

VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Estrategias de salud en contextos de pobreza.

Diana Weingast.

Cita:

Diana Weingast (2007). *Estrategias de salud en contextos de pobreza. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/84>

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>.

Estrategias de salud en contextos de pobreza

Diana Weingast

Universidad Nacional de La Plata. FHyCE. Dpto Sociología. CIMECS

fucks@netverk.com.ar

INTRODUCCIÓN

La ponencia que se presenta retoma algunos desarrollados conceptuales y los resultados surgidos del trabajo de campo realizado en el marco de la tesis de maestría *“Estrategias de salud desarrolladas por adultos de hogares pobres urbanos. La perspectiva de las mujeres”*, donde se analizó las estrategias desplegadas ante los problemas de salud por los miembros adultos de unidades domésticas de sectores pobres urbanos y su relación con las condiciones de ocupación.

El enfoque que orientó el estudio se integra a una perspectiva analítica que, para captar la multidimensionalidad y heterogeneidad que adquirió la pobreza urbana en nuestro país, privilegia el concepto de **“estrategias familiares de reproducción.”** Como señala Eguía para comprender las condiciones de vida de los sectores pobres es necesario ampliar la mirada hacia una serie de dimensiones sociales y políticas que la condicionan.

El punto de partida en la construcción de esta mirada fue considerar que, “... las familias de acuerdo con su situación de clase organizan sus recursos para el logro de ciertos objetivos referidos a la unidad o a sus miembros, cualquiera sea el grado de conciencia que éstos tengan acerca de esa organización y objetivos. El concepto de “estrategias familiares de reproducción” permite reconstruir la lógica subyacente en estas acciones y opera como nexo entre la organización social de la reproducción de los agentes sociales y las familias responsables de esta reproducción...” (Borsotti, 1981 en Hintze, 1989).

Como señalan Eguía y Ortale (2004: 45) “El enfoque centrado en las estrategias permite comprender la articulación de prácticas tendientes a la reproducción familiar, condicionadas por la situación estructural y configuradas de manera particular de acuerdo con el universo de significaciones de los sujetos. Asimismo, permite detectar tanto carencias como recursos, comprender las relaciones sociales que se establecen, la cooperación y el conflicto en el ámbito doméstico, espacio atravesado por relaciones de poder que condicionan los comportamientos”.

Desde esta perspectiva, las “estrategias familiares de reproducción”, en tanto trama de prácticas y representaciones puestas en juego por las unidades domésticas para lograr su reproducción, comprenden las siguientes dimensiones: 1.- estrategias laborales: se trata de los mecanismos y comportamientos desarrollados por los miembros de las unidades domésticas con el fin de obtener ingresos monetarios para la reproducción, mediante la

inserción formal o informal en el mercado de trabajo; 2.- participación en programas sociales: se trata del acceso a o no, en carácter de “beneficiario”, a bienes y servicios provistos por el Estado u ONG a través de planes/programas desarrollados como parte de las políticas sociales; 3.- opciones autogeneradas por las unidades domésticas: se trata de actividades que apuntan al autoabastecimiento y autoconsumo, el despliegue de redes informales de ayuda¹; 4.- organización y trabajo doméstico: constituye una parte insustituible de los mecanismos involucrados en los procesos de reproducción de las unidades domésticas; 5.- estrategias vinculadas con los procesos de salud-enfermedad-atención. (Eguía y Ortale, 2003; Eguía, 2004; Weingast, 2005). Esta última dimensión de las estrategias refiere a los mecanismos que despliegan los sujetos y las familias para enfrentar, neutralizar y/o evitar la enfermedad, ya que las mismas -cualquiera sea su origen y características- se presentan como un problema que modifica la cotidianeidad de los sujetos y de las unidades domésticas.

En otros trabajos hemos señalado que las situaciones de enfermedad puede implicar la imposibilidad o incapacidad laboral de los sostenedores económicos de la unidad doméstica por períodos variables de tiempo; la reorganización de los roles e incluso la alteración de las relaciones de género al interior de la unidad doméstica; la puesta en juego de toda una red de relaciones cercanas (de parentesco, amistad, compadrazgo) e institucionales para acceder a los insumos (medicamentos y otros recursos médicos) y cuidados requeridos; inversiones en tiempo y dinero que se tornan más acuciantes en situaciones de escasez de recursos. (Weingast, 2005; Pagnamento y Weingast, 2007) Asimismo, en muchas situaciones a las familias no sólo se les dificulta el acceso a los servicios de salud (locales y/o especializados) sino que deben recurrir o construir/ re-construir una trama de relaciones familiares y/o institucionales que les permita el acceso a los insumos básicos (sean estos medicamentos u otros recursos médicos) para la resolución de problemas de salud y/o tratamientos, sean estos problemas de corta duración y/o crónicos.

Menéndez (1992) señala que el enfoque centrado en las estrategias necesita de información cualitativa que describa en profundidad las condiciones de vida incluida la enfermedad, la falta de atención y de recursos médicos. A su vez, agrega que la detección de conocimiento, saberes y prácticas respecto de la enfermedad y la muerte en sectores pobres (clases subalternas) aparece como básica para saber cuáles son las estrategias, en tanto constituyen instancias necesarias para asegurar la reproducción social y socioideológica de las unidades domésticas y de los sistemas. (Menéndez, 1992)

Consideramos que la categoría “**estrategias familiares de reproducción**” presenta una riqueza operacional porque permite reconstruir la interrelación entre recursos, saberes y prácticas desplegados por los sujetos y/o grupos, en un marco donde no sólo lo socioeconómico es condicionante sino que el mundo simbólico y valorativo (en el que intervienen diferentes elementos: instituciones, medios de comunicación, relaciones personales, familiares, entre otros) adquiere también significación, y por eso la utilizamos en el abordaje de los problemas de salud-enfermedad ya que permite comprender la articulación

entre los niveles macro (sistema de salud) y micro (esfera doméstica de la salud) desde una relación no lineal y mecánica de los procesos.

Esta ponencia se propone dar cuenta de la trama de relaciones familiares e institucionales que construyen un grupo de familias de sectores pobres ante la necesidad de insumos básicos (medicamentos u otros recursos médicos) para la resolución de los problemas de salud y/o tratamientos. Como eje organizador del análisis se recupero el sector de la economía al que pertenece el miembro y/o los miembros ocupados, sostenedores económicos de las unidades domésticas. En la primer parte se retoma algunas consideraciones metodológicas que permiten enmarcar el estudio realizado y posteriormente se describen y analizan las estrategias en salud a partir de lo que hemos designado como *“itinerario de búsqueda de los medicamentos”* y *“red de proveedores”*.

METODOLOGÍA

El trabajo se realizó en la localidad de Punta Lara, partido de Ensenada, provincia de Buenos Aires. Esta zona, conjuntamente con los partidos de La Plata y Berisso conforma lo que se denomina el Aglomerado del Gran La Plata. A nivel sanitario, Punta Lara cuenta con tres unidades sanitarias dependientes del municipio de Ensenada que articulan con el Hospital Zonal General de Agudos “Horacio Cestino”, de jurisdicción provincial, que brinda atención de alta complejidad. Cada una de las unidades sanitarias brinda servicios de atención primaria en diferentes especialidades.

