

En *Luchas por la hegemonía, historia y etnografía en la provincia de Misiones, Argentina*. Posadas (Argentina): EDUNAM - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones.

# Entre la política y el sufrimiento. El Programa Hambre Cero entre los pobladores de un asentamiento en la Ciudad de Posadas-Misiones.

Avalos, Miguel.

Cita:

Avalos, Miguel (2018). *Entre la política y el sufrimiento. El Programa Hambre Cero entre los pobladores de un asentamiento en la Ciudad de Posadas-Misiones*. En *Luchas por la hegemonía, historia y etnografía en la provincia de Misiones, Argentina*. Posadas (Argentina): EDUNAM - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/miguel.avalos/20>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptgb/nSg>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica* es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. *Acta Académica* fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

# LUCHAS POR LA HEGEMONÍA

Historia y etnografías en la Provincia de Misiones, Argentina

Fernando Jaime  
Miguel Ávalos  
Fernanda Báez  
Adriana Carísimo  
Carolina Detke  
Laura Ebenau  
Javier Ferragut  
María Claudia Giménez  
Elías Gómez  
Carlos Gutiérrez  
Diana Haugg  
Arturo Medina  
Anita Minder  
Yésica Pelinski  
Betiana Tavarez

EDITORIAL UNIVERSITARIA

EDITORIAL UNIVERSITARIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES

Cnel. José Félix Bogado 2160  
Posadas - Misiones - Tel-Fax 0054 376 4428601

Correo electrónico:  
ventas@editorial.unam.com.ar

Página web:  
www.editorial.unam.edu.ar

Colección: Ediciones especiales  
Coordinación de la edición: Claudio O. Zalazar

Luchas por la hegemonía: historia y etnografía en en la provincia de Misiones, Argentina / Fernando Gabriel Jaume ... [et al.]. - 1ª ed . - Posadas: Edunam - Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones, 2017.  
448 p. ; 225 x 155 mm.  
ISBN 978-950-579-462-1  
1. Patrimonio Cultural. 2. Hegemonía. 3. Militancia Política.  
CDD 306.09

Hecho el depósito de la Ley N° 11.723  
Impreso en Argentina  
ISBN: 978-950-579-462-1  
©Editorial Universitaria  
Universidad Nacional de Misiones, Posadas, 2018  
Todos los derechos reservados para la primera edición

## CAPÍTULO 12

### ENTRE LA POLÍTICA Y EL SUFRIMIENTO EL PROGRAMA HAMBRE CERO ENTRE LOS POBLADORES DE UN ASENTAMIENTO EN LA CIUDAD DE POSADAS-MISIONES<sup>320</sup>

Ella se desmayó, la desmayaron.  
Al lavarle el estómago los médicos lo encontraron vacío,  
lleno de hambre, de hambre y de misterio.

Joaquín Pasos

|| Miguel Ávalos

#### La salud, el padecimiento y lo político

La salud, la enfermedad y la atención son aspectos que conforman un proceso dinámico y multifacético que atraviesa la vida cotidiana de los sujetos y los conjuntos sociales. Dicho proceso se da allí donde los actores, individuales e institucionales, vehiculizan representaciones y prácticas en torno a lo que entienden social y políticamente como lo sano y/o como lo enfermo, y con los modos en que se proponen tratarlo (o no).

En este trabajo reconocemos que la experiencia de los sujetos está signada por una “trama de relaciones intersubjetivas, construida y reconstruida histórica y socialmente en una diversidad de dimensiones” (Grimberg, 2003: 81), donde se entremezclan vida cotidiana y procesos estructurales que operan a nivel societal. De modo que sufrir un padecimiento (*illness*) y/o una enfermedad (*disease*) supera las barreras de lo individual, de manera tal que la experiencia misma del padecer debe entenderse como parte de una construcción social y cultural (*sickness*) (Singer, 2004).

Si bien cada sujeto vive un padecimiento según sus características individuales (en su materialidad orgánica), este es a su vez parte de una construcción sociocultural. Así, el comportamiento para la atención (o no) es un proceso plural y dinámico (Menéndez, 2003; Sacchi *et al.*, 2007) atravesado

---

320- El presente artículo es una versión revisada y ampliada de la conferencia presentada en el VII Congreso de Salud, Cultura y Educación: “Desnutrición en Misiones: entre la enfermedad y la despolitización”. Ituzaingó, Corrientes. Octubre, 2016.

por relaciones de poder, por luchas para imponer sentidos y resistencias a las formas hegemónicas, donde las realidades locales están interconectadas a las lógicas regionales, nacionales e internacionales (Fassin, 2016).

Además de la estructuralidad de este proceso –es decir que atraviesa a todo el conjunto social y sus estratos–, podemos apuntarle otras características: es universal –experimentado por todos los sujetos y grupos humanos–; es históricamente variable –no es fijo ni igual a sí mismo, es vivido en un tiempo y un espacio puntual, en cuyo contexto debe ser entendido–; y es instituyente de sujetos y grupos –moldea a las formas de ser, de ver y de verse en el mundo– (Ávalos, 2016; Menéndez, 1994; 2003).

Aquello que se entiende por salud o relativo a la salud y aquello que se entiende por enfermedad o lo que se relaciona con lo enfermo, es una relación históricamente construida, objeto de disputas y luchas, donde los agentes intentan imponer su visión sobre lo que es la salud y lo que hay que tratar –social y políticamente– como un problema de salud (Fassin, 2004).

En nuestra sociedad occidental –industrial y capitalista– la forma de entender y atender a la salud que se ha posicionado como la más prominente es la biomédica (Foucault, 2014), constituyéndose en el modelo médico hegemónico en la mayoría de las sociedades contemporáneas, gozando como tal de la legalidad conferida por el Estado y a su vez funcionando como engranaje vital del “poder sobre la vida” ejercido por este.

Las políticas públicas, que son la puesta en marcha de ese “gobierno de la vida” (Foucault, 1991), “regulan y organizan las sociedades contemporáneas” (Shore, 2010: 36), construyendo activamente categorías de subjetivación, dando forma a las identidades de aquellos ciudadanos que son objetos de dichas políticas.

Si bien es cierto que la biomedicina ha desempeñado un papel activo en la conformación de las subjetividades a lo largo del tiempo, actualmente podemos decir que esta agencia ha tomado “rasgos característicos que distinguen las formas contemporáneas de subjetivación biomédica” (Rose, 2012: 60). Los avances de la ciencia y la tecnología tienen un rol central en la nueva forma de agencia biomédica. Su marca en la experiencia de los actores sociales, en la conformación de sus sub-

jetividades y también en las prácticas e identidades grupales, han sido señaladas por algunos autores como instituyentes de nuevas formas de socialidad o ciudadanía<sup>321</sup>.

Entendemos entonces que el cuerpo, en especial el cuerpo enfermo, el cuerpo de aquel que padece (y el proceso de salud/enfermedad/atención en sí) no es apolítico sino todo lo contrario, “si hay un lugar en donde el poder se manifiesta, es justamente en la carne del individuo” (Fassin, 2003: 50).

Para pensar este aspecto político de la salud-enfermedad-atención trataremos la aplicación del Programa Provincial de Recuperación Nutricional Hambre Cero entre los pobladores de un asentamiento informal de la ciudad de Posadas. En este artículo nos preguntamos ¿de qué manera se propone tratar el problema social del hambre este programa? ¿De qué modo entra en juego la desnutrición –como problema médico– en su ejecución? ¿Podemos pensar que existen identidades generadas a partir de su implementación? ¿Qué moralidades están en juego? ¿Qué aspectos de la vida adquieren preponderancia y qué aspectos son invisibilizados? ¿Cuál es la forma en que el Estado entiende y atiende a los ciudadanos? ¿Podemos decir que hay una lógica implícita en esta manera de tratar las desigualdades sociales? ¿De qué manera se vinculan: salud-enfermedad, política y políticas públicas?

