

VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2010.

Saberes y cuidados en salud infantil en hogares pobres. Una tarea de mujeres.

Weingast, Diana.

Cita:

Weingast, Diana (2010). *Saberes y cuidados en salud infantil en hogares pobres. Una tarea de mujeres. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-027/609>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eORb/ugS>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar>.

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>.

VI Jornadas de Sociología de la UNLP

Diana Weingast

Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS). Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP)
Centro de Estudios en Rehabilitación Nutricional y Desarrollo Infantil (CEREN). Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

dianaweingast@gmail.com

Título: “Saberes y cuidados de la salud infantil en hogares pobres, una tarea de mujeres.”

Esta ponencia se enmarca en el proyecto de tesis doctoral de la UNLP, donde se indagan las estrategias de cuidados en salud infantil ante las IRAb en familias pobres.

Consideramos que *los cuidados de salud en el hogar* son formas de atención de las enfermedades, de prevención y de la promoción de la salud. Estos en tanto forman parte de la división sexual del trabajo en el hogar, son realizados por las mujeres madres poniendo en juego saberes, experiencias, recursos materiales y simbólicos para identificar necesidades y elegir las estrategias de acción. En su ejecución se efectúan tareas concretas, se asumen responsabilidades, se toman decisiones y se entablan relaciones con quienes reciben los cuidados y con otros que convierten a la cuidadora en “gestora de los cuidados”.

Su abordaje permite identificar cómo, al interior del hogar se construyen, articulan y resignifican los saberes, las experiencias y las prácticas dando cuenta de la intervención de diversos actores sociales (personal de salud, medios de comunicación, políticas de Estado).

En esta ponencia exploramos las estrategias de cuidado en salud infantil en hogares pobres ante problemas respiratorios, analizando 16 entrevistas realizadas en julio/agosto del 2009 en la localidad de “El Peligro”, partido de La Plata.

Introducción

Esta ponencia se enmarca en el proyecto de tesis doctoral de la UNLP, donde proponemos indagar las estrategias de autoatención desplegadas por los hogares pobres ante problemas respiratorios de los niños¹.

El mismo se alinea con los estudios de reproducción social², tema de interés dentro de la ciencia social y recurrente en el campo antropológico dentro del cual el concepto de estrategias familiares se convirtió en una categoría analítica, de menor grado de abstracción, que permite comprender la articulación entre los niveles macro y microsociales.

El estudio de las estrategias, dirigido a comprender los procesos de salud-enfermedad-atención requiere analizar dichos procesos no sólo como emergentes de condiciones económicas y sociales sino en su relación con los significados culturales y las relaciones de poder que los sostienen y/o posibilitan su transformación.

Focalizar en las estrategias vinculadas con los procesos de *salud-enfermedad-atención* responde al interés de dar cuenta de los recursos materiales y simbólicos, las relaciones e interacciones sociales que despliegan los sujetos y las unidades domésticas para enfrentar y/o evitar la enfermedad y los padecimientos³ en contextos específicos estructuralmente determinados.

La atención, entendida como la forma en la que socialmente se encaran y resuelven los problemas de salud/enfermedad, *expresa la acción* del sujeto, de los grupos y de las instituciones en un marco económico, simbólico y valorativo. Pero también la atención *instituye* una manera de intervenir y de pensar sobre los enfermos y las enfermedades (Menéndez, 1994).

¹ Asimismo, como línea de investigación forma parte de un proyecto general, integrado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación sobre "Pobreza y relaciones de género y edad en ámbitos domésticos y extradomésticos. Estudios en el Gran La Plata", dirigido por Amalia Eguía y Susana Ortale y radicado en el CIMeCS-IdIHCS (UNLP/CONICET) y el Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Cs. de la Educación de la UNLP, que cuenta con el apoyo de subsidios del CONICET y la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.

² Menéndez (1992) señala que el problema nuclear que trata de dar cuenta la problemática de la reproducción refiere a la relación estructura - sujeto, así como a los procesos de transformación, permanencia, o ambos, que permiten seguir reproduciendo una sociedad determinada.

³ Ramírez Velázquez (2004:285) indica que "... el padecimiento alude a la experiencia y percepción que construye el que lo sufre, mientras la enfermedad refiere a categorizaciones elaboradas desde la profesión médica. Ambos constituyen uno de los principales ejes de construcción de significados, simbolizaciones y representaciones colectivas que tienen una historicidad propia y que van a expresarse de manera diferencial tanto en las distintas etapas de la vida como entre los distintos estratos, sectores y conjuntos sociales."