La metodología que se utilizó combinó la secuencia encuesta/entrevista, permitiendo por un lado, captar las tendencias y los contextos en que los comportamientos asociados a la reproducción se inscriben y, por otro, acceder al universo de significados de los actores recuperando saberes, experiencias y dando cuenta de las prácticas cotidianas.

Los trabajos de campo se efectuaron en dos momentos, lo cual no sólo implicó la utilización de distintas técnicas de relevamiento de información que se complementaron, sino que se correspondieron con contextos socioeconómicos y políticos diferentes.

La primera etapa del trabajo de campo se realizó a fines del 1999 inicios del 2000. En esa oportunidad aplicamos una encuesta² a 173³ familias seleccionadas al azar pero que concurrieron a la consulta pediátrica de las unidades sanitarias El Molino y la unidad sanitaria N° 184. El objetivo del relevamiento fue obtener información respecto a diferentes aspectos que hacen a la reproducción familiar de manera de poder alcanzar una caracterización integral de las condiciones de vida.

El producto de esta información permitió no sólo contar con una visión de la situación socioeconómica de la zona (mostrando diferentes situaciones de vulnerabilidad), sino que fue el material utilizado para la selección de un grupo de familias con las cuales se trabajó, a través de la técnica de entrevista⁴, la forma en que se significa -el sentido otorgado- el sentirse y/o el estar enfermo y

los modos de actuar más utilizados en relación con sus posibilidades de acceso, valores, preferencias.

Los criterios para la selección de las unidades domésticas consistieron, por un lado, en que fueran familias nucleares compuestas por jefe, cónyuge e hijos menores de 15 años. Por otro, se consideró el sector de la economía (formal e informal) a la que pertenece el miembro y/o miembros adultos ocupados en función del trabajo principal.

En la elección de estos criterios se partió del supuesto de que la inserción laboral (formal/informal) del trabajo principal de el/los sostenedores económicos de la unidad doméstica brinda la posibilidad de considerar si los sujetos (y los integrantes de las familias) poseen o no beneficios sociales, en particular obra social o mutual. El conformarse como familias nucleares con menores de 15 años se convirtió en un elemento que permitió homogeneizar la selección de las unidades domésticas. No obstante, es importante señalar que la CEPAL indica para la Argentina en 1999 que el 67,2% de los tipos de hogares se corresponden a familias nucleares (Arriagada, 2004).

En función de estos elementos se conformaron tres tipos de unidades domésticas: formales, informales y la combinación formal/informal.

A su vez, se tuvo en cuenta en cada uno de estos tres tipos de unidades domésticas diferentes situaciones de vulnerabilidad en función de las características habitacionales. Para ello se tomaron como indicadores que marcaron las diferentes situaciones de vulnerabilidad las características que presenta el servicio sanitario⁵ respecto a: posesión o no de instalaciones sanitarias⁶; características del baño (inodoro con botón/cadena y arrastre de agua, inodoro sin botón / cadena y arrastre de agua, letrina)⁷, uso del baño (exclusivo o compartido con otro hogar) y la relación entre el número de miembros y los cuartos para dormir, esto es la presencia o no de situación de hacinamiento⁸. Con este criterio se clasificaron como *unidades domésticas con condiciones habitacionales positivas* aquellas que poseen instalación de baño de uso exclusivo del hogar y que cuentan con inodoro con botón / cadena y arrastre de agua. A su vez, este tipo de unidad doméstica no debe presentar situaciones de hacinamiento. Mientras que las *unidades domésticas con condiciones habitacionales negativas* la constituyeron aquellas que presentan una de las siguientes características: no poseen instalación de baño, no poseen instalación de baño de uso exclusivo del hogar, o poseen instalación de baño con inodoro sin botón/cadena y arrastre de agua y/o letrina. Y a su vez, presentan situación de hacinamiento.

De esta manera, se conformaron seis grupos, con un total de 72 unidades domésticas, que se constituyeron como una submuestra intencional de los casos de la encuesta. *Cabe aclarar que predominaron las unidades domésticas donde el/los miembros ocupados pertenecían al sector informal de la economía, como las que presentan situaciones con mayor vulnerabilidad habitacional.*

La segunda etapa del trabajo de campo se realizó a inicios del 2002, en un contexto de profunda crisis económica, social y política (salida de la convertibilidad, suba de precios de alimentos, medicamentos, materiales de

construcción, entre otros) declarándose por decreto N° 486 (12/3/02) la situación de Emergencia Sanitaria en todo el país.

Si bien sabíamos que esta situación estaba marcando (respecto al relevamiento del año 1999/2000) ciertos cambios al interior de nuestro grupo, decidimos entrevistar a las familias seleccionadas.

En la entrevista se retomaron algunos aspectos generales respecto a la situación familiar por dos motivos: 1.- porque el cambio en el contexto general del país y particularmente el impacto y las consecuencias de los diferentes procesos socioeconómicos estaban marcando las vidas de nuestros informantes y sus familias; 2.- porque se convierte en un disparador muy interesante para lograr “destensionar” la situación de entrevista. El conversar sobre la vida cotidiana o charlar sobre la situación por la que atraviesa la familia se convirtió en una buena “puerta de entrada” para abordar los problemas de salud familiar.

En esta etapa pudimos contactarnos y entrevistar a 35 mujeres que se consideraron informantes claves de lo que sucede al interior de sus unidades domésticas. Las mujeres, y en algunos casos sus cónyuges, que decidieron participar libremente expresando también sus opiniones y reflexiones, se explayaron brindando una descripción detallada, y en algunos casos reflexiva, de sus padecimientos y de las prácticas. En el diálogo surgieron “nuevas” categorías de dolencias que no habían sido mencionadas en la encuesta y también, en los relatos las prácticas de autoatención adquirieron una presencia más significativa que en el relevamiento por encuesta.

Asimismo, se recuperaron y relacionaron los sufrimientos y malestares de las familias con cuestiones más generales que hicieron a sus condiciones de existencia, a sus historias y experiencias de vida, que en la totalidad de los casos estuvieron signadas por situaciones de ajustes y privaciones.

De los seis grupos contruidos, en función de los criterios seleccionados, se analizó la información cualitativa de los siguientes grupos: Grupo 1 (*familias del sector formal y situación habitacional “positiva”*), Grupo 2 (*familias del sector formal y situación habitacional “negativa”*), Grupo 3 (*familias del sector informal con condiciones habitacionales “positivas”*), 4 Grupo (*familias del sector informal con condiciones habitacionales “negativas”*), no se incluyeron en el análisis los grupos 5 y 6 porque se consideraron poco representativos.