En este trabajo intentamos focalizar en aquellas “realidades triviales del biopoder”<sup>322</sup>, que tienen que ver con “aque- llos fenómenos más difusos, pero no menos significativos de las formas actuales del gobierno de la vida, y con las realidades menos espectaculares, pero igualmente fecundas sobre el cuerpo”. Realidades triviales del biopoder que son reveladas en las políticas sociales y sanitarias implementadas por los Estados, las cuales dejan su impronta en los cuerpos y en las experiencias de los ciudadanos.

---

321- Conceptos como el de “biosocialidad” (Rabinow, 1996), “ciudadanía genética” (Heath, Rapp y Taussing, 2004), o “ciudadanía biológica” (Rose y Novas, 2004) son trabajados en la actualidad por la antropología médica, aunque no los abordaremos en esta oportunidad.

322- Fassin propone la idea de “realidades triviales del biopoder” en contraposición a aquellas investigaciones en ciencias sociales basadas únicamente en los progresos de la biología.

## Caracterización de la población y metodología

El presente trabajo, desde un enfoque etnográfico, recupera la perspectiva de actores barriales a través de las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres, madres, cuyos hijos son beneficiarios del Programa Provincial de Recuperación Nutricional Hambre Cero (en adelante PPHC) residentes en El Trigal; durante la estadía en campo entre los años 2013 y 2015<sup>323</sup>. Además, realizamos entrevistas a agentes municipales de la Dirección de Acción Social y a promotores de salud que desarrollaban su trabajo en esa jurisdicción en el contexto del mismo trabajo.

El Trigal es un asentamiento del tipo informal, definido así por sus particularidades: “hacinamiento crítico, estado precario de la vivienda (en relación a su estructura física y a su entorno), ausencia de algunos de los servicios públicos e ilegalidad de la tenencia” (Echeverri y Orsini, 2011). Ubicado en la zona oeste de la Ciudad de Posadas, capital de la provincia de Misiones. Según datos relevados en el año 2013 por el centro de salud más próximo, residen allí entre 100 y 130 familias.

El Informe Pobur 2000<sup>324</sup> caracterizaba este segmento de la zona oeste de la ciudad de Posadas como uno de los “bolsones de pobreza” (Sintes *et al.*, 2000). En El Trigal algunos vecinos están asentados en terrenos privados, otros son propietarios, otros asentados sobre terrenos correspondientes a calles y veredas. Aquí la provisión de agua es a través de canillas públicas, la mayoría posee conexión eléctrica clandestina y solo las viviendas linderas con las avenidas cuentan con alumbrado público y servicio de recolección de residuos. Muchas de las viviendas han sido levantadas sobre terrenos privados, otras están dentro de la denominada cota de afectación o de seguridad de la Represa Yacyretá y hay quienes habitan en terrenos destinados al trazado de calles o también en terrenos del fisco.

---

323- Las entrevistas aquí utilizadas se realizaron en el marco de una investigación más amplia para la monografía final del grado en Antropología Social FHyCS-UNaM (Ávalos, 2017). En la investigación hemos cambiado tanto el nombre del asentamiento como los nombres de nuestros informantes para resguardar sus identidades.

324- Programa de Investigación y Desarrollo Conicet, UNaM, sobre Pobreza Urbana en 1989: “Determinantes Estructurales y Estrategias Adaptativas en la Pobreza Urbana: Posadas, Misiones”, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.

Las condiciones laborales de los habitantes son en su mayoría del tipo informal –en negro– o desocupados. Las ocupaciones más frecuentes de los varones: albañiles, pescadores, carpinteros, electricistas, plomeros, pintores, cartoneros. Con respecto a las ocupaciones de las mujeres encontramos: amas de casa, empleadas domésticas, lavanderas, planchadoras. Los jefes de hogar generalmente alcanzan el nivel primario completo, aunque también nos encontramos con casos en los cuales la primaria es incompleta o incluso son analfabetos. Un número importante de los que viven en el asentamiento migraron desde el interior de la provincia, muchos motivados por la crisis del sector agrícola (Bartolomé, 1985).

La compleja trama de relaciones que se establece en torno a un padecimiento incluye dentro de sí a las condiciones de vida en las cuales los sujetos viven, padecen, se curan y/o mueren. Junto a López Arellano (*et al.*) reconocemos que las formas de producción (el trabajo, las condiciones de vida), el consumo (el acceso a los distintos bienes y servicios necesarios para la producción y la reproducción doméstica) y su lógica distributiva –en donde el Estado cumple un papel esencial– “son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales” (2008: 324).

Antes de caracterizar al PPHC conviene que lo entendamos en el contexto de los otros programas y planes que forman parte de las políticas sociales en la Argentina.

## **Políticas y alimentación**

En Argentina, desde los años noventa, la cuestión social es problematizada mediante un enfoque “abstracto y fragmentador de la realidad social” (Vaccarisi, 2005) que disocia las condiciones de vida y las de trabajo. Era justamente esa relación entre trabajo y condiciones de vida la que estaba ligada al modelo universalista, propio del Estado Benefactor (Belmartino, Levín, y Repetto, 2001; Grassi, Hintze y Neufeld, 1994). Con el avance del neoliberalismo, la responsabilidad asumida por el Estado se limita a “garantizar las necesidades básicas”. En este sentido, Veccarisi (2005) llama la atención y señala que estas políticas públicas que buscan atender necesidades

básicas están permeadas por el concepto de “carencia”. Y afirma, más adelante, que “concebir las necesidades tan solo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico”.

Así las políticas sociales “tienen capacidad de normatizar y normalizar, en tanto el Estado se constituye en un actor (y en un ámbito) en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos *merecedores* de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento” (Grassi, 2003 citado en Hintze, 2007). Para el caso de las políticas sociales alimentarias, son aquellas “intervenciones públicas destinadas a influir en el consumo de alimentos” que asumen diferentes formas a lo largo de la historia (Vaccarisi, 2005).

En nuestro país, las políticas sociales en materia alimentaria han tenido su historia. Podemos señalar: a) la Ley Palacios en los años 30, que se proponía la entrega de leche a las mujeres gestantes y a los niños entre los dos y los seis años de edad; b) los programas de Comedores Escolares en sus diferentes versiones; pasando por el Plan Alimentario Nacional –PAN– impulsado por Alfonsín, hasta los más recientes: Programa de Nutrición y Alimentación Nacional y Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) (Britos *et al.*, 2003).

A nivel internacional también debemos mencionar las distintas políticas desarrolladas por organismos supra nacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud), con la “Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud” aprobada en 2004, por ejemplo, o la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura), en conjunto con la multinacional sueca Tetra Pak, y sus Programas de Leche Escolar en América Latina.

Todas las iniciativas en materia de políticas socioalimentarias siguen, en mayor o menor medida, algunos de los siguientes protocolos en la focalización de sus acciones: intervención en la cadena alimentaria, distribución gratuita de alimentos o apoyo a la producción de alimentos para el autoconsumo (Vaccarisi, 2001:8).