En este marco, recuperando los planteos de Menéndez (2003; 2005)⁴, consideramos que la *autoatención* refiere a una estrategia de acción de los sujetos y los grupos ante los padecimientos y las enfermedades en donde no interviene de manera directa ningún curador profesional. Se trata del primer nivel real de atención, aquel que se realiza con cierta autonomía en el hogar y que involucra, en función de los saberes que manejan los sujetos/grupos, diferentes actividades que conducen a detectar, diagnosticar y curar (implementando tratamientos, controlando y vigilando signos). Incluso constituye parte de la autoatención, el cuidado realizado en el ámbito doméstico de los diferentes eventos de enfermedad antes y después de haber tomado la decisión de consultar a un curador profesional.

Las diferentes actividades de autoatención conforman una síntesis dinámica, conflictiva y hasta contradictoria de diferentes saberes que provienen del aprendizaje (internalización de qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer ante un evento de enfermedad) a lo largo de la vida a través de diferentes instancias (familia, curadores, medios de comunicación, espacios comunitarios/populares de capacitación, etc.), de la experiencia propia o de otros (familiares, vecinos) ante situaciones consideradas como similares y del uso combinado de diferentes formas de atención (pluralismo médico) según posibilidades materiales y simbólico-valorativas. Pero también, las diferentes actividades de autoatención están condicionadas por la situación estructural en la que se encuentran los hogares la que a su vez define determinadas formas de enfermar.

La autoatención, en tanto proceso, encuentra en la figura femenina su principal responsable, siendo un reflejo de la división social del trabajo al interior de los hogares.

Dentro de las enfermedades infantiles, las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAb)⁵ constituyen uno de los principales problemas de salud que afecta a los niños/as menores de cinco años y se caracterizan por: 1.- su incidencia en las tasas de morbimortalidad, 2.- ser un motivo frecuente de consultas en los servicios de salud, especialmente en épocas invernales;

⁴ Este autor señala que la autoatención puede ser pensada en dos niveles: amplio y restringido. El primero refiere aquellas acciones que realizan los microgrupos y grupo doméstico para asegurar su reproducción biológica y social de los sujetos. Las mismas son efectuadas a partir de los objetivos y las normas culturales de los grupos, incluyéndose tanto la atención y prevención de los padecimientos como las actividades de preparación y distribución de alimentos, la obtención y utilización del agua, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo; pero también el aprendizaje de la relación con la muerte (cuidado del moribundo, ayudar a morir o el manejo del cadáver). La autoatención en sentido restringido, remite a representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente por el grupo al proceso de salud/enfermedad/atención. De allí que las actividades de automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención. (Menéndez 2003; 2005).

⁵ Se define como Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAb) a la existencia de signos clínicos generales y respiratorios que caracterizan a la: Laringitis (“Croup”), Traqueobronquitis, Bronquiolitis, Neumonía. Estas dos últimas son las más peligrosas y se relacionan con la mortalidad infantil.

3.- sus causas pueden ser reducibles por estar relacionadas con las condiciones de vida, 4.- para lograr una intervención oportuna de simple o mediana complejidad tecnológica se requieren acciones preventivas o curativas sencillas.

El Ministerio de Salud de la Nación (2009)⁶ señala que las IRAb constituyen la tercera causa de mortalidad infantil, la segunda causa de mortalidad en niños de 1 a 4 años, la primer causa de consulta de niños de menores de dos años (60%), siendo las enfermedades respiratorias inferiores (bronquiolitis, neumonía) la principal causa de hospitalización, constituyendo más del 40% de los egresos hospitalarios en los meses invernales.

En la provincia de Buenos Aires la información disponible, al momento del trabajo de campo, era fragmentaria pudiendo contar sólo con información sobre tasa de mortalidad infantil y causas de las mismas⁷. El documento “Diagnóstico de las Regiones Sanitarias 2007::2008”, elaborado por la Dirección de Información Sistemizada del Ministerio de Salud provincial señala para la Región Sanitaria XI⁸ que la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el año 2007 fue de 15,4‰, con una tasa neonatal (TMN) de 10,1‰ y postneonatal (TMP) de 5,3‰. Y para el partido de La Plata la TMI fue de 13,2 ‰.

Asimismo, el informe del Ministerio expresa para la Región que “...el 63,2% de las defunciones neonatales podría reducirse con acciones en la prevención, el diagnóstico y/o el tratamiento oportuno fundamentalmente durante el período de gestación. Entre las muertes postneonatales, el porcentaje de reducibilidad fue de 57,3%.” (S/F:149)

Observando las causas de la mortalidad infantil correspondiente al período 2001-2006⁹ vemos que las IRA constituyeron la tercera causa de muerte infantil en el año 2001, siendo la segunda causa en el 2006. En los años intermedios pasaron de la segunda (2002) y primera causa (2003).