Ver gráfico G01

RECONSTRUYENDO LAS ESTRATEGIAS EN SALUD

Considerando los diferentes grupos contruidos se describieron los problemas de salud que afectaron a los miembros adultos sostenedores económicos de las unidades domésticas (jefes de familia y cónyuges) y las prácticas desplegadas para su resolución. Esto permitió por un lado, captar los sentidos, recuperar los patrones conceptuales y reconstruir los significados otorgados a los diferentes padecimientos y a las prácticas desplegadas. Por otro lado, en

relación con lo anterior, permitió develar, recuperar y reconstruir la trama de relaciones que se constituyen y conforman las estrategias en salud.

Si bien en la descripción se considero las particularidades de cada uno de los grupos construidos, esta ponencia se centra en la trama de relaciones familiares e institucionales que las familias construyen ante la necesidad de insumos básicos (medicamentos u otros recursos médicos) para la resolución de los problemas de salud y/o tratamientos. Para ello, se recupera como eje organizador del análisis el sector de la economía al que pertenece el miembro y/o los miembros ocupados.

La ponderación de la inserción laboral (dicotomía formal/informal) se debe a que el sistema de cobertura social vigente está fuertemente relacionado con el empleo en blanco o con la capacidad de los ingresos que permita adquirirla en el mercado. Esto coloca a su poseedor (individuo y/o familia), más allá de la calidad y alcance prestacional que pueda tener la obra social, en una situación más favorable respecto a otros (individuos o familias) que no la poseen.

Como se desprendió de los relatos analizados la posesión de cobertura social se presenta para aquellas familias que la tienen como un recurso que no sólo les permite sobrellevar la situación de crisis del sistema público de salud que no siempre entrega y/o dispone de los insumos básicos sino que, a su vez, posibilita al poseedor del carnet (materialización de la obra social) ingresarlo a la red de intercambios de bienes y servicios.

Cabe señalar que los datos de la encuesta que se realizó en el 99/00 mostraron que de los hogares relevados (N=173) trabajaba el 85,5% de los jefes de hogar y el 24% de las cónyuges. Pero la situación en la que se encontraron el grupo mayoritario de trabajadores podría caracterizarse como de alta precariedad laboral marcada por la situación de inestabilidad y por la no posesión de beneficios sociales (obra social, aporte jubilatorios, salario familiar). El 70,8% de los que trabajan no percibieron beneficios sociales. Al desagregarlo en función de las relaciones de parentesco se observó que dicha situación (no contar con obra social) alcanzó a más de la mitad de los jefes de hogar ocupados, al 85,7% de las cónyuges ocupadas y al 88,9% de los hijos.

En cuanto a las familias entrevistadas se registro que en 16 casos el miembro adulto ocupado perteneció al sector formal de la economía, mientras que en 18 familias la inserción laboral del/los sostenedores económicos fue en el sector informal.

Los trabajadores del sector formal, en su totalidad varones, se desempeñaron como empleados de menor categoría del sector público (nacional o provincial) como también obreros con baja calificación en empresas privadas del sector servicios.

En un solo caso se indicó que se inició el trámite para la obtención de la obra social esperándose la adjudicación del carnet. En otro caso se señaló que, a pesar de que en los recibos figuró el descuento por cobertura social, no se contó con una obra social que los cubriera tanto a él como trabajador y a su familia.

Según el testimonio de la mujer, estaban descontentos ya que consideraban que era necesario tener algún tipo de cobertura de salud, principalmente por los hijos

“...muy conforme no estamos porque como no tiene obra social y lo que más necesitamos nosotros es la mutual, algo para los chicos. (...) nunca vos sabés si vas a tener la plata para los remedios y la mutual te ayuda. Ahora en estas circunstancias no te ayuda en nada porque está todo jodido...” (Entrevista N° 27).

El resto de familias poseían algún tipo de cobertura de salud, pudiendo en algunos casos extenderla al resto de los miembros que componían la familia. En otros casos, sin vínculo matrimonial legal, fueron principalmente las cónyuges las que quedaron desprotegidas implicando una mayor vulnerabilidad para las mujeres.

“...él tiene IOMA, los chicos también. Yo no, yo no porque no soy casada. Ya hizo él los papeleríos para hacerme pero no sé en qué quedó. Hace muchos años que estamos juntos viste, así que por ahí...” (Entrevista N° 14)

En los casos en que se utilizó la obra social se lo hizo para la atención médica en consultorio, para intervenciones quirúrgicas y partos realizados en las clínicas del sector privado conveniadas con la obra social y para la compra de medicamentos de chicos y adultos. Pero en la mayoría de los casos entrevistados se indicó que no se utilizó la obra social porque: 1.- no cubría la totalidad de los diferentes servicios y prestaciones (incluidos los medicamentos), 2.- debían recurrir a prestadores conveniados y que no se localizaban en zonas cercanas a sus residencia implicando el traslado en micro u otro tipo de movilidad y 3.- no se disponía de ingresos suficientes para pagar los diferenciales, para comprar los medicamentos o para la obtención del bono de consulta médica.

“...sí tengo obra social, no la uso para nada pero la tengo. No la uso porque no me sirve para nada, no me cubre nada. (...) no, no me sirve, porque yo para tener a los chicos míos he tenido a todos en el hospital público. Porque la clínica me cubre la mitad y la mitad la tengo que pagar. Los remedios es lo mismo, la mitad y la mitad la tengo que pagar y a veces yo no tengo el dinero como para pagarlo. (...) Porque si lo tengo que llevar a la clínica tengo que pedir un bono de consulta, me cobran el bono... viene a ser, de él⁹ no, por ahora no le cobran el bono, viene a ser, me lo hacen, me hacen el descuento, pero me reintegran la plata, pero tengo que tener la plata. Así que, no la utilizo directamente...” (Entrevista N° 13).

“...Yo para internarme tengo que ir a la Clínica Integral ahora. ...en calle 2, frente a la estación, en La Plata...” (Entrevista N° 35)

Las entrevistadas que tenían como obra social IOMA¹⁰, no la usaron por los trámites que se requirieron previo a la consulta, por el costo de los bonos y las limitaciones en la cobertura de los medicamentos (ya sea el costo de diferenciales como la no cobertura de otros).

“...No, no, no la uso tenés que comprar (refiere a los bonos). Ahora subió a dos pesos los bonos, pero para cada uno, es mucha plata. Es mucha plata. Entre el boleto, el bono y qué sé yo. Está bien, hay comodidad en los horarios médicos y todo, pero bueno...” (Entrevista N° 35).

“...no, yo por los chicos no, porque viste que tenés que ir a sacar un bono y si no tenés plata, los bonos son de \$8,50 para arriba. (Entrevista N° 14).

“...no, no, en un caso de urgencia nomás. No porque por ahí también a la hora de que te mediquen un remedio no tenés plata para comprarlo, por más que te cobren un peso o dos pesos no tenés plata para comprarlo. No, no se utiliza la mutual...” (Entrevista N° 9).