## Programa Hambre Cero: tratar la “enfermedad” del hambre

El Programa Provincial de Recuperación Nutricional Hambre Cero (PPHC) surge en el contexto de una marcada situación de pobreza en la provincia de Misiones, para intentar dar respuesta a la problemática del hambre y la desnutrición<sup>325</sup>. Las situaciones dramáticas difundidas por la prensa gráfica y televisiva en el año 2010, tanto nacional como local, conminaron al gobierno de la Renovación<sup>326</sup> no solo a reconocer el problema del hambre, sino también a establecer estrategias puntuales tendientes a atenuarlo, marcando una impronta en su agenda política y aprobando mediante el decreto 1375/2010<sup>327</sup> la creación del programa.

Desde el comienzo, el PPHC ha sido financiado por el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria (PNSA) en dos de sus líneas: el Programa de Fortalecimiento Alimentario Nutricional y el Programa de Asistencia Alimentaria Escolar (Díaz Langou *et al.*, 2011: 69).

Casi a finales de su primera gestión, en la alocución inicial de las sesiones legislativas de mayo del 2010, el gobernador Maurice Closs decía:

Debemos ocuparnos todos por identificar e ir a rescatar aquellos niños que por razones sociales, culturales, familiares, todavía tienen hambre, todavía sufren la infamia de la desnutrición y que todavía están fuera del sistema escolar. El “Hambre Cero” en Misiones va a ser una obsesión de este Gobierno, pero solo lo vamos a lograr con el esfuerzo y el compromiso de todos. Insisto, con la generación de empleo y la asignación universal por hijo se le está dando un golpe mortal a la pobreza estructural; ahora nos queda un trabajo de hormiga, personalizado, casa por casa, calle por calle, para detectar en los 75 municipios de la provincia aquellos niños que aún tienen hambre.

Tomándose este como el discurso inaugural del programa, el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia (en adelante

---

325- Según datos del Instituto Nacional de Tecnología Industrial, en el 2010, Misiones era la provincia con mayor incidencia de pobreza –en términos relativos– de todo el país, con un 29,5 % de pobres (INTI, 2010).

326- La Renovación (Frente Renovador de la Concordia Social) es el partido gobernante en la provincia de Misiones desde el año 2003 hasta nuestros días.

327- Si bien el decreto instituye el 1º de junio de 2010 como el día de inicio del PPHC, tiene fecha del 24 de agosto del 2010 y es publicado en el Boletín Oficial de la Provincia recién el 7 de febrero del 2011.

MDS) asume su control y establece las acciones tendientes a “identificar y rescatar” a los niños de entre 0 y 6 años con “problemas de alimentación”. Se reconoció a octubre de ese año “6000 chicos con este problema, de los cuales 1000 tenían un problema complejo de desnutrición” (Closs, Nota del Diario Perfil, 26/10/2010). Fue justamente en ese mes de octubre de 2010 que fallecieron dos niños misioneros a causa de desnutrición, ambos estaban incluidos en el PPHC<sup>328</sup>.

Luego de algunos meses, concejales de Posadas presentaron varias denuncias por desmanejos de los fondos públicos y, en algunos casos, denuncias penales por abandono de persona<sup>329</sup>. Estas situaciones, en plena campaña electoral (las elecciones generales se realizarían el 26 de junio del 2011) obligaron a la Renovación a introducir cambios en el Programa. Éste pasó entonces a la órbita del Ministerio de Derechos Humanos (en adelante MDDHH), hasta fines del 2015. Fue a mediados de ese año cuando el gobierno firmó un convenio con la Fundación Conin<sup>330</sup>, para implementar una nueva forma de atención a aquellos beneficiarios del PPHC. En ocasión de la firma de aquel convenio, el gobernador Closs dijo: “Y nos dimos cuenta que esto, como lo habíamos concebido... hacía agua por todos lados”.

En diciembre del 2015 asumió la nueva administración, encabezada por el gobernador Hugo Passalacqua, a partir de ese momento el programa volvió a estar a cargo del Ministerio de Desarrollo Social<sup>331</sup>.

Inicialmente, siguiendo el plan de acción delineado por el MDS, el funcionamiento era el siguiente: establecer la población objetivo (personas de entre 0 y 18 años, mayores de 60 y discapacitados con problemas de desnutrición). A esta

---

328- M. B. (niña de 15 meses de edad que residía en la localidad de Montecarlo) y H. D. (niño de 2 años de la localidad de Apóstoles).

329- Diario Noticias de la Calle. 14/10/2010. Posadas. Misiones.

330- Fundación creada en Mendoza, basada en una experiencia chilena, que se propone luchar contra la desnutrición infantil en la Argentina, presidida por el Dr. Abel Albino.

331- Asumir la problemática de la desnutrición en la provincia, y con lo que eso acarrea: necesidad de establecer mecanismos políticos que la solucionen estructuralmente y a largo plazo, significaba costos políticos que ningún ministro estaba dispuesto a asumir. Hasta que a fines del 2010 el programa queda bajo la órbita del Ministerio de Derechos Humanos provincial. Esta cuestión tampoco nos parece inocente. Considerar al problema del hambre como una cuestión “humanitaria” es una línea interesante de investigación (Fassin, 2016).

población se la detectaba en los centros de salud (Centro de Atención Primaria de la Salud, CAPS), especialmente aquellos beneficiarios del Plan Mamá<sup>332</sup> y del Plan Nacer<sup>333</sup> cuando asistían a los controles de rutina. Además, se previeron operativos escolares, se consideraron denuncias de algunas ONG o instituciones eclesiales y se realizaron operativos territoriales en los municipios. Luego de la detección de las personas y el posterior diagnóstico médico, pasaban a la siguiente etapa que consistía en la evaluación diagnóstica de la “condición social del hogar”. Aquellos que no contaban con cobertura social accedían al “Plan Social H0” (Hambre Cero), se les otorgaba la llamada tarjeta social o tarjeta alimentaria (subsidio de \$180 mensuales, entregado mediante tarjeta de débito, en cooperación con el IPLyC, Instituto Provincial de Loterías y Casinos-Sociedad del Estado) y además se les asignaba un padrino. A los que contaban con cobertura social no se les entregaba esa “tarjeta social” pero sí se les asignaba un padrino<sup>334</sup>.

Desde sus inicios hasta hoy, el rol del Ministerio de Salud Pública ha sido importante para la organización y puesta en marcha del PPHC ya que el ingreso al Programa es a través de Salud Pública. Son los médicos y promotores de salud (provinciales y municipales) los actores principales, según el plan de acción delineado por Desarrollo Social.

Dos acciones fueron centrales en la detección de casos de desnutrición entre los pobladores de El Trigal, por un lado, los controles a las madres incluidas en el Plan Mamá o Nacer y, por el otro, las visitas realizadas por los promotores de salud a la zona de El Trigal, como parte de aquellas actividades de “detección de necesidades” (Sintes, 2003: 108), donde si bien no participaban “profesionales” del sector salud, tales como médicos, los trabajadores sociales o promotores de salud fueron capaces de dar con los niños “con bajo peso”, mediante la puesta en marcha de esa especie de “mirada médica” (Foucault, 2014) o lo que ellos llaman “ojo clínico”.

---

332- Plan Mamá: dependiente de la vicegobernación de la Provincia de Misiones, orientado a optimizar la protección integral de la mamá y el bebé.

333- Plan Nacer: dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, beneficia a mujeres embarazadas hasta 45 días posteriores al parto y a los niños y niñas de hasta seis años sin obra social.

334- Cabe recordar que fue precisamente en diciembre del año 2009 cuando se instituye la Asignación Universal por Hijo como seguro social, a nivel nacional.