La revisión constante de la página web ministerial nos permitió contar la última información disponible sobre el monitoreo de las IRAb 2009 para la Región Sanitaria XI¹⁰. En dicha presentación se indica que entre la semana epidemiológica 17 a 39 del año 2009 se notificaron en la región sanitaria XI un total de 8.822 casos, siendo las semanas 22 a 26 las que presentan

⁶ Programa Nacional de Infecciones Respiratorias. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Abril 2009. <http://www.msal.gov.ar/hm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>

⁷ http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/mort_inf_causas.htm
http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales_2005_06/causas_2006/index.htm. (Consultados 12/2/10)

⁸ Compuesta por los siguientes partidos: Berisso, Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomus, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Monte, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Tordillo.

⁹ Se tomó ese período porque fueron los únicos datos disponibles.

¹⁰ <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/R SXI/index.html> (consultado el 29/9/2010)

la mayor cantidad de casos notificados. Cabe señalar que el municipio que presenta la mayor cantidad de casos notificados fue La Plata (2941) seguido por Presidente Perón (1786) y Ensenada (986).

Los datos presentados a nivel de la región sanitaria muestran que el 89% de los diagnósticos corresponde a la categoría médica designada como síndrome bronquial obstructivo, seguido de la neumonía (8%). Asimismo, se indica que el 30,5% del total de casos de IRAb corresponde al grupo etario de 0 a 6 años (0-3 años fue de 14,3% y de 16,2% para el grupo de 4 a 6 años).

Metodología

Los estudios sobre estrategias toman como unidad analítica a la unidad doméstica¹¹ por ser el ámbito donde se realiza la reproducción biológica y social de los sujetos y los grupos. Es la institución sobre la cual repercuten en forma directa las consecuencias de las crisis económicas y las políticas de ajuste, siendo el lugar a partir del cual se constituyen, organizan y articulan las principales redes sociales. (Menéndez, 1992b).

En el caso de la salud, señala Menéndez (1992b), la familia/grupo doméstico constituye la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y enfermedades, el mayor número de detección, diagnósticos, actividades de atención articulándose o no el uso de servicios de diferentes modelos de atención. Pero también constituye la microestructura que más peso tiene en la constitución de significaciones y prácticas de los sujetos respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Desde estas consideraciones tomamos como unidad de observación a las unidades domésticas, mientras que la unidad informativa lo constituyeron las mujeres madres. Como nos recuerda Menéndez (2005:28) “... la mujer en su papel de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso de salud/enfermedad/atención de los miembros del grupo. La mujer será la encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar, por lo tanto, indicadores diagnósticos y de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo. Tendrá alguna noción de la evolución de los padecimientos, así como frecuentemente una noción de la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella la que implemente los primeros tratamientos y decidirá, por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar, la demanda de atención...”

¹¹ El término *unidad doméstica*, siguiendo a Harris (1986), denota una institución cuyo rasgo central es la co-residencia. Dicho concepto supone que las personas relacionadas o no por lazos de parentesco viven en el mismo espacio, comparten las tareas de mantenimiento cotidiano de los seres humanos y organizan la reproducción de la siguiente generación.

La experiencia de trabajo se realizó en la localidad de El Peligro, partido de La Plata dado que se contaba con la posibilidad de acceso tanto a hogares en condiciones de pobreza del aglomerado Gran La Plata como al único servicio público de salud existente en la localidad (Centro de Salud N°24).

Asimismo, pudimos acceder al registro de hogares identificados por la Secretaria de Salud de la municipalidad de La Plata en el marco del programa de Vacunación Domiciliaria (2008). Este registro permitió identificar 43 familias que tenían al menos un miembro menor de 6 años al momento de la entrevista.

Utilizamos la técnica de entrevista para recuperar saberes, experiencias y prácticas cotidianas vinculadas a los procesos de autoatención de los problemas respiratorios infantiles, particularmente las identificadas como IRAb, realizando en una primera etapa, de carácter exploratorio, 16 entrevistas a mujeres madres durante los meses de julio/agosto, momento del año en que se registra la mayor incidencia de este tipo de padecimiento.

Las entrevistas fueron efectuadas en los hogares de las informantes, en un contexto signado por la declaración de la Emergencia Sanitaria ante la Gripe A¹², situación que, entre otras cuestiones, implicó que la mayoría de la población infantil se encontrara recluida en sus hogares por el adelanto y ampliación del receso invernal.

El guión de entrevista versó sobre la existencia, identificación, frecuencia y percepción de síntomas de las enfermedades que conforman las IRAb, forma de atención elegida, tipo de tratamiento, evaluación del mismo y posibilidad de cumplimiento. Su análisis nos permitió **explorar cómo atienden las familias, particularmente a través de las mujeres madres, los problemas respiratorios de sus niños pequeños.**

Caracterización de El Peligro

El partido de La Plata está constituido por 19 centros comunales. Entre ellos “El Peligro”¹³ se ubica en una zona suburbana con predominio de producción hortícola, florícola y de granja (particularmente gallineros). Esta última explica la presencia permanente de moscas en las

¹² En la provincia de Bs As, los primeros días del mes de julio del 2009 el ministro de salud declaró la emergencia sanitaria por un período de 90 días. De esta manera el ministro tiene la facultad de disponer la reorganización de recursos humanos, la contratación de personas y compra de insumos de manera directa.