“...nunca lo uso tampoco, tiene IOMA el nene y ahora está cortada menos todavía. (...) está cortada. Y mucho no me cubre tampoco, los remedios me cubría más los remedios la mutual de los camioneros, cuando yo la tenía, que IOMA...” (Entrevista N° 5)

La falta de ingresos para la adquisición de bonos o para el pago de diferenciales, las limitaciones en la cobertura coincide con lo expresado en varios documentos de trabajo donde se analiza la situación del sistema de salud. El *“Documento final: otra salud es posible”* (2002) del Foro Social de Salud sostiene que “aunque el Sistema Nacional de Obras Sociales cubre a 11 millones de personas, hoy la mayoría de los servicios sociales (medicamentos, asistencia médica) se encuentran fuertemente limitados.

Asimismo, el *“Informe sobre salud y pobreza en Argentina”*¹¹ se indica, entre otras cuestiones, que un 70% de los hogares pobres del país no tuvo ingresos para acceder a los medicamentos. Con referencia a esto, un documento producido por la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA, señala que “...desde el comienzo de la convertibilidad, en 1991, hasta el año 2000 los precios de los medicamentos aumentaron entre un 144 y un 156%. En este lapso el consumo se redujo un 20%. Rota la convertibilidad, en los primeros meses del 2000 la inflación fue del 20%, los medicamentos aumentaron un 60%, aunque algunos llegaron a un 350%... Se estima que entre 15 y 18 millones de personas no acceden a medicamentos por no poder pagarlos. ...”.

Como se desprende de los relatos citados la mayoría de las familias atravesaron situaciones de ajustes y restricciones económicas producto de la caída salarial y el deterioro en los ingresos¹², siendo frecuente escuchar que se utilizó y hasta se prefirió los servicios públicos tanto para la consulta de profesionales como para la búsqueda de medicación.

“...No la uso porque no me sirve para nada, no me cubre nada. No me sirve, porque yo tener a los chicos míos he tenido todos a hospital público. Porque la clínica me cubre la mitas y la mitad la tengo que pagar...” (Entrevista N° 13)

“(...) Si no tenés plata, qué va a ser, entonces muero en el hospital. No, vamos al hospital, yo sé que en el hospital me dan los remedios, me dan todo. (...) el nene por ahí la usa, así cuando empieza el fútbol, entonces me mandan un chequeo general, de electrocardiograma, todas esas cosa así de sangre todo, entonces por ahí sí ahí la uso (la obra social) y si tengo para pagar el bono se lo hago ahí que es más rápido. Sino, no, todo en el hospital lo hago; depende como esté, como esté la situación, si hay para pagar el bono sí, sino no, lo hago en el hospital. ” (Entrevista N° 14)

“...No, no la usaba, para nada porque al nene siempre lo llevaba acá o al Hospital de Niños...” Entrevista N° 20)

Pero se trataba de servicios públicos desfinanciados, sin insumos o con los insumos mínimos¹³ que enfrentaron a las familias a la búsqueda de diferentes caminos y estrategias para la resolución de sus problemas.

En uno de los casos se relató que al no ser atendida por la falta de insumos y por tanto no poder resolver su dolencia, sólo se “abrieron” dos caminos: 1.- esperar que la unidad sanitaria del barrio recibiera los medicamentos e insumos (situación incierta ya que la falta y escasez fue una constante en esos tiempos¹⁴), o 2.- recorrer otros centros de atención en búsqueda de los remedios. Esta última opción implicó tiempo, dinero, desgaste y desaliento para el sujeto porque la respuesta más frecuente fue “no hay”.

(una mujer que se quería extraer los dientes) “...Hoy me iba a ir a fijar allá, ahí cerca de los semáforos, yendo para Ensenada, esa voy a ir, también, a ver por sí, por ahí hay (...). Pero hace rato que no hay, hace un mes y pico que estoy esperando, y no viene la anestesia, no mandan nada de medicamentos, porque no hay en el hospital. (...)”

(refiere a que hace con los hijos cuando tienen fiebre) “... al hospital directamente así te los ven. No, pero ahora gracias a Dios, porque encima que no hay remedios, ¿sabés qué? ¿Qué hacés? Se te enferma un chico y sin remedios y no sé. Porque encima no hay en ninguna salita. Porque si diría bueno, ahí no hay pero hay en otro lado, pero no conseguís en ninguna los remedios, en ningún lado conseguís. (...)”

(refiere a los medicamentos que toma por dolores de dientes) ... las Amoxilina en el hospital. Pero después me dieron, que ahí tengo todavía, y no, no consigo los remedios. El mismo médico que me atiende a mí me, me mandó y tengo. Pero después tengo dos o tres remedios ahí que me dio la doctora y no, no, no vinieron. Para el jueves o viernes creo que decían que venían, los medicamentos...” (Entrevista N° 14).

En otros casos, en los que se requirió el consumo constante y permanente de cierta medicación y su costo fue elevado para adquirirlo con los propios ingresos, se hizo necesario armarse de una red de potenciales “proveedores”. O sea, se recurrió a una red de relaciones personales y de opciones institucionales con el fin de conseguir, en forma gratuita, la medicación indicada. Se recorrieron diferentes instituciones públicas o se acudió a diferentes personas (familiares, amigos, personas con influencias políticas) que tenían acceso o podían conseguir los medicamentos en forma gratuita.

“...yo incluso retiraba un remedio por el Consejo pero como esta todo mal, no. Retiraba todo para el asma, no me acuerdo como se llama. (...) tengo que venir acá (unidad sanitaria) para que me den oxígeno, sino, directamente me muero. (...) Todos los días, pero ahora lo deje de tomar porque no había acá, en el Consejo ya hace como ocho meses que no me lo dan y comprarlo no puedo. (...) en el Gutiérrez mi tía me los conseguía, pero últimamente me dijo que tampoco ella... viste se habían acabado las muestras, no había, porque al no haber acá la gente busca, va a pedir ahí.

...Lo mandaba a mi marido a la Villa Tranquila, viste que la vea a la doctora que atendía acá, que la buscara a ella para que ella me los conseguía, esta doctora que traía de su casa me los daba, por eso no me hacía problema anteriormente porque si no, me los daba la doctora y así. Pero ahora no hay en ningún lado. No hay me dicen.” (Entrevista N° 25)

Cabe hacer notar que a pesar de las restricciones económicas de estas familias y las limitaciones que presentaron las obras sociales, la cobertura de salud se presentó para ellas como un recurso más que permite a sus poseedores “ingresarlo” a la red de intercambios de bienes y servicios, y de alguna manera sobrellevar la situación de crisis no sólo de sus ingresos sino la de un sistema público de salud con restricciones para la atención y la entrega de insumos básicos. De manera que el carnet, materialización de la obra social/mutual, se convirtió en un bien que se dispone y está “disponible” para ayudar a otros.

En algunos relatos las mujeres mencionaron el prestar la obra social a familiares que necesitaron cierta medicación y no tenían cobertura y medios económicos para adquirirlos

“...mi tía es rata como yo, viste, si no tiene remedios no lo (...) no tiene IOMA, no tiene nada (...) si ella, claro, si ella, no tiene un remedio que se lo presto yo, o se lo da el médico, se queda sin remedio porque no lo tiene, no lo puede comprar tampoco. (...) no tienen ellos, como trabajan por su cuenta no tienen, no tienen nada...” (Entrevista N° 3).