Independientemente de que el programa se hallase bajo la égida del MDS o del MDDHH, tal como relata un informante para el caso de la Ciudad de Posadas, la Comuna local es otro actor institucional importante: “siempre los recursos humanos, y muchas veces los recursos materiales, provenían o del Ministerio de Salud Pública o de la Municipalidad” (NdC<sup>335</sup>, 30/04/2015). Ha sido precisamente la Municipalidad de Posadas, con sus agentes dependientes de la Dirección de Acción Social, la ejecutora de las visitas oficiales de control desde los inicios del programa hasta la actualidad; de manera simultánea con las visitas realizadas por los promotores de salud de la zona. De hecho, es la comuna capitalina la que tiene el registro de los inscriptos en el programa que residen en Posadas y la que cruza los datos para la asignación de los padrinos<sup>336</sup>.

La convergencia de varios actores institucionales, nacionales, provinciales y municipales ha resultado en algunas dificultades, según funcionarios informantes, entre las que se señalan: el (des)control de la acción o gestión de los padrinos, los obstáculos para articular los convenios entre el programa y las Ferias Francas para la obtención de bolsones de verduras y las dificultades para garantizar la inclusión y participación de las comunidades mbya guaraní, entre otras<sup>337</sup>.

Otro factor que muestra la molestia de funcionarios del gobierno con la problemática del hambre y la desnutrición es que el programa nunca se institucionalizó mediante una ley puntual. Desde sus inicios en mayo del 2010 hasta hoy, el PPHC no se encuentra legislado en la provincia más que por decreto del gobernador, aunque sí se registran diversas iniciativas en la Cámara de Diputados, a pesar de que todas ellas han pasado a archivo<sup>338</sup>.

---

335- NdC: Nota de campo.

336- El padrinzago que se propone desde el programa no ha dado los resultados esperados, al menos es lo que refieren nuestros informantes. A cada beneficiario se le asigna un padrino que “por lo general es un político o empleado estatal de jerarquía” (NdC, 30/04/2015). Este tiene que encargarse de realizar una especie de seguimiento a su ahijado/a, contribuyendo con algún bolsón de alimentos u otro tipo de necesidad material. El padrino releva además información sobre el estado de salud del niño e informa posibles eventos que considere anormales.

337- Otro actor institucional que se suma a esta trama es la Dirección de Asuntos Guaraníes de la Provincia.

338- Proyectos de ley: D-34411-10; D-33409-10; D-35870-11; D-36300-12.

## Hambre Cero en El Trigal

La Municipalidad de Posadas suele realizar, por diferentes motivos, relevamientos o visitas al asentamiento, ya sea por pedido de algún vecino para el cambio de las chapas de su casilla o, por ejemplo, para la entrega de algún bolsón de alimentos (provista) para determinada familia. Así fue el caso de Herminia, quien se comunicó con la dirección de Acción Social de la Municipalidad para reponer las chapas de su casilla porque las de cartón se habían roto por una “granizada”. Los agentes municipales la visitaron y, en el momento del relevamiento, mientras contaban las chapas, la trabajadora social vio a uno de sus hijos y sugirió “tu nene está muy flaquito, llevalo al hospital que le vea el médico”.

Asimismo, la promotora narró otro caso acontecido durante una visita al hogar de una mujer incluida en el Plan Mamá “para que le firme los papeles de la cuna”, para su hijo recién nacido. En ese momento notó la necesidad de que se instale la letrina para esa familia y además constató que los otros hijos “tenían bajo peso” y que debían ser incluidos en el PPHC; para ello le pidió que llevara sus hijos al control en el hospital. De este modo, por una o por otra vía, los niños y sus madres son llevados al sector salud.

El espacio común para todos los incluidos en el PPHC es el hospital, allí se les diagnostica el “bajo peso”, paso ineludible para su inclusión en el programa. Así, al categorizar al niño “con bajo peso” o “desnutrido”, están habilitados para normalizarlo y controlarlo, haciéndolo sujeto de una rutina burocratizada. De esta manera se configura la autoridad médica, como la única capacitada para señalar quiénes son los merecedores de la intervención estatal, siendo el sufrimiento que implica la desnutrición el que moviliza los resortes de esta política, legitimando sus discursos y prácticas.

La disposición del Estado de actuar frente a un problema de salud (desnutrición o bajo peso) pero no frente a un problema sociopolítico (falta de escolarización, hambre, precarización laboral o desocupación, falta de vivienda digna, etc.), pone de manifiesto un manejo específico y no inocente de las prioridades.

Que la puerta de acceso al PPHC sea Salud Pública, un consultorio médico, no es un sin sentido. Consideramos que responde a un proceso mucho más amplio y complejo, en donde la medicalización es parte integral, en tanto es necesario un diagnóstico médico –la comprobación de un sufrimiento– para que cierta población acceda a un beneficio social. Como vemos, existe un estatus singular otorgado a la salud y a lo que a ella se refiere en esta política social.

Esta prioridad dada a lo viviente, donde “es preciso decirle a la administración que el cuerpo sufre para suscitar su generosidad” (Fassin, 2003: 51), es denominada por Fassin como *biolegitimidad*<sup>339</sup>. Dicha legitimidad es puesta en marcha en las situaciones en las que “el cuerpo, enfermo o sufrido, está dotado de una suerte de reconocimiento social que en última instancia se intenta hacer valer cuando todos los otros fundamentos de una legitimidad parecieran haber sido agotados” (Fassin, 2003: 53). Este reconocimiento del sufrimiento individual como el otorgante de derechos es una “política del sufrimiento” (Fassin, 1999), dado que no es la ley la que se impone al cuerpo –en tanto garante de derechos–, sino que “*es el cuerpo el que da derecho*, a título de la enfermedad o del sufrimiento” (Fassin, 2003: 52, énfasis del autor).

De una manera similar al proceso desencadenado en los 80 durante la epidemia del saturnismo en la Francia<sup>340</sup>, creemos que las *biológicas* se han puesto en marcha en el seno del gobierno de la Renovación de la Provincia de Misiones, para tratar el hambre y la desnutrición. ¿Cómo? Mediante la sanitización de lo social, es decir, la traducción sanitaria (o en términos de salud pública) de un problema social. En este proceso se dan dos momentos o instancias dialécticas: por un lado, existe una objetivación (la medicalización, el reconocimiento del saturnismo entre aquellos trabajadores del amian-

---

339- Fassin expresa que la idea de biolegitimidad es uno de los “fundamentos morales del mundo contemporáneo”, donde la prioridad concedida a “lo viviente” se encuentra en el corazón de la “lógica humanitaria” (Fassin, 2003; 2004; 2010; 2016).

340- En Francia se produjo una epidemia de saturnismo infantil en un barrio de inmigrantes, los que –sin derechos civiles– accedieron a medidas de mejora de las condiciones de vivienda en tanto que se los reconoció como afectados por dicha enfermedad. Precisamente, el saturnismo es una enfermedad crónica producida por la intoxicación ocasionada por las sales de plomo. Uno de los medios de intoxicación más frecuentes es por la ingesta de pinturas elaboradas con plomo, característico de las viviendas de estos inmigrantes extracomunitarios.

to, en su caso, o el reconocimiento médico de la desnutrición, en el nuestro) y por el otro lado una subjetivación (conformación de subjetividades y movilización de prácticas y representaciones en torno a la/s enfermedad/es). Al decir de Fassin, “no basta con que la patología exista para que sea un problema social: necesita de la movilización de los agentes para que tenga una existencia social (...) Pero sin la objetivación de las investigaciones [o pruebas médicas] la subjetivación no toma cuerpo” (2004: 302).

