: desde sus orígenes hasta nuestros días*. Universidad de la República. AUDYN, Montevideo

Bustelo, Eduardo. (2007) *El recreo de la infancia. Argumentos para otro comienzo*. 1 era edición, Siglo XXI, Buenos Aires.

Contreras Hernández, J. (2005). La obesidad : una perspectiva sociocultural. *Biblid*, 5(6), 31-52.

Corea, Cristina y Lewkowicz, Ignacio (1999) *¿Se acabó la infancia? Ensayo sobre la destitución de la niñez*, Buenos Aires, Lumen-Humanitas.

Corea, Cristina; Lewkowicz, Ignacio. (2013) *Pedagogía del aburrido.: escuelas destituidas, familias perplejas.* 1era edición, 8va reimpresión. Paidós. Buenos Aires.

De Domingo-Bartolomé, M., & López-Guzmán, J. (2014). La «Medicalización» De Los Alimentos. the «Medicalization» of Food., 18(2), 170-183. <http://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.7>

Del Castillo, S. E., Patiño, G. a., & Herrán, O. F. (2012). Inseguridad alimentaria: variables asociadas y elementos para la política social. *Biomédica*, 32(4), 545-556. <http://doi.org/10.7705/biomedica.v32i4.766>

Duschatzky, Silvia, (2008). *Tutelados y asistidos. Programas sociales, Políticas Públicas y subjetividades.* 1era edición, 2da reimpresión, Paidós, Buenos Aires.

Duschatzky, Silvia, Corea Cristina. (2014) *Chicos en banda: los cambios de la subjetividad en el declive de las instituciones.* Capítulo 4 , página 69 Paidós , 1ra edición, 9 na reimpresión. Buenos Aires.

Fennema, Owen, (2008) *Food Chemistry*, CRC press, Kentucky.

Foucault, Michel (2014) *Historia de la sexualidad volumen 2. El uso de los placeres* 1era edición especial. Siglo XXI editores. Buenos Aires. Capítulo 2. *Dietética* pag. 107.

------(2016) *Historia de la sexualidad volumen 1. La voluntad del saber.* 2da edición. 7ma reimpresión. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

Foucault, M. (1977). *Historia de la Medicalización. Educación médica y salud*, 11(1), 3-25. <http://doi.org/10.1016/j.angio.2014.05.001>

Freire, Paulo (2003) *Pedagogía del oprimido.* Capitulo III. Pag. 97. 1era edición, 1era reimpresión. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

Giddens Anthony (1985) *El capitalismo y la moderna teoría social.* Editorial Labor, Barcelona.

Giddens, Anthony (1995) *Modernidad e identidad del yo.* Península, Barcelona

Giddens, Anthony(2000), *La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia.* Capítulo 2. Cinco dilemas. Pag. 39. Editorial Taurus. Buenos Aires.

Gómez Candela, C. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria*, 24(4), 10-13.

Gracia-Arnaiz, M. (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. *Salud Pública de México*, 49(3). <http://doi.org/10.1590/S0036-36342007000300009>

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Uruguay en Cifras. 1*, 132. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Jorge, D. P., & Yngrid, C. (2014). Políticas alimentarias y nutricionales en los sistemas nacionales de salud. *An Venez Nutr*, 27(1), 143-152. Recuperado a partir de [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](https://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)

Latham, M. C. (2001). Nutrición Humana En El Mundo En Desarrollo. *Nutrición Humana En El Mundo En Desarrollo*, 89. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Lapoujade, A. L. (2016). Dieta saludable, alimentos puros y purificación en el mundo grecolatino. *Healthy Diet, Pure Food and Purification in the Greco-Roman World.*, 33(2), 109-121. <https://doi.org/10.19130/iifl.nt.2016.33.2.711>

Leopold Costábile, Sandra (2014.). Los laberintos de la infancia: discursos, representaciones y crítica. Ediciones Universitarias. Montevideo

Ley N° 19140 Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables. IMPO, fecha de consulta 20 de julio de 2017

Recuperado en : <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19140-2013>

Manuel, J., Cano, M., Julia, A., & Ramos, S. (2013). Elementos de análisis de la educación para la alimentación saludable en la escuela primaria.