¹³ Situada a 34 km al Oeste del casco urbano la Ciudad de La Plata, enmarcada entre las rutas provinciales 2 y 36, muy cerca del límite con los partidos de Berazategui y Florencio Varela. El origen del asentamiento poblacional y las características generales están relacionados con la ruta 2 conformándose una trama urbana en el extremo oeste de dicha ruta a la altura del kilómetro 44,5.

viviendas y en las instituciones públicas como la escuela primaria¹⁴, el club, el centro de salud¹⁵.

A partir de los datos del censo 2001, la Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales de la Municipalidad, señala que residen en la localidad un total de 1862 personas siendo el 48% mujeres y el 52% varones. Según los tramos de edad por ellos identificados el mayor porcentaje poblacional (58,3%) se encuentra entre los 15 y 64 años, mientras que el 36,5% se ubica entre los 0 y 14 años.

Se ha identificado que el 36,8% de la población y el 31% de los hogares se encuentra en condición de NBI, constituyéndose una de las zonas más críticas del partido de La Plata junto con Abasto, Arturo Seguí y Melchor Romero.

El 60% de la población de 15 a 64 años (1085 personas) tiene ocupación, predominando en más de la mitad de los casos la categoría ocupacional de obrero o empleado. El 16,2% son trabajadores por cuenta propia y 14,2% son trabajadores familiares (la mayoría de ellos no perciben salario). Sólo el 23,8% de la población total cuenta con cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual.

A nivel sanitario la localidad cuenta sólo con el Centro de Salud N°24 dependiente de la municipalidad, donde se prestan servicios de ginecología y obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, servicio de enfermería (24 hs.) y vacunación. Una de las características problemáticas que presenta el centro de salud es la discontinuidad de los servicios por la rotación de los profesionales¹⁶.

Cabe señalar que la atención se realiza sólo por la mañana y que la mayoría de los servicios otorga cierta cantidad de turnos variables, según el servicio, lo mismo que la cantidad de días a la semana¹⁷.

La cobertura de medicamentos se resuelve a través del Plan Remediar del centro de salud o a través del Hospital Dr. Alejandro Korn de Romero¹⁸; la localidad no cuenta con farmacias.

A unos ochenta minutos del centro de la ciudad de La Plata, con escasos y esporádicos medios de transporte (sólo dos líneas de transporte público permiten el desplazamiento de la

¹⁴ La localidad posee 2 escuelas: 123 (Ruta 2 Km 44,5) y la 49 (Ruta 36, km 44).

¹⁵ Es constante la presencia de moscas tanto afuera e como en el interior del centro de salud.

¹⁶ En varias oportunidades las informantes como el personal del centro han manifestado que *“nadie quiere venir porque es lejos”, “no hay médicos...”*.
“...un día estuvo con fiebre una de las nenas y con vómitos y llegue a la salita y no había nadie, no tenía nadie, entonces ese día sí que tuve que ir a Romero” (Ent.11).

¹⁷ Por ejemplo, servicio de ginecología que atiende una vez a la semana se dan 20 turnos; en el caso de pediatría son máximo 10 turnos para control –atención niño sano- y luego atienden “niños enfermos” servicio que atiende tres veces a la semana.

¹⁸ Se trata de la institución pública de mayor complejidad más próxima a la localidad por lo que cubre las derivaciones y se convierte en una de las instituciones de referencia para la población local.

población hacia el casco urbano de La Plata –Plaza San Martín–), carece de servicio de ambulancia y en los casos en los que se la solicita para un traslado de urgencia la demora es aproximadamente de 1 hora¹⁹.

No hemos registrado ningún servicio médico privado. La asistencia a centros privados y/o a consultorios médicos particulares requiere del desplazamiento a la localidad del Pato²⁰, el Parque (partido de Berazategui) o al casco urbano de La Plata.

A nivel de infraestructura urbana hemos observado que la casi totalidad de las calles son de tierra y la calle principal (Arana) del trazado urbano presenta 1 o 2 cuadras de asfalto para continuar en un consolidado. Las viviendas cuentan con servicio eléctrico pero no han podido acceder a la red de gas, en manos de una cooperativa, debiendo proveerse de gas envasado o leña como combustible para cocinar y/o calefaccionarse.

“...Prohibitivo para cualquier ser normal, está para los veinte que tienen mucha plata. Hoy día, la instalación, te piden entre doce y quince mil pesos. Y bueno, es imposible ¿quién puede? Viven en una casita que vale 2000 o menos, no van a pagar una instalación de gas. Es lo que tenemos, hasta que no sea prioridad del gobierno. La red está pero..., está privatizada. Entonces la tiene una cooperativa que ahora está cruzándola para el country...” (Ent. Funcionario público).