Así, después de aquel primer paso por el sector salud para el reconocimiento de la enfermedad, se suceden dos instancias de control, situaciones en las cuales la permanencia en dicho programa está en juego. Las instancias de control son las visitas mensuales al hospital por parte del beneficiario/a y su madre y también las visitas que hacen los agentes estatales a las casas de los incluidos en el programa. En estas “instancias de control” el sufrimiento vuelve a ser “puesto en escena”, comprobándose mediante técnicas clínicas y/o antropométricas (hemogramas, peso/talla, etc.) que efectivamente sufren desnutrición, bajo peso, hambre.

Expresando el carácter paliativo del programa, el Gobernador de la Provincia decía: “obviamente algunos de ellos se nos van a morir porque la mortalidad infantil es un problema... Misiones es una provincia pobre, con una situación de pobreza estructural” (Perfil, 2010). De este modo, la dirigencia política del Estado provincial da cuenta de que no se puede luchar sino “contra las consecuencias más visibles” del hambre.

Una beneficiaria del programa nos relató:

Yo le quería anotar para sanarle la enfermedad del hambre de mi hijo, para que le den vitaminas dijo el doctor. Y bueno, ahí le anote. Me traen la leche, que no me alcanza, yo busco dos cajas en el hospital y ahí de paso le controlan el peso. Y me controlan si no le llevo... (Cordelia, 40 años, 6 hijos).

El médico, que “es el Estado encarnado durante la consulta clínica” (Das, 2008), tiene la voz autorizada y legitimada para categorizar a la enfermedad y al enfermo. Una vez que las madres y sus niños llegan al sector salud se encuentran con otro modo de ver sus vidas y sus cotidianidades, se encuentran con

una nueva categoría –médica– que formará parte de sus vidas y traspasará sus identidades.

La identidad como “enfermo de desnutrición” se configura íntegramente por medio de las lecturas que hacen del padecimiento tanto especialistas médicos y/o agentes estatales, como las propias madres. En este caso, la consideración del hambre como una enfermedad, ha permeado las formas de ver a los demás y de verse a sí mismos, dinamizando prácticas y discursos en torno a la enfermedad y alrededor de aquellos que la padecen.

### **Identidades y responsabilidades**

Las apreciaciones realizadas en torno a la salud/enfermedad atraviesan, como hemos dicho, toda la vida de estas familias, el hecho de “tener bajo peso” y mostrarse como tal es el elemento de reconocimiento que los constituye en sujetos de derecho, pasibles de acceder al beneficio del programa. Aunque también constituye a las familias en pasibles de estar imbuidas en proceso judicial, dependiendo de los resultados de controles y actitudes a los que están sometidos las madres y los niños.

Si bien la biomedicina construye la enfermedad y cataloga a quienes la padecen, son los beneficiarios del programa los que, a su vez, asumen activamente los atributos que los clasifican; dinamizando estrategias y escenificando esa condición atribuida desde el Estado.

Pretender que un hijo sea incluido y permanezca en el programa implica asumir *el bajo peso* como una enfermedad y exhibirla en un doble sentido: en el discurso, con las narraciones, y en los documentos, con los exámenes médicos que así lo acreditan (hemogramas que “demuestran” la mal nutrición o la desnutrición y anemias agudas, exámenes de peso y talla, entre otros). De este modo, estamos frente a un cuerpo que sufre y que “es puesto en escena y en palabras” (Fassin, 2003: 50).

Pero esa escenificación del sufrimiento, en nuestro caso, adquiere una nota característica: la forma en que los agentes estatales ven y entienden a los niños enfermos de hambre da sustento a un entramado de “relaciones intersubjetivas”

(Grimberg, 2003) que estructuran las identidades tanto del propio niño como de su madre.

Una vez que el niño es diagnosticado como desnutrido, la madre ocupa el papel principal en términos de responsabilidad<sup>341</sup>. En este caso, la idea de responsabilidad está asociada a la imagen de la “mamá no quedada” (NdC, 29/05/14). La construcción del estereotipo “madre no quedada” –en el marco del PPHC– como persona activa ante el proceso de salud/enfermedad de su hijo, está íntimamente ligada a la amenaza de la judicialización de dicho proceso (por ser una “madre quedada”). Este imaginario estereotipado sobre *cómo debe* o *cómo no debe* comportarse la madre de un niño incluido en el PPHC es compartido tanto por los especialistas y funcionarios como por las mismas madres y sus vecinos, quienes en las entrevistas dejaban entrever dichas representaciones.

El caso de María Ovando, de amplia difusión mediática, presa por “abandono de persona”<sup>342</sup> durante más de un año en la localidad de Eldorado, Misiones<sup>343</sup>, aunque después absuelta, permanece en el imaginario colectivo y es traído en las entrevistas como un elemento recurrente: “me pueden mandar presa o sacar los chicos como la mujer esa en el interior” (Herminia). Evidenciándose cómo el estar incluido en el PPHC es constituyente del sujeto y cómo el cumplir o no con las obligaciones de dicha inclusión, modela las identidades y condiciona las trayectorias de vida<sup>344</sup>.

...y vino la asistente social a casa. Dijo que el lugar no era el mejor y que yo no le atendía como tenía que ser. Si faltaba a un control más me sacaban la criatura. Y bueno, no fui esa vez porque mi patrona no me dejaba... (Herminia, 40 años, 8 hijos).

---

341- Cabe señalar que, en todos los casos tomados para el análisis, fueron las madres las responsables de los niños incluidos en el PPHC, pero sabemos que no siempre se trata de la progenitora, sino que pueden ser abuelas, tías o tutoras, esas madres quedadas o no quedadas.

342- Delito tipificado en el art. 106 del Código Penal Argentino.

343- El caso de María Ovando y su hija Carolina tomó estado público en los medios nacionales con el programa de Jorge Lanata en el año 2012. Ovando estuvo presa desde 2011 y fue absuelta en el 2012.

344- Entendemos la identidad como el fenómeno emergente de la relación dialéctica individuo/sociedad (Berger y Luckman, 1967), signada por las relaciones sociales y puesta en marcha en lo cotidiano. Constituyéndose así la vida cotidiana como “el espacio para caracterizarse y caracterizar a los otros” (Ramírez Hita, 2005:26).

Cabe preguntarnos entonces, ¿cómo se comporta una madre *no quedada*? Según los agentes estatales, este tipo de madre entiende que su hijo padece desnutrición (en diferentes grados). Aprendió a leer los signos y síntomas con todos los rituales sociales que rodean la “enfermedad” y es por eso mismo que acude al centro de salud para el control, con la expectativa de acompañar la recuperación de su hijo y también, aunque no menor, evitar castigos judiciales. Lleva a su hijo todos los meses para el control, donde además de peso y talla, se controla el calendario de vacunaciones; al salir de allí se le entregan dos cajas de leche. Participa de los talleres de cocina organizados por la municipalidad, en los que le enseñan a cocinar. Es una madre que sabe cocinar platos nutritivos para sus hijos, hierve el agua “con un chorrito de lavandina” para que tomen, los ase a todos los días<sup>345</sup>, gestiona la instalación de la letrina en su casa y lleva a sus hijos a la escuela. Los agentes estatales definirán a esta madre como: diligente, activa, atenta.