“...nosotros teníamos obra social y venían todos (refiere a los familiares) a pedirnos los remedios...” (Entrevista N° 5).

La totalidad de las familias que por el tipo de inserción de sus miembros ocupados componen el sector informal no poseían cobertura en salud. Pero se trató de un grupo heterogéneo en tanto algunas de ellas o alguno de sus miembros habían tenido, en algún momento de su trayectoria de vida, algún tipo de prestación de salud o utilizaron la cobertura de familiares y/o amigos; mientras que otras familias nunca accedieron a ella¹⁵.

Entre las primeras se resaltó la importancia que reviste contar con una obra social, especialmente para poder adquirir determinados medicamentos que los centros de salud no entregaron y cuyos costos no podían ser solventados por sus efímeros o nulos ingresos.

Una de las mujeres que hacía más de tres años que era beneficiaria de un programa de empleo remarcó la importancia, y su deseo, de contar con un trabajo “blanqueado” para poder acceder a los beneficios sociales (aportes jubilatorios, obra social) ya que consideró que su actual situación *“... es pan para hoy y mañana nada...”*.

El recurrir a familiares, amigos que tenían obra social y por su intermedio se compraron los medicamentos que se requirieron o se recurrieron a estos vínculos (familiares y/o amigos) porque facilitaron (“regalaron”) aquellos medicamentos que les sobraron y no se usaron más, se convirtió en una estrategia frecuente en este grupo.

(¿Cómo conseguir remedios?) *“...Y mayormente son así familiares, que le quedan antibióticos de algo que y te lo dan. Como ser, mí cuñada, mí hermana, y siempre hay, como ellos tienen mutual y cosas así, obra social, no les sale tanto. Compran, claro, ha usado y le ha quedado y después o, yo he llamado, he preguntado...” (Entrevista N° 11).*

“... ese me dió cuando ella (refiere a la hija) estaba enferma, me compró mi comadre la Novalgina, una botellita grande, que saco por la mutual, eso me sobró. (...) ...no había en la salita, en el hospital, entonces yo le pedí a ella (la comadre) si me la podía sacar por la mutual de ella y ella fue y me lo sacó...” (Entrevista N° 4).

“...es un desastre para conseguir los remedios. ¡Es un desastre!...Se te enferma el nene, le agarra fiebre y le agarra, no sé, cualquier cosa y no tenés...no tenés nada...ni un Ibupirac, ni un analgésico, nada te dan...un desastre...para los remedios sí que es un desastre ni en el Cestino los conseguís, en ningún lado...tenés que...de última yo le pido a mi tía que tiene mutual y los tengo que comprar, la mitad de la plata pago pero....los tengo que comprar. (...) pero los que no tienen esa facilidad no sé qué harán o a veces tenés que pagar con la mutual misma tenés que pagar, cuánto te cobran...” (Entrevista N° 19)

En varias entrevistas se presentó lo que denominamos *itinerario en la búsqueda de los medicamentos*: los sujetos, generalmente la mujer-madre, inician un recorrido por una serie de lugares, circuitos o acuden a familiares (para recolectar dinero) hasta lograr obtenerlos o en su defecto desistir y resolver no realizar los tratamientos prescritos.

“... la doctora siempre te dice que compramos Amoxilina, Amoxidal, y pastillas 500 y si no te pasa con eso, Amoxicilina 500 y sino qué sé yo. (...) Y acá no te dan, porque es re caro.... van al hospital sino te vas al Consejo de la Mujer y te consiguen los remedios, pero tenés que llevar la historia clínica, tenés que llevar la firma de esta, la firma de otro, no te dan el frasco, (...) antes sí te daban (refiere a la unidad sanitaria), seis, siete años atrás si te daban todo enseguida, ahora no, en el hospital tampoco. En el hospital, tiene la farmacia que está abierta hasta las cuatro de la tarde, si te agarró a las cinco o seis que estás descompuesta tenés que irte a San Martín pero si no tenés plata el San Martín (Refiere al Hospital Policlínico San Martín de La Plata) queda re lejos de acá...”

(refiere a la situación de la abuela) *“...los remedios que ella tiene que conseguirse son re caros y en el hospital no te los dan. Ella al principio pagaba dos pesos por mes al hospital y entonces los medicamentos te los guardaban para vos. Al que pagaba sí lo tenía pero ahora como no paga más no se lo dan. Y si averiguan que vos tenías una obra social menos, menos...”* (Entrevista N° 7).

(en referencia a los medicamentos que necesita el hijo) *“...Y, cómo hago yo? Tengo que andar pidiéndole a todo el mundo, bueno, supuestamente siempre me dan viste, porque saben que es para lo que es pero... Y, cuando la doctora tiene para darme, me lo da, la señora del Hospital de Niños, que es la alergista. Casi siempre ella trata porque ella sabe la situación que tenemos nosotros, entonces ya lo conoce viste, y siempre me consigue ella. Pero cuando no hay en el hospital no me puede dar ella tampoco, por eso a los familiares, y bueno viste, de última le tengo, o hacer una rifa de cualquier cosa, viste... le voy a pedir a mi hermana, a mi suegra si tiene viste, trato de juntar, o de alguna persona por ahí tiene algún medicamento parecido y me lo puede dar. Se hace eso viste...”* (Entrevista N° 12).

Los vínculos con el profesional médico de los centros de salud también formaron parte de las estrategias que realizaron estas familias para la adquisición de medicamentos. El lazo que se construyó con el personal de las unidades sanitarias trasciende el plano de lo meramente técnico - asistencial para constituirse en un vínculo más estrecho que sin perder su condición de relación asimétrica se convirtió en una cuestión central el conocimiento respecto de la situación económica-familiar.

Cabe destacar que en la construcción y constitución de estos vínculos fue central para las familias, el tiempo de residencia en la zona¹⁶, como así también la permanencia, en tanto antigüedad en el servicio, del personal de salud.

En el caso de la unidad sanitaria "El Molino" la gran mayoría de los profesionales hacía más de cinco años que trabajaban en el centro de salud teniendo un conocimiento no sólo sobre los padecimientos y enfermedades de los diferentes miembros de la familias sino sobre las condiciones y trayectorias de vida de las familias.

"... cuando hay me dan, y cuando no hay, no sé. Al menos de las veces que me pasó eso, me daba ella (refiere a la doctora de la unidad sanitaria barrial), no sé de dónde, porque veía que era muy jodido, que la única manera era urgente...". (Entrevista N° 11).

En aquellas familias donde nunca se accedió a una cobertura en salud (propia o de otros) y con historias de vida signadas por la precariedad, inestabilidad y vulnerabilidad laboral, la no posesión de una obra social/mutual no se presentó como una necesidad ni como una demanda. En estos casos, al momento de elegir el servicio de salud se ponderó la posibilidad de adquirir gratuitamente la medicación.