La obtención de agua es problemática para muchas familias, no hay red de agua potable y en muchos casos los pozos de agua están contaminados o vacíos debiendo recurrir a la canilla comunitaria, que existe en uno de los barrios o a que los vecinos que poseen agua por bomba permitan llenar baldes o bidones.

“... tengo que buscar agua, no tengo agua acá. Ahí a la esquina me presta. Tengo que buscar del vecino, que me da el agua...” (Ent.9)

“... porque está contaminada... para bañarse, lavar los platos, todas esas cosas, pero para tomar no, porque está muy contaminada esa agua, la de mi casa. Por eso vamos nosotros (a la canilla)” (Ent.)

Características de los hogares entrevistados

La mayoría de los hogares entrevistados fueron familias nucleares compuestas por pareja e hijos; en cinco casos se trata de familias extensas en las que junto a la pareja e hijos convivían otros familiares próximos o jóvenes sin relación parental. Hubo dos casos de hogares incompletos con jefatura femenina.

En las familias nucleares encontramos que la mayoría (6 casos) tenía al menos tres hijos alcanzando alguna más de siete. En las familias extensas (salvo un caso que tiene 9 hijos) se presentan 1 a 3 hijos al igual que las familias a cargo de mujeres solas.

¹⁹ Esta situación fue señalada por el personal del centro de salud y por los entrevistados.

²⁰ Esta localidad, tiene una unidad sanitaria que al decir de los informantes cuenta con mejores servicios ya que posee ambulancia y guardia las 24 hs.

Del total de los hogares nucleares entrevistados (total 14) sólo dos, al momento de la entrevista, estaba sin trabajo. En un solo caso era jubilado por discapacidad. Los varones-jefes ocupados realizaban tareas de baja calificación en gallineros, invernáculos, quintas y construcción.

En cuanto a las cónyuges sólo dos realizaban actividades extradomésticas por las cuales percibían un ingreso, una de ellas como personal doméstico (limpieza de una casa dos veces a la semana) y la otra en un comedor comunitario realizando actividades de cocina como contraprestación del plan de empleo (PEC). El resto de las madres no realizan actividades extradomésticas pero percibían ingresos a través del Plan Familias, Plan Jefes y Jefas de Hogar, o contaban con una pensión por ser madre de 7 hijos (5 casos).

Menos de la mitad de los hogares posee obra social pero varios casos indicaron no usarla o no haber realizado los trámites para su habilitación, situación que involucra principalmente a las familias que reciben una pensión por madre de más de 7 hijos. Otros indicaron que la cobertura no incluye a la totalidad de los miembros, siendo generalmente la mujer y/o alguno de los hijos quienes se hallan sin cobertura²¹.

Las restantes familias no cuentan con obra social, mutual o prepaga recurriendo al sistema público de salud tanto para la atención como para la adquisición de medicamentos, en este último caso muchas veces los medicamentos fueron obtenidos con sus propios recursos habiendo podido acceder al Bono Solidario²².

De las entrevistas realizadas encontramos que, en diez hogares, al menos uno de los hijos menor de 6 años, recibió diagnóstico médico de IRAb en el transcurso del 2009. Los padecimientos más nombrados fueron: bronquiolitis, bronquitis espasmódica, neumonía. En los casos restantes, las madres indicaron diferentes síntomas (ahogo, mocos, tos, gripe, vómitos) relacionados con problemas respiratorios que estuvieron presentes en diferentes momentos de la vida de los niños/as.

La autoatención una actividad de las mujeres

El proceso de autoatención incluye una serie de actividades, orientadas a detectar, diagnosticar, implementar tratamientos, controlar y vigilar signos evaluados como señales de alarma, cuidar y decidir a qué curadores consultar y la continuidad o no de los tratamientos.

²¹ Los seguros de salud mencionados fueron: OSPIC, OSPREDA, Construir Salud, IOMA.

²² Se trata de una estrategia implementada por los laboratorios ante la Ley de Genérico, que consiste en un descuento que oscila entre el 20 y 30% del precio de venta al público de ciertos medicamentos por ellos estipulados y que conforman el vademécum. Las farmacias prestadoras reciben del laboratorio la bonificación que corresponde del descuento y los beneficiarios acceden al Recetario Solidario a través del médico

Estas actividades en la totalidad de los casos analizados estuvieron a cargo de las madres, quienes a partir de su diagnóstico iniciaron la carrera curativa.

Con relación a esto es nuestra pregunta inicial se dirigió a identificar *¿Qué observan las madres para actuar sobre los problemas que presentaron sus hijos?*

El reconocimiento de signos y de sus combinaciones se vinculó en muchos casos con el proceso de medicalización el que conduce a que sean identificados como señales de alarma.