Frente a esta imagen de la madre activa y atenta, está la “madre quedada”. Es catalogada así aquella que no reconoce “que su hijo está enfermo”, hasta quizá “ni se preocupa de si su hijo tiene documento”, falta a los controles o lo lleva a destiempo. Como muchas veces el médico receta medicamentos polivitamínicos o sulfato ferroso, por ejemplo, una madre quedada no cumple con las prescripciones, no le da los medicamentos a horario o simplemente no los da. Alimenta a sus hijos con muchas harinas y grasas, no los baña o deja que se bañen con agua fría en invierno. No los manda a la escuela. Esta madre es lenta, descuidada, pasiva.

El proceso que implica reconocer una enfermedad o un padecimiento y establecer respuestas tendientes a erradicarlo –central en la producción y reproducción del grupo doméstico– está relacionado básicamente al rol de la mujer dentro de la familia (Menéndez, 2003: 200). Es la madre, tía, abuela, tutora, en síntesis, la mujer de la casa es la que, siendo encargada del cuidado y socialización temprana de los niños del hogar, es también “la responsable de su buen desarrollo físico y psicológico, es la responsable de su salud” (Bronfman, 2001: 146).

---

345- Por lo general, el tipo de rutina que se pretende enseñar escapa a la posibilidad concreta de instrumentarse efectivamente por falta de utensilios de cocina, instalaciones y materia prima alimenticia.

Aquí el binomio madre-hijo se complementa con esta relación: hijo saludable/madre no quedada, hijo no saludable/madre quedada; con todas las connotaciones morales que esto trae aparejado y el refuerzo de los estereotipos de género, que piensan a las mujeres solamente en su rol de madres, dejando de lado las otras funciones de estas mujeres dentro de la vida social, y ni hablar del olvido de las paternidades.

### **Del hospital al juzgado: la amenaza**

Los casos de muerte de un menor por desnutrición que acabaron en judicialización son diversos en la provincia. En las entrevistas fueron recordados varios casos, el que ocurrió en la localidad de Iguazú y fuera difundido por los medios<sup>346</sup>, en el que una mujer fue acusada del delito de “abandono de personas seguido de muerte, agravado por el vínculo” y encarcelada durante dos años por la muerte de dos de sus hijos y el caso antes citado de María Ovando en el Paraje Colonia Mado. Estos casos, que tomaron estado público por los medios de comunicación, son retomados en dos sentidos: por los agentes estatales para amenazar, y por las madres para temer.

Este proceso sociopolítico que implica la construcción del hambre como una enfermedad, muchas veces tiene su continuidad en la responsabilización de los sujetos que la padecen; responsabilización que llega hasta los estrados del Palacio de Justicia.

Aún sigue estando bajo la responsabilidad de los enfermos –o su grupo doméstico– no solo su propia atención (o la correcta atención), sino también la responsabilidad misma por la enfermedad (o en su caso, la muerte). Sobre este proceso de enfermar, atender y/o morir, la idea de “estilos de vida” continúa reafirmando una visión individualista, donde es posible pensar en un sujeto que piensa y actúa sin estar condicionado por su entorno ni atravesado por su cultura, contribuyendo a esa “vana ilusión” que implica el despeje de lo social (Comelles, 2000: 318).

---

346- Fue el caso de Librada Figueredo, dos de sus siete hijos fallecieron en septiembre de 2002 por desnutrición. El Tribunal Penal Uno de Eldorado la juzgó y pasado un tiempo, la absolvió.

Si las mujeres populares de Graciela Prece *et al.* perciben la consulta en un servicio de salud como un “examen” (1996: 69), las mujeres madres incluidas en el PPHC consideran la consulta como el “control”, configurándose el encuentro clínico como el espacio en el que además de rendir cuentas, están sujetas a la fiscalización del Estado. Espacio donde están expuestas ante las pruebas “objetivas” que le realizarán los médicos (Ávalos, 2017).

El “control” en el hospital es el momento decisorio donde una madre puede llegar a ser calificada como “quedada”, esto sucede si algún análisis es leído como no-favorable para el niño y dicha desmejora se le atribuye a la madre. Si acaso esto sucede, se produce la “visita de la asistente social”. En dicha visita, que también es control, esta constatará las condiciones de habitabilidad de la vivienda, los elementos mínimos indispensables para la alimentación (que va desde utensilios de cocina a víveres para cocinar), entre otros, considerados en el protocolo. Si por algún motivo este control fuese negativo, sumándose al examen médico también negativo, se procedería a la intervención de la Defensoría de Menores o la Fiscalía de turno<sup>347</sup>.

La identidad de la madre de aquel niño incluido en el PPHC es configurada muchas veces por el temor, operacionalizado en los dispositivos de control y vigilancia puestos en marcha por el Estado, ya sea desde el centro médico o desde la comuna. Como expresaba Cordelia: “Y me controlan si no le llevo (...) si baja de peso enseguida ya me dicen que si no engorda van a mandar a la asistente social. Y yo hago lo que puedo...”. Entendemos que la judicialización de un caso particular y/o la amenaza, por parte de los agentes del Estado, ejecutores del programa, significa “el peor recurso y supone el fracaso de la relación asistencial” (Aizemberg y Ciruzzi, 2014: 128). La judicialización del proceso implica miedos y temores, da forma a la identidad de las madres y al modo en que ellas se ven a sí mismas y a sus hijos.

Medicalización, estigmatización, responsabilización y judicialización, todas acciones que entrañan procesos amplios

---

347- Si bien ese procedimiento legal fue narrado los agentes estatales entrevistados, no se encontró, durante el período de trabajo de campo, ninguna familia en etapa de judicialización.

que aquí se incluyen, se superponen y se suponen. Pero estas relaciones no son claras ni se dejan ver a simple vista, sino que implican un trascurso complejo que comienza con el “reconocimiento” de que una mujer tiene en su casa un niño “con desnutrición”. Implica una constante exhibición de la enfermedad y seguimiento de formas establecidas por el Estado para no llegar a ser judicializada, mecanismos que forman parte de una estrategia biopolítica, donde las madres no solamente están encargadas del cuidado de los niños, sino que deben hacerlo de una manera específica, deben hacerlo a la manera que el sistema propone coercitivamente (Pemjean, 2014).

## Gestiones de la enfermedad

El mostrar un hijo como enfermo de desnutrición conlleva construir y sostener una identidad –un *self* (Crawford, 1994)<sup>348</sup>– ante los agentes políticos/sanitarios. Pero cabe señalar que este “mostrarse” como enfermo no equivale efectivamente a un padecimiento<sup>349</sup>. Son precisamente relatados como padecimientos –en el sentido de *illness*–: el hambre, la pobreza, la desocupación y la inseguridad laboral, la falta de escolarización, la falta de saneamiento ambiental, la carencia en el acceso a los bienes y servicios, etc.

La construcción de una identidad en torno al diagnóstico de los niños con bajo peso ha movilizadod distintas acciones que hemos llamado “gestiones de la enfermedad”. Estas implican una amplia gama de estrategias que están asociadas al hecho de “tener un hijo con Hambre Cero”. Acciones relacionadas a la participación, tanto del niño como de su grupo doméstico, en el sistema de subsidios estatales o no estatales y a la inclusión en distintos tipos de planes y programas.

Las gestiones de la enfermedad también implican las dos caras de una misma moneda: por un lado, la objetivación (el

---

348- Aquí el *self*, puede traducirse como sí mismo, el propio yo.

349- Recordemos la diferenciación hecha por la antropología entre *illness* y *disease*. La primera es el padecimiento, el malestar definido a través de lo concebido por el que lo padece y su experiencia. Mientras que la segunda es la enfermedad, aquella percepción que la autoridad biomédica tiene sobre lo que sufre el paciente. Así la enfermedad es el producto de la construcción biomédica, una “cosa en sí misma” que puede ser estudiada y tratada de manera aislada de aquellos que la padecen (Helman, 1981; Singer, 2004).

reconocimiento médico de la desnutrición) y por el otro la subjetivación (momento en el cual el conjunto social demanda la inclusión al PPHC).