"... andá al Gutiérrez (Hospital), porque el Gutiérrez tiene unos médicos buenísimos, son un montón, te dan la medicación... Entonces cuando vos...si te dan la medicación, más allá de lo bueno que puedan hacer los alergistas, vos vas más por la medicación. Ellos te daban las gotitas, te daban las vacunas, te daban el preventivo... Vos sabías que tenías que levantarte a las siete de la mañana porque dan cierta cantidad de números y se llena, pero vale la pena porque vos venías con todo. Ahora por más que vayas a donde vayas, no te dan nada porque no hay...". (Entrevista N° 33).

"... más seguro es ir al hospital, que vas y te atienden, precisas algún remedio y te lo dan porque en la salita no hay nada, así que a veces es perder el tiempo en la salita..." (Entrevista N° 21).

"...Hoy fui, sí, porque tenía que ir a control, y me dieron unos calmantes, porque me duele mucho la panza. ... Al hospital de Ensenada, fui directamente porque acá (unidad sanitaria) por ahí no hay los remedios y en cambio ahí en el hospital hay. Sino, tenés que ir acá (unidad sanitaria) y buscar los remedios allá. Pero me fui, como ya me hice atender allá, fui allá directamente, no fui a otro lado..." (Entrevista N° 33)

Cabe hacer notar que la falta de recursos económicos para gastos extras y la no posesión de un capital económico acumulado para hacer frente a imponderables limitó la realización de controles, de estudios en centros de mayor complejidad y alejados del barrio, como la realización de tratamientos

"... no tenía plata para el viaje...o sí, sí tenía pero era para otra cosa, para el pan. A veces hay que estar en la situación, yo al nene ahora tengo que llevarlo

al Hospital de Niños que llevarlo porque no habla bien el nene, tiene problemas en la garganta. Supuestamente me dijeron que puede ser que tenga carne crecida... Bueno, el otro día lo llevé al Hospital de Berisso, me gasté al pepe el viaje porque me dijeron que atienden después de los 14 años por la garganta... (...) lo tengo que llevar a la fonaudióloga, pero bueno... acá no hay fonaudióloga....” (Entrevista N° 18)

“... nos habían recetado para comprar un, unas gotitas que eran antibióticos, pero, no podíamos si no teníamos para comprar, le dije a la médica, y a la pediatra también que lo hizo, le hice atender a las nenas en el hospital, le dije que no, no tenía plata, que no, si me daba algo viste, a ver si tenía, no, no había nada, que sé yo. Y, y a él le dieron una inyección que le calmó, y después los antibióticos que no le calmaban pero lo que tenía que comprarse era la, la gotita esas que tenían antibiótico y calmaban, pero no se la pudo comprar. (...) Fuimos a preguntar y salía eh, 13 pesos, 14 pesos. Y si él no podía trabajar bien, no podía. Y si no podía ir a trabajar. Se curó con los antibióticos y el alcoholcito...” (Entrevista N° 11)

“...le están haciendo un tratamiento en el Hospital de Niños, me mando la doctora de acá, lo único que no tengo ahora para llevarla porque no tengo plata para el viaje... (...) voy saco número o me dan turno, la tengo que llevar a hacer los controles, y ahora hace rato que no la llevo por el asunto económico que estamos, tiene un soplito...” (Entrevista N°22)

REFLEXIONES FINALES

El contexto de crisis económica, social y político en que se realizó el trabajo de campo nos enfrentó a una situación precarización y desocupación laboral donde cada vez más personas y familias se encontraron, entre otras cuestiones, con ingresos deteriorados o sin ingresos, sin ningún tipo de beneficio social, o que perdieron o nunca tuvieron cobertura en salud. Por tanto, sólo tenían la posibilidad de acceder a servicios públicos, pero se trataban de servicios desfinanciados y sin insumos o con los insumos mínimos e indispensables que no garantizan el derecho a la salud.

Un Informe de la DEIS¹⁷ sobre las variaciones de la cobertura de salud según los censos nacionales de población y vivienda¹⁸ muestra que “... A partir de los resultados del censo (1991) se identificó que un 36,9% de la población no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias¹⁹. (...) En la distribución, el valor del medio (la mediana) era 38,2%. (...) En función de los resultados del relevamiento estadístico del 2001, se identificó que un 48,1% de la población del país no tenía cobertura de ningún tipo, variando los porcentajes entre provincias. (...) En la distribución el valor del medio (la mediana) era 48,8%. (...) Esta situación se explica por el hecho de que los sistemas de coberturas vigentes están fuertemente relacionados con el empleo en blanco y estable...”.

Del análisis de los grupos, considerando la dicotomía formal-informal, la cuestión de la obra social se tornó relevante en tanto constituyó un recurso más (un “bien” disponible) de las estrategias familiares de reproducción. Para los que poseen cobertura en salud, más allá de su calidad y el alcance a nivel de

prestación de la misma, encontramos que: a.- no necesariamente era poseída por la totalidad del grupo familiar, ya que en la mayoría de los casos aquí relevados, fue condición necesaria la legalización del vínculo matrimonial. Por tanto, fueron generalmente las cónyuges las que quedaron desprotegidas, implicando una mayor vulnerabilidad para las mujeres; b.- a su vez, la posesión de obra social no implicó necesariamente su utilización. En algunos casos se mencionó no sólo los límites de la misma en cuanto a la cobertura de ciertas prácticas y medicamentos, sino la falta o escasez de ingresos monetarios para poder cubrir diferenciales o pagar adicionales.

A pesar de las restricciones económicas por las que atravesaban las familias y las limitaciones que presentaban ciertas obras sociales, la posesión de cobertura de salud se presentó para las familias que la tenían como un recurso más que se puede ingresar a la red de intercambios de bienes y servicios, permitiendo sobrellevar la situación de crisis no sólo de sus ingresos sino del sistema público de salud que no entregaba los insumos básicos prescriptos. El carnet, materialización de la obra social, se prestó a otros, generalmente familiares, que no tenían o que lo solicitaron para que por su intermedio se consiguieran los medicamentos habituales o los prescriptos. De manera que el carnet se convirtió en un bien que se disponía y esta “disponible” para ayudar a otros.

Para los que no tenían cobertura en salud, nuestro análisis dio cuenta de dos situaciones: por un lado, quienes no sólo no poseían cobertura sino que no reclamaron ni manifestaron deseos de tenerla o preocupación por su falta. O sea, no fue manifestada como una necesidad sentida. Se trató de familias que nunca tuvieron y que tampoco tuvieron la posibilidad de usar la de otros, por lo que a la hora de buscar una respuesta a sus problemas de salud desde la biomedicina, lo hicieron preferentemente en los centros públicos de atención ponderando en la elección la entrega de medicamentos.

Por otro, aquellas familias que si bien no contaron con cobertura de salud tuvieron la posibilidad de utilizar el carnet de familiares o amigos resaltaron la importancia de su posesión. La valorización estuvo centrada en que permitió acceder a los medicamentos que no estuvieron disponibles en los centros de salud y cuyos costos fueron elevados para comprarlos con sus ingresos.