Durante la época invernal presenciamos continuos mensajes que alertan sobre los signos de alarma que las mujeres internalizan en la consulta y también a través de las promotoras de salud (encargadas de la difusión en los barrios de las campañas municipales), los medios masivos de comunicación y los grupos de pertenencia.

“Ruido en el pecho”, “tos y fiebre”, “tos con ruido”, “chillido en el pecho”, “agitado con tos”, “decaído”, “le cuesta respirar”, “falta de respiración”, “no respira”, “no respira y no come”, signos visibilizados tempranamente por algunas madres motivando diferentes formas de actuar.

En la identificación de esos signos, en las decisiones tempranas para las nebulizaciones o los vapores y/o acudir a la consulta médica incide las experiencias con otros hijos.

“... ni bien me di cuenta, en el sentido de que... ¿ves?, ahora está bien, lo veo re bien. Pero en un momento lo veo así, cuando está mal es cuando empieza que, veo que le agita mucho el pecho. (...) él estaba muy, muy atacado al pecho, estaba muy atacado, no podía respirar casi; muy ronco está, empieza como (hace sonidos)... bueno él empezó así, después ya empezó que le lloraban los ojos, ya no me quería tomar la teta, y la teta agarraba, y la chupaba y lo vomitaba... y así me fui dando cuenta. Bah, de todas, de ellas también me fui dando cuenta así. Porque la más chiquita también pasó por esto, la que tiene 5 también. Eh... la tuve casi que agarraba (¿cómo es que se llama?), Asma. Casi me agarraba. No, ahora está re bien...” (Ent.4, familia compuesta por mujer sola con 4 hijos)

La experiencia de internación de sus hijos/as fue un elemento relevante para la reacción frente a los signos de alarma

“...cuando lo veo apenas un poquito agitadito y que empiezan con fiebre, los llevo porque, el más grande ya me estuvo internado por neumonía también. (...) cuando nació la nena mía, a los 10 días que tenía de vida cayó internada por neumonía y estuvo una semana. (...) Andaba decaído, con fiebre, yo lo llevé un día, me dijeron bueno, traelo tal día, tal día, me dijo... (...) llegó el lunes y dijo bueno tráemelo el miércoles. Lo llevé el miércoles y el nene estaba bien, o sea, no había evolucionado mucho pero teníamos un tratamiento, después lo tuve que volver a llevar porque el nene no respiraba, estaba muy agitado, le costaba respirar y me mandaron al Hospital directamente. De la salita me mandaron al hospital, ahí nomás me lo atendieron y me lo dejaron internado porque le hacían los seguimientos que le hacen siempre y el nene no reaccionaba y lo tuvieron que dejar internado. (...) quedarme ahí con el nene y cuidarlo, encima no comía tampoco, comía re poco y le sacaban sangre y lloraba y me

llamaba y fue el peor momento que pasé con mis hijos, cuando estaban internados. Pero no, después se fue solo, con los medicamentos.”. (Ent.7)

Aquellos que privilegiaron la consulta inmediata señalaron que la intervención por su propia cuenta podía perjudicar a los niños/as²³. Apreciación que se relaciona con la presencia de nuevas enfermedades (reiteradamente se mencionó la Gripe A²⁴).

En otros, los primeros tratamientos recuperaron procedimientos médicos aplicados en anteriores oportunidades constituyéndose muchas veces en paliativos que permitieron sobrellevar ciertas situaciones como “pasar la noche”, “esperar el día que atiende el médico en la unidad sanitaria”

“... Ayer parecía que estaba calentita y yo ya cuando, viste que siento... directamente no me estaba gustando nada, empiezo a buscar el termómetro, a buscar porque me compré; ahora cuando empezaron a agarrar las convulsiones tengo una farmacia. Compró Ibupirac, compró Ibuprofeno, compró hasta los supositorios, tengo tres supositorios, le mando supositorios y le baja la fiebre al toque... y al Hospital.

yo tomo la temperatura, si veo que tiene 38 le doy el Ibuprofeno, ¿entendés? Si estoy en el día, la llevo en el día al médico, si me toca a la noche, porque acá es complicado sacar, salir de acá, un remis te cobra \$40 hasta el Hospital y en la salita no hay médico de noche. No, allá (en El Pato, partido de Berazategui) hay pero es de grande y no te quieren atender chicos.

(...) así que tenés que darle algo durante toda la noche y controlarla que, casi no dormís, bah, yo prácticamente casi no duermo y la llevo al otro día.

Si no, si la veo muy, ya muy que no le baja, y no le baja, la llevo, tomás el remis.(...)

No me queda otra, pero si no, espero, si veo que viste que la puedo controlar, pero ya le digo no duermo, y la fiebre trato de que no, le doy cada seis horas y baño y le pongo supositorios, lo que pasa es que el supositorio le baja viste, te la... te salva por la noche te salva el supositorio...” (Ent.2 familia nuclear).