Recordemos que las políticas públicas no solo son el marco normativo-legal por el cual los sujetos son clasificados, objetivados y controlados por el Estado, sino que también dan forma a las posibilidades de acción y a las posibles prácticas – casi podríamos decir de resistencia– adoptadas por los sujetos y los grupos. Las estrategias de las madres cuyos hijos están incluidos en el PPHC son variadas. Van desde la obtención de un crédito o ayuda para el mejoramiento de la vivienda mediante el Programa Mejor Vivir o Cáritas, pasando por la inclusión del padre en el Programa Argentina Trabaja o de la madre en el Plan Ellas Hacen, hasta la obtención de créditos a la mujer jefa de hogar y ayudas para la finalización de sus estudios. Estas son algunas de las gestiones que podemos mencionar como estrategias llevadas adelante por las familias, una vez incluidas en el PPHC.

### **Consideraciones finales**

El Estado misionero reconoció en el 2010, a raíz de numerosas muertes de niños que tomaron estado público, que el hambre era una problemática impostergable. La creación mediante decreto del Programa Provincial de Recuperación Nutricional Hambre Cero puso en funcionamiento un amplio aparato burocrático que incluyó a diferentes actores: institucionales (Ministerio de Salud, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Derechos Humanos, Municipalidades, iglesias, entre otros) y sujetos sociales (familias de escasos recursos, grupos domésticos residentes en asentamientos o villas de toda la provincia o en comunidades aborígenes).

La puesta en marcha del programa incluye, en tanto dispositivo de biopoder, distintas instancias marcadas por el control y vigilancia. En un primer momento, por diferentes circunstancias, la madre llega al consultorio médico y su hijo es diagnosticado con desnutrición –en sus diferentes gradientes–, esta es la puerta de entrada al PPHC. Una vez dentro, el niño y su familia son sujeto de distintos controles y momentos en

los cuales sus sufrimientos deben ser escenificados, “puestos en escena y en palabras”, demostrados mediante documentos que acrediten su carácter de desnutrido. Allí está la condición para la permanencia en el programa, el cual entrega a sus beneficiarios una “tarjeta social”, unos kilos de leche y una bolsa con mercaderías.

Las prácticas de control biomédico-estatal, instaladas en las cotidianidades de estas familias, contribuyen en la construcción de subjetividades determinadas. De este modo, sus identidades quedan marcadas por una realidad social interpretada en términos biomédicos: del hambre a la desnutrición. Esta configuración tiene detrás de sí una lógica que atraviesa tanto las políticas como las prácticas de los mismos actores beneficiarios: reconocer que cuando se sufre o se está enfermo entonces hay derecho.

Al mismo tiempo, esto tiene una fuerte implicancia política y moral, de modo tal que una madre cuyo hijo está incluido en el PPHC tiene que cumplir con ciertos requisitos para no ser una “madre quedada” y para no ser judicializada en el proceso.

Creemos que la aplicación por parte del Estado, del Programa Provincial de Recuperación Nutricional Hambre Cero responde a una forma puntual de entender las desigualdades sociales y a una forma determinada de acción frente a estas desigualdades que pretende atender. En ellas está implícita una lógica determinada que se muestra proclive a reconocer como sujetos de derechos a aquellos que son reconocidos por el mismo Estado como personas que sufren o padecen.

Para que el estado misionero otorgue beneficios sociales mínimos a grupos sociales vulnerables, es necesario que reconozca, uno por uno, que sus beneficiarios “sufren el flagelo del hambre”, “flagelo” puesto de manifiesto en el diagnóstico médico de desnutrición. Diagnóstico que a la vez que visibiliza dicho sufrimiento, oculta otros padecimientos.

Es sobre el movimiento de visibilizar/ocultar que tiene la puesta en marcha de la biolegitimidad donde queremos puntualizar. Este mecanismo de reconocimiento de derechos nos sitúa frente a un mundo social que está “más cercano a reconocer las desigualdades cuando está frente a un sufrimiento físico y no tanto frente a la dignidad humana burlada” (Fassin, 2004: 302). En el momento en el que se trasmutan

los problemas socioeconómicos y políticos en problemas biológicos, el problema social del hambre pasa a ser entendido y atendido como desnutrición o bajo peso, quedando invisibilizado (en el mismo proceso) toda la problemática económica, social y política que lo atraviesa.

En ese proceso de ser-constituidos/constituirse-en beneficiarios del PPHC/diagnosticados con desnutrición, vemos que también comienzan a forjarse subjetividades determinadas que habilitan una serie de acciones que hemos llamado “gestiones de la enfermedad” que operan como adaptaciones a la hegemonía impuesta desde el poder estatal.

En esta configuración existe un proceso de condicionamiento recíproco entre los actores intervinientes, el diagnóstico de una enfermedad (como la desnutrición) tiene alto impacto en las identidades y en las construcciones morales que se dinamizan entre (y por) los agentes. De este modo, junto a un niño desnutrido podremos encontrar una “madre quedada” o una “no quedada” y, dependiendo de esto, podremos encontrarnos con procesos judiciales complejos que reflejan el carácter intersubjetivo y procesual de las identidades de los sujetos sociales, quienes ven modificadas sus formas de ver y actuar en el mundo, de vivir y morir en él.

Atender clínicamente la desnutrición es necesario, tan es así que rescatamos los esfuerzos encarados por el Gobierno provincial junto a la Fundación Conin<sup>350</sup>. Pero no podemos dejar de señalar que la situación de la desnutrición en la Provincia de Misiones está inserta en una trama que trasciende los límites de la medicina, que está más bien inserta en una trama que es sociopolítica.

¿Quién cuestionaría aquella máxima cristiana de “dar de comer al hambriento”? ¿Alguien diría que está mal que el Estado “ayude” con cajas de leche a los niños con bajo peso? Tales “son posturas y acciones que juzgamos buenas *a priori*, por causas que juzgamos justas en sí mismas” (Fassin, 2016: 359), hasta casi naturalizadas. Intentamos en este trabajo poner en tensión aquellos delgados hilos que se tejen entre los sujetos sociales y el Estado, donde las políticas juegan un rol central.

---

350- Fundación creada en Mendoza, basada en una experiencia chilena, que se propone luchar contra la desnutrición infantil en la Argentina, presidida por el Dr. Abel Albino.

Rol que es, muchas veces, reproductor de las desigualdades en el contexto local, en tanto que de la mano del proceso de subjetivación está el de sujeción, “dicho de otra manera, de construcción de sí y de sumisión al Estado” (Fassin, 2003:70).

## **Bibliografía**

Aizenberg, Marisa y Ciruzzi, María (2014)

“El derecho a la salud de los pueblos originarios y migrantes. Ciencia, etnia, cultura, valores y creencias. Hacia una medicina intercultural”. En *Letra*, Año I, número 2.

Arellano López, O.; Escudero, J. C.; Carmona Moreno, L. D. (2008)

Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, *ALAMES. Medicina Social*, 3(4), 323-335.

Ávalos, Miguel (2016)

Otredad y salud. Consideraciones antropológicas en torno a la salud y a la enfermedad. Inédito.

------(2017)

Sobre la salud, la enfermedad y la atención entre los pobladores de El Trigal Posadas-Misiones. Tesis de grado Antropología Social FHyCS, UNaM. Inédito.