Martinez, J. E. (2014). Construyendo los cuerpos « perfectos ». Implicaciones culturales del culto al cuerpo y la alimentación en la vigorexia. *Universitas*, (21), 77-99.

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. La antropología médica en México.

Morales Calatayud, F. (2012). Health Psychology. Achievements and Questions After Four Decades of Development. *PSIENCIA Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. <http://doi.org/10.5872/psiencia/4.2.71>

Muñoz-Sánchez, V., & Pérez Flores, A. M. (2015). Acercamiento a las implicaciones existentes entre alimentación, calidad de vida y hábitos de vida saludables en la actualidad (Approaching existing implications between food, quality of life and healthy lifestyles today). *Revista de Humanidades*, 0(25), 11. <http://doi.org/10.5944/rdh.25.2015.1584>.

Muchnik, J. (2006). Identidad territorial y calidad de los alimentos: procesos de calificación y competencias de los consumidores. *Agroalimentaria*, 22(i), 89-98.

Narodowski, Mariano (2007) Infancia y poder. La conformación de la pedagogía moderna. 1era edición. Aique Grupo editor. Buenos Aires.

Palomeque, Agapo Luis (2012). Historia de la educación uruguaya. Tomo 3. La educación uruguaya 1886-1930. Ediciones de la plaza. Montevideo.

Pereira, P, Aispuro, M, Gribov, D, Meerhoff, G, Natero, V, Olivetti, M, Risso, F, Santín, V y Valdés, F. (2017.). Los alimentos y la infancia desde una mirada interdisciplinar. Ediciones Universitarias.

Pereira, Pablo, Curuchet, María Rosa, Turra Sergio, Roqueta Ana María, Severi Cecilia, Nari, María del Huerto. (2011) Aportes para la discusión de las políticas de alimentación y nutrición en Uruguay. AUDYN. Montevideo

Pérez-lópez, I. J., & Tercedor, P. (2015). Efectos de los programas escolares de promoción de actividad física y alimentación en adolescentes españoles : revisión sistemática, 32(2), 534-544. <http://doi.org/10.3305/nh.2015.32.2.9144>

Rodriguez Zoya.P. (2015). Alimentación y medicalización . Análisis de un dispositivo de cuidado personal y potenciación de la salud. Sociologica, 86, 201-234

----- (2008). La compleja trama de la medicalización alimentaria, 1-11.

Rolnik, S., & Guattari, F. (2006). Micropolítica. Cartografías del deseo. Traficantes de sueños. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Saint - Exupéry, A. d. (2004). El principito: Antoine de Saint - Exupéry (1a. ed.--.). México D.F.: Publimexi.

Salazar,R.,Soria, S.,Nari,M.(2007)" Acercándonos a la alimentación a través de los tiempos"Dorteau Ediciones, Montevideo

Sibilia, Paula. (2005) El hombre postorganico. Cuerpos, subjetividad y tecnologías digitales. Titivillus, e Pub base r1.2 Madrid

Unicef, Programa mundial de alimentos, & Organización Panamericana de la Salud. (2010). Alimentacion y nutricion del niño pequeño. Memoria de la reunión subregional de los países de mesoamérica. *Únete Por La Niñez*, 1-152. Retrieved from http://www.unicef.org/lac/Reunion_Nutricion_1_21_2011.pdf

Vivas, E. (2008). La cadena agroalimentaria: un monopolio de origen a fin. Boletín ECOS, 4, 14-17. Recuperado a partir de http://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Boletin_ECOS/Boletin_4/Cadena_alimentaria_E_VIVAS.pdf

Volnovich, Juan Carlos (1999), El niño del “siglo del niño”. Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires.

Weinstein, Luis. (1978), Salud y autogestión. La antimedicina puesta a examen. Capítulo 1. El concepto de salud.pag.21. 1era edición, Nordan-Comunidad. Montevideo.

Who, J., & Consultation, F. A. O. E. (2003). *DIET , NUTRITION AND THE PREVENTION OF* Report of a Joint WHO / FAO Expert Consultation.