Los procedimientos más generalizados en estas familias y que no requirieron de la anuencia médica inmediata para su utilización fueron las nebulizaciones y los vapores. En algunos casos, los utilizaron como procedimientos complementarios considerándose que deben aplicarse en diferentes momentos del día: vapores de noche; nebulizaciones de día. La lógica que organiza esta clasificación está en relación con la distinción frío-caliente.

(respecto de los vapores) *“...Yo hago hervir los traigo al lado de la cama, lo hago acostar; acostado ahí, con la patitas para acá, ... pongo una toalla. ...Estoy ahí, que ellos no toquen nada, yo estoy ahí, yo sé que los chicos son traviosos, que esto que lo otro, yo tuve experiencia con mi sobrina que estaba haciendo vapor y ella quería saber por qué salía vapor de ahí, metió el dedo y se quemó.*

²³ Dicha reflexión la debemos enmarcar en el contexto de expansión de la epidemia/pandemia de Gripe A, que tanto desde el Estado como de los medios masivos de comunicación llevo a cabo una intensa propaganda, en ocasiones con discursos informativos en otras con mensajes de corte alarmista, donde se difundieron tanto consejos y medidas a adoptar para evitar el contagio, indicadores de signos de alarma, identificación de grupos de riesgo facilitando sus condiciones para el autoaislamiento, como también se difundieron disparas cifras de muertos y enfermos que indujeron a generar cierto estado de temor.

²⁴ Una de la entrevistas fue realizada con la presencia de los niños de 2 y 1 años y el más grandecito nos señaló: “...ah!, en la tele la gripe A, en la tele...”.

Yo le hago las dos cosas, vapor digamos o sea le hago cuando ellos se van a acostar y nebulizar, les nebulizo así de día. Y porque ya el otro es caliente, el vapor es frío, ...el nebulizador es frío.

Respecto del vapor (...) *les queda calentitos y acostarlos y nada;* (respecto de la nebulización) *No porque yo este, le hago y este... ellos andan todo el día, corren de aquí para allá. ... salen al ambiente de ellos, frío, entonces le hago esos fríos de día y de noche ya cuando lo voy, los baño, y ya los voy a acostar le hago vapor... (Ent. 15)²⁵*

La administración de broncodilatadores a través de aerocámaras²⁶ (PAF), es un procedimiento médico que las mujeres aprendieron a usar en el último tiempo a través del adiestramiento que reciben durante las consultas. Sólo se aplica si es prescripto y siguiendo las indicaciones médicas. La aerocámara y el broncodilatador, elementos claves para su utilización, son generalmente entregados en el centro de salud. En el caso de la aerocámara se entrega sólo una por niño y por única vez.

Algunas mujeres señalaron que tienen la aerocámara y el broncodilatador pero que su utilización responde a la indicación médica.

*“...le daba para la fiebre, porque lo único que le podés dar es para la fiebre, por más que esté agitado no le podés hacer el Paf, porque **si ellos no te dicen vos no le podés hacer el Paf**, lo único que le hice una nebulización pero sin Salbutamol porque no sé tampoco cuánto hay que ponerle, yo le hice una nebulización nomás y después cuando la llevé allá a Ringuelet me dieron el Paf para hacerle, porque eso es mejor que la nebulización, le abre mejor entonces me dieron eso y yo se lo hacía cada 4 horas los Paf. (...)pido prestado (refiere al nebulizador), **si me mandan el Paf sí, porque yo tengo eso guardado siempre**, y tengo de los chicos entonces, pero yo ahora siempre, cuando lo veo apenas un poquito agitadito y que empiezan con fiebre, los llevo porque, el más grande ya me estuvo internado.” (Ent.7)*

“...Yo lo llevé el martes a él acá y me lo medicó con el Paf. (...) como no tenía Ibuprofeno tenía Paracetamol. Le di eso, después lo lleve al médico, me mandó a hacer el Paf y la Betasona²⁷, yo en realidad te voy a ser sincera: yo todas esas cosas yo de él tengo, porque él ya tuvo ese problema de bronquios. Porque en agosto nació él y para noviembre me cayó internado porque le agarró la resolana de sol, lo quemó la piel, salimos de eso y le agarró los bronquios, yo tenía el Paf, tenía la Betasona yo tenía todo, si yo hubiese sido otra mamá yo agarró y le doy. Le hago, porque yo sé que éste... la Betasona, una gotita por kilo y los Paf cada cuatro horas, cada seis, así, pero no por el tema de las enfermedades éstas que hay... esta eh...” (Ent.1)

*“... Cuando está atacado. Cuando te mandan los médicos, **el Paf te mandan los médicos porque cuando está atacado, por tu voluntad propia no le podés hacer eso,***