Bartolomé, Leopoldo (1985)

“Estrategias adaptativas de los pobres urbanos: el efecto ‘entrópico’ de la relocalización compulsiva”. *Relocalizados: antropología social de las poblaciones desplazadas*, 3.

Belmartino, Susana; Levín, Silvia; Repetto, Fabián (2001)

“Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso”. *Revista Socialis*, 5.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1967)

La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu.

- Britos, Sergio *et al.* (2003)  
 Programas alimentarios en Argentina. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (Cesni).
- Bronfmann, Mario (2000)  
 Como se vive se muere: familia, redes sociales y muerte infantil. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Comelles, Josep (2000)  
 “Tecnología, cultura y sociabilidad: los límites culturales del hospital contemporáneo”. En Comelles, J. (Comp.) Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina (pp. 305-352). Bellaterra.
- Das, Veena y Poole, Deborah (2008)  
 “El estado y sus márgenes: etnografías comparadas”. Cuadernos de antropología social, (27), 19-52.
- Díaz Langou, G.; Fernández, J. P.; Forteza, Paula (2011)  
 Los principales programas de protección social en la provincia de Misiones. Documento de trabajo n°69. Julio. Programa de Protección Social. CIPPEC. Argentina.
- Echeverri, Alejandro y Orsini, Francesco (2011)  
 “Informalidad y urbanismo social en Medellín”. Sostenible?, n° 12, p. 11-24.
- Fassin, Didier (1998)  
 “Politique des corps et gouvernement des villes”. En: Fassin, D. (dir.). Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. París. La Découverte.
- (1999)  
 La patetización del mundo. Ensayo de Antropología Política del sufrimiento. Traducción Mara Viveros. Mimeo.
- (2003)  
 “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”. Cuadernos de antropología social, (17), 49-78.

- (2004)  
“Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. Revista Colombiana de Antropología. Vol.40.ene/dic. Bogotá, Colombia.
- (2016)  
La razón humanitaria. Una historia moral del tiempo presente. Editorial Prometeo.
- Foucault, Michel (1991)  
“La gubernamentalidad”, En AAVV, Espacios de poder, Madrid: La Piqueta.
- (2014)  
El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Grassi, Estela; Hintze, Susana y Neufeld, María (1994)  
Políticas sociales, crisis y ajuste estructural. Colección Ciencias Sociales. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Grimberg, Mabel (1995a)  
“Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud”. En: Álvarez, M.(comp.) Cultura, Salud y Medio Ambiente. Instituto Nacional de Antropología, Buenos Aires.
- (1995b)  
“Sexualidad y construcción social del HIV-SIDA: las representaciones médicas”. En: *Cuadernos médico sociales*, (70), 37-51. Centro de Estudios Sociales y Sanitarios, Asociación Médica de Rosario.
- (2003)  
“Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH”. Cuadernos de antropología social, (17), 79-99.

Heath, Deborah; Rapp, Rayna; Taussig, Karen-Sue (2004).  
“Genetic Citizenship”. En Nugent, D. y Vincent, J. (eds.),  
Companion to the Anthropology of Politics. Oxford.  
Blackwell.

Helman, Cecil (1981)  
“Disease versus illness in general practice”. JR Coll Gen  
Pract, 31(230), 548-552.

Hintze, Susana (2007)  
Políticas sociales argentinas en el cambio de siglo:  
conjeturas sobre lo posible. Espacio Editorial.

Menéndez, Eduardo (1994)  
“La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”  
Alteridades, 4(7), 71-83.

----- (2003)  
“Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones  
teóricas y articulaciones prácticas”. En: *Ciência & Saúde  
Coletiva*, 8(1), 185-207. Associação Brasileira de Saúde  
Coletiva (Abrasco).

----- (2012)  
“Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos  
olvidos”. Cuadernos de Antropología Social, (35), 29-53.

Pemjean, Isabel (2014)  
“Políticas públicas nutricionales y género: un mecanismo  
a desvelar”. Revista Nuevas Tendencias en Antropología,  
(5), 1-19.

Prece, Graciela; Di Liscia, María; Piñero, Laura (1996)  
Mujeres populares: el mandato de cuidar y curar. Buenos  
Aires. Biblos.

Rabinow, Paul (1996).  
Artificiality and Engelishment: From Sociobiology to  
Biosociality, Essays on the Anthropology of Reason,  
Princeton, N.J., Princeton University Press.

- Ramírez Hita, Susana (2005)  
Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. Colombia. Ed. Cooperazione Italiana.
- Rose, Nikolas (2012)  
Política de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Argentina. Unipe. Editorial Universitaria.
- Rose, Nikolas y Novas, Carlos (2004)  
“Biological Citizenship” En Ong, A. y Collier, S. (eds.) Blackwell Companion to Global Anthropology. Oxford. Blackwell.
- Sacchi, Mónica; Hausberger, M.; Pereyra, A. (2007)  
“Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta”. Salud colectiva 3(3), 271-283.
- Shore, Cris (2010)  
“La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas”. Antípoda, 10, 21-49.
- Singer, Merrill (2004)  
“The social origins and expressions of illness”. British Medical Bulletin, 69(1), 9-16.
- Sintes, Lila (2003)  
Los Promotores Voluntarios de la Salud en la Ciudad de Posadas: Análisis de una experiencia sanitaria. Edunam.
- Sintes, L.; Díaz Orueta, F.; González, C. y Lourés, M. (2000).  
Desarrollo urbano y pobreza: La ciudad de Posadas, Argentina. Universidad de Alicante España. Centro de Estudios Iberoamericanos Mario Benedetti.

Vaccarisi, María (2005)

Asistencia Social y políticas alimentarias: tensión entre legitimación. Sujetos sociales y políticas: historia reciente de la norpatagonia argentina.

### **Otras fuentes consultadas**

CONIN. Sitio de la Fundación. Nota sobre el convenio firmado con la Provincia de Misiones. <http://www.conin.org.ar/contenidos/conin-en-accion/convenio-entre-conin-y-el-gobierno-de-misiones/> Web consultada el 1/07/2015

Diario Perfil: <http://www.perfil.com/politica/La-muerte-de-dos-chiquitos-por-desnutricion-en-Misiones-reaviva-la-polemica-sobre-la-pobreza-20101025-0025.html>. Web consultada el 1/06/2015

Diario Misiones OnLine: <http://misionesonline.net/2015/05/29/misiones-firma-acuerdo-con-la-fundacion-conin-para-sumarse-a-la-lucha-contrala-desnutricion/> Web consultada el 29/05/2015

Diario Noticias de la Calle. [http://www.agenciahoy.com/notix/noticia/politica/19418\\_denuncian\\_penalmente\\_a\\_funcionarios\\_provinciales\\_y\\_municipales.htm](http://www.agenciahoy.com/notix/noticia/politica/19418_denuncian_penalmente_a_funcionarios_provinciales_y_municipales.htm) Web consultada el 20/05/2015

Diario de Sesiones De La Honorable Cámara De Representantes. Sesión del 1 de mayo del 2010, inicio del período legislativo. [www.diputadosmisiones.gov.ar/secretaria\\_legislativa/archivos\\_vt/113.doc](http://www.diputadosmisiones.gov.ar/secretaria_legislativa/archivos_vt/113.doc) Web consultada el 2/06/2015

Instituto Nacional de Tecnología Industrial, INTI (2010). Mapa de la pobreza: un trazado para actuar. Disponible en: <http://www.inti.gob.ar/sabercomo/sc91/inti10.php> Web consultada el 02/07/2015.