Se trató para quien recibió la obra social de otro, de una estrategia en salud para poder hacer frente y de alguna manera amortiguar las situaciones de crisis que provocaron no sólo la situación de enfermedad o daño, sino la de un sistema reducido, ajustado y desfinanciado.

En nuestra sociedad los medicamentos de patente adquieren un lugar central en el proceso de cura de los padecimientos. Sin negar que en muchos casos es evidente y contundente la eficacia de los mismos, no sólo en el proceso terapéutico sino en el acortamiento del tiempo en la resolución de los padecimientos y enfermedades, convengamos (como advierte Barros, 1985) que se deposita en ellos una confianza que va mucho más allá de la acción farmacológica.

Los medicamentos en tanto mercancías no sólo poseen un valor de cambio y de uso, sino que tienen un valor simbólico que se relaciona con la confianza depositada en el saber médico técnico y científico. De allí que en los distintos

grupos analizados la posesión de los medicamentos se convirtió en un elemento altamente valorado pero, para muchos de ellos se constituyó en un bien de difícil acceso.

La dificultad de acceso no sólo estuvo dada por el costo de los mismos, que los sujetos no contaron con los recursos necesarios para adquirirlos, sino por la escasez o ausencia en los centros de salud pública, lugar donde históricamente fue posible adquirirlos de manera gratuita.

Un documento producido por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación acerca de la política nacional de medicamentos señala que “Sólo el 84% de la población bajo la línea de pobreza accede a los servicios públicos de salud y en el 45% de los casos, los medicamentos que les son prescritos son adquiridos con recursos propios.

Dado que el precio de los medicamentos es igual para pobres que para ricos, el peso que los mismos tienen en la canasta de consumo de los primeros es obviamente mayor, evidenciando la regresividad en su financiamiento. En cifras: el 20% de los hogares más pobres (1° quintil) emplea el 78% de los ingresos que destina a salud a la compra de medicamentos, mientras que para el 20% de los hogares más ricos (5° quintil) esta relación alcanza sólo al 41%.” (UIES, 2003:2).

Teniendo en cuenta estas consideraciones es que debemos considerar y analizar tanto el **“itinerario de búsqueda de los medicamentos”** como la construcción de la **“red de proveedores”**. Ambos conceptos permiten dar cuenta de la trama de relaciones que los sujetos construyen o los diferentes recorridos (desplazamientos por diferentes instituciones) que los sujetos realizan para poder obtener ese bien. O sea, se conforma y se constituye lo que denominamos estrategias en salud.

En el análisis utilizamos esa distinción de la siguiente manera: la “red de proveedores”, en los casos en que se requirió un uso constante y permanente de medicación, refirió a la conformación de una red de relaciones personales y de opciones institucionales con el fin de conseguir, en forma gratuita, la medicación indicada. Una vez hecho el recorrido por diferentes instituciones públicas o de haberse acudido a diferentes personas (familiares, amigos, personas con influencia política) que tienen acceso o posibilidades de conseguir los medicamentos en forma gratuita, se mantiene el vínculo para posteriores utilizaciones.

La construcción y el sostenimiento de vínculos con el profesional médico de los centros de salud fueron también conformando parte de esta red de proveedores. Este vínculo que se construyó con el personal trasciende el plano de lo meramente técnico- asistencial para constituirse en un vínculo “más estrecho” (en el marco de una relación asimétrica) donde el conocimiento respecto de la situación económica - familiar se tornó trascendental. Un elemento que se destacó en la construcción y constitución de estos lazos fue, para las familias, el tiempo de residencia en la zona, como así también la permanencia, en tanto antigüedad en el servicio, del personal de salud.

El itinerario de búsqueda de los medicamentos aludió a que en situaciones puntuales ante la presencia de alguna dolencia los sujetos, generalmente la mujer-madre, entran a recorrer lugares, circuitos o acuden a familiares (para

pedir el medicamento o recolectar dinero). Se trató de obtener el medicamento recetado y que no fue brindado.

BIBLIOGRAFÍA

Barros, José. "Medicamentos: ¿uso o abuso?". *Cuadernos Médicos Sociales* N° 34 (1985): 45-49 .

Eguía, Amalia y Ortale, Susana. "Condiciones de vida, lazos sociales y representaciones de mujeres pobres del Gran La Plata (Argentina)". Ponencia presentada en el Colóquio Internacional sobre Políticas Públicas, Pobreza e Exclusão Social UNIJUÍ/CEOS/AISLF. Brasil, Ijuí, 26 al 28 de noviembre de 2003.

Eguía, Amalia y Ortale, Susana. "Reproducción social y pobreza urbana". *Cuestiones de Sociología* 2. (2004): 21-49.

Eguía, Amalia. "Pobreza y reproducción familiar: propuesta de un enfoque para su estudio". *Cuaderno CRH*, (2004) V. 17, N° 1. En prensa.

Esquivel, Valeria y Mauricio, Roxana. "La desigualdad de los ingresos y otras inequidades en argentina post-convertibilidad". *Policy Papers* [On Line] Series N°4, Argentina Observatory, The New School, New York. En <http://www.argentinaobservatory.org/documents.asp> (2005).

Foro Social de Salud. "Otra Salud es Posible". Comunicado de Prensa. (<http://www.cicop.org.ar/forosalud>).

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. *Instituto de Obra Médico Asistencial* (IOMA) (<http://www.ioma.gba.gov.ar/historia.htm>).

Hintze, Susana. *Estrategias alimentarias de sobrevivencia /1. Un estudio de caso en el Gran Buenos Aires*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1989.

Médicos del Mundo Argentina. "Informe sobre salud y pobreza en Argentina" (Acceso 31 de julio de 2004) (<http://www.mdm.org.ar>).

Menéndez, Eduardo. "Reproducción Social, mortalidad y antropología médica". *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*. Ed. Eduardo Menéndez, Javier García de Alba. México: Universidad de Guadalajara, CIESAS, 1992. 13-36.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, OPS y OMS. "Situación de Salud en Argentina 2003". (<http://www.msal.gov.ar>).

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. "Programa Remediar" (Acceso 2005) (<http://www.remediar.gov.ar>).

Pagnamento, Licia y Weingast, Diana. "Apuntes para contribuir en la reflexión sobre la pobreza". En *Cuestiones de Sociología* 2. (2004): 185-195.

Pagnamento, Licia y Weingast, Diana. "Pobres, enfermedades y padecimientos: estrategias en el campo de la salud". *Los significados de la pobreza*. Ed. Amalia Eguía, Susana Ortale. Buenos Aires: Biblos, 2007 (en prensa).

Suárez, María; Adriani, Luis; Alvariz, Ariel. "Principales tendencias en el mercado de trabajo del Gran La Plata: la precarización laboral en el período 1998-2003". Ponencia presentada en las Terceras Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, noviembre de 2003.

Unidad de Investigación Estratégica en Salud (UIES) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación "*La política Nacional de Medicamentos. ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?*" (Acceso julio 2007)
(http://www.msal.gov.ar/html/site/Genericos/site2/articulos_politica2.asp)

Weingast, Diana. "Las estrategias de salud entre cónyuges y jefes de hogar de sectores pobres: el caso de Punta Lara". Ponencia presentada en VII Congreso de Antropología Social, Villa Giardino, Córdoba, mayo 25-29 de 2004.

Weingast, Diana "Reflexiones conceptuales acerca de "la familia", unidad doméstica. Un abordaje desde las estrategias de reproducción". En *Jornadas Familia y Salud: desde una visión inter y multidisciplinar*. Santiago del Estero, agosto 18-20 de 2005.

Weingast, Diana. "Prácticas de auto-atención implementadas por un grupo de mujeres de sectores pobres urbanos de la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada, Argentina". "*Efectos de las políticas de ajuste en la década del 90*". Ed. Myriam Barone, Lidia Schiavoni. Misiones: Editorial Universitaria Universidad Nacional de Misiones, 2005. 25-38.

¹ Consisten en una trama de relaciones sociales establecidas por los sujetos en el curso de sus interacciones cotidianas dentro de un ámbito no institucionalizado en las que entra en juego el intercambio de bienes y servicios. De acuerdo con situaciones particulares de la familia o de alguno de sus miembros, éstas dan y/o reciben a/de otros agentes, ya sean parientes, vecinos, amigos, patrones y en ese intercambio, no necesariamente ni siempre equivalente, sellan compromisos implícitos de solidaridad y dependencia mutua. (Eguía y Ortale, 2003)

² La encuesta permitió rescatar información sobre características familiares, trayectorias laborales, problemas de salud de los últimos años, organización familiar, características habitacionales e infraestructura doméstica del hogar.

³ La unidad de información fue la mujer.

⁴ La entrevista semiestructurada en tanto herramienta pensada como instancia similar pero diferente a una conversación informal, donde se dialoga de una manera que aúna conversación con preguntas planificadas, permitió reflexionar sobre los problemas de salud.

⁵ En el documento "Consideraciones sobre la medición de la Pobreza (Provincia de Buenos Aires)" Proyecto ARG/90/015 PNUD, diciembre 1992, se señala que: "... los indicadores de vivienda o hábitat varían su significación según el contexto rural o urbano de que se trate. Uno de los indicadores con mayor frecuencia de carencia –ausencia de baño con arrastre de agua- tiene una significación indudable en términos del valor social y calidad de vida en el medio netamente urbano...".

⁶ Algunos documentos consultados sobre indicadores de necesidades básicas insatisfechas, señalan que la carencia de cualquier clase de retrete no sólo lleva implícito un nivel crítico de privación en las

condiciones sanitarias, sino que constituye un indicador de la insuficiencia de recursos del hogar y probablemente asociados a otras privaciones (La Pobreza en la Argentina. Indicadores de NBI a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Estudios INDEC, pág.12)

⁷ La falta de descarga de agua del retrete está en relación con la falta de abastecimiento de agua en la vivienda. Es conocida la estrecha relación existente entre el acceso a servicios de provisión de agua (particularmente agua potable) y la eliminación de excretas con las condiciones de salud.

⁸ Se define como hacinamiento a aquellas situaciones en las que más de tres personas duermen en una misma habitación.

⁹ Refiere al hijo menor de un año que la obra social le cubre el 100%

¹⁰ El Instituto de Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) es una obra social de corte provincial creada por Decreto Ley N° 2452 del 20/2/1957, siendo afiliados directos y obligatorios “todo el personal en actividad dependiente de cualquier organismo de la Administración General de la Provincia, los jubilados y pensionados de dicha administración”. El Instituto se creó para proporcionar los siguientes beneficios: medicina general y especializada en consultorio y domicilio; internaciones en establecimientos asistenciales; análisis de laboratorio, radiografías, masoterapia; asistencia odontológica; provisión de medicamentos. (<http://www.ioma.gba.gov.ar/historia.htm>)

¹¹ Dicho informe con fecha 31/7/04 se encuentra en la página web de Médicos del Mundo Argentina (<http://www.mdm.org.ar>).

¹² Esquivel, V. y Mauricio, R (2005:6) señalan que “... entre octubre de 2001 e igual período del año siguiente, las remuneraciones reales se redujeron en aproximadamente 30%, si bien poco más de dos tercios de la caída se verificó en el semestre inmediato posterior a la salida de la convertibilidad.”

¹³ Cabe recordar que al momento de la realización de la segunda etapa del trabajo de campo el gobierno nacional (Presidente Provisional Duhalde) decreta la Emergencia Sanitaria. En este marco se implementa la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico y el Programa Remediar. El Programa Remediar es un programa de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios implementado por el Ministerio de Salud de la Nación. Se inicia en octubre del 2002, con el objetivo de garantizar el acceso de la población más vulnerable (bajo línea de pobreza y/o que no posee cobertura social) a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de motivos de consulta médica en los centros de salud. Los medicamentos son distribuidos a los botiquines de los centros de atención primaria de la salud. El acceso a los medicamentos por parte de la población es a través de la consulta médica en los centros de salud barrial según prescripción médica. [http:// www.remediar.gov.ar](http://www.remediar.gov.ar)

¹⁴ La unidad sanitaria El Molino y la N° 184 recibieron el primer botiquín del Programa Remediar a mediados de noviembre del 2002.

¹⁵ Suarez, M.; Adriani, L.; Alvariz, A. (2003) al analizar el mercado de trabajo del Gran La Plata señalan que para el período mayo de 2001 a mayo 2002 “... la crisis del Régimen de Convertibilidad y la posterior devaluación afectaron profundamente al conjunto de los indicadores laborales, llegando la desocupación al record histórico con más de 70.000 personas sin empleo (22.1%)”. Asimismo, indican que “...En el Gran La Plata, la característica sobresaliente del mercado de trabajo ha sido el creciente proceso de precarización laboral. En este proceso se conformó un heterogéneo universo de relaciones laborales, donde vastos sectores de la población realizan tareas de baja calificación, demandan más trabajo sin obtenerlo, ocupan puestos de trabajo inestables, no reciben la totalidad de los beneficios sociales o perciben salarios que no cubren las necesidades básicas. Como resultado, el 48,2% de la población ocupada se encuentra en alguna condición de precariedad.”

¹⁶ Los datos de la encuesta mostraron que la mitad de las cónyuges y el 51,4% de los jefes de hogar llevaban más de seis años residiendo en la zona.

¹⁷ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. (<http://www.deis.gov.ar/informes.htm>)

¹⁸ Cabe aclarar, como se indica en el informe, que en ambos censos se incluyó la misma pregunta sobre Cobertura de Salud (“está asociado a obra social”, “plan médico privado o mutual” o “ambas” alternativas), con igual categorización y definiciones, por lo cual fue posible la comparación

¹⁹ Los datos para provincia de Buenos Aires según censo 1991 arrojó el siguiente porcentaje: 36,7% de la población no tenía cobertura de ningún tipo, mientras que el censo del 2001 mostró que en dicha situación se encontraba el 48,8% de la población.