²⁵ En la entrevista se encontraba la prima y la cuñada quienes contaron sus experiencias respecto a los diferentes procedimientos usados con sus hijos “yo no le hago a los míos. Yo al nene mío haciéndole vapor casi más le quemó la cara, por eso nunca más. Viste como era, el más chiquito era y yo lo agarré así y casi más se me cae adentro de la olla, no lo agarré nunca más vapor, dejame de joder. (...)cuando me mandan vapor, vapor, no, dejame de joder, (Risas) le hago nebulización”

²⁶ Según datos del Boletín Remediar del año 2003, el Ministerio de Salud de la Nación entregó más de 30.000 aerocámaras para el uso de aerosoles

²⁷ El nombre farmacológico es Betametasona (corticoide oral)

eso es muy fuerte. El Paf es por los médicos nomás. Yo tengo la, a una prima que le hace igual y no, el Paf te mandan los médicos sí o sí, porque eso es fuerte” (Ent. 15)

Otros procedimientos utilizados consisten en la aplicación de trapos calientes en el pecho, la fricción con pomadas como la mentolina adquirida en la feria, la exposición a vapores con eucalipto²⁸. En estos casos también las experiencias anteriores fueron claves para su repetición en contextos evaluados como similares.

“...hace poco tuvo tos y no la llevamos al hospital por el tema de la gripe, porque tengo miedo que se enferme y le hacíamos hacer vapor, le poníamos trapitos y listo, ahora está lo más bien. (...) Trapos calientes, lo caliento con la plancha le ponemos en el pecho antes de ir a dormir. Le pongo cuando se ataca y de ahí... se le pasa.” (Ent.7 informante A)

“... un vapor con eucalipto es lo único que le hago. Hiervo el eucalipto pongo la tapa así con una toalla y que respira ahí y con eso duerme toda la noche también.” (Ent.16)

“...a la noche empezaba a toser y parecía que le molestaba y tosía mucho y después le empezó a agarrar fiebre entonces al otro día le lleve... Le pongo remedio caliente así en el pecho, Mentolina. (...) lo compro en la feria, es un cosito verde así que... Es una crema que le presiono el pecho y cuando se pierde toda la crema le vuelvo a poner. Le calienta el pecho, y ahí deja de toser un poco. Y después lleve al doctor que me dijo que tenía que nebulizar y no sacarlo afuera...” (Ent.8)

“...Yo le hago, porque acá en la salita es difícil que tengamos doctores. Entonces siempre me levanto a la noche, le hago un tecito de eucalipto con azúcar quemada y con eso ya se queda dormido hasta el otro día. Y ya de día está bien, de noche nomás. De día está bien. (...) cuando yo veo que está muy agitado así, le hago el remedio ese y ya queda dormida la chiquitina. (...) ellos están acostumbrados a tomar yuyos.” (Ent. 13)

Cabe hacer notar que en algunos discursos de las mujeres se reitera que las acciones aplicadas a sus hijos habían sido indicaciones médicas, siendo la forma en que ratificaban que sus procedimientos son los correctos. De alguna manera lo que podemos advertir es que, explícita o implícitamente, la intervención médica está siempre presente.

La autoatención se extiende a tareas y responsabilidades que incluyen la selección sin opciones y posibilidades del lugar de asistencia dentro del servicio público (unidad sanitaria u hospital) o el servicio privado (consultorio privado). En la asistencia al hospital se detectó el acompañamiento de otra mujer de la familia (madre, suegra, hermana o cuñada).

“...Y a las 7, 7 menos diez, por ahí, me acompañó mi suegra (...) siempre está conmigo, si o ella o mi cuñada también que esta, siempre me acompañan ellos; ... para acompañarme, para no ir sola, sí, cuando puede ella va también. Está bueno, no andás sola”. (Ent.10)

²⁸ Actualmente los médicos desestiman el uso de eucalipto en los vapores.

El ir acompañada de un familiar, principalmente con otra mujer que en muchos casos también es madre, puede ser pensado no sólo por el significado que para muchas pueda tener enfrentarse a la institución médica sino como esa instancia de aprendizaje en donde la experiencia con el padecimiento de otro (nieto, sobrino) contribuye a reafirmar y/o reactualizar los conocimientos adquiridos.

Además de asistir a la consulta, de realizar el seguimiento de la enfermedad en el hogar y de efectuar los controles posteriores, acompañan a los niños/as en su proceso de internación. En estas situaciones su rol de cuidadora se potencia no sólo por estar a cargo y encargada de forma exclusiva del cuidado del niño sino porque se convierte en la interlocutora entre el médico y sus parientes.

La institución médica impone a la mujer ese rol de cuidadora en tanto es la única autorizada (salvo excepciones) a permanecer junto a los niños/as en el proceso de internación.

“... quedarme ahí con el nene y cuidarlo, encima no comía tampoco, comía re poco y le sacaban sangre y lloraba y me llamaba y fue el peor momento que pase con mis hijos, cuando estaban internados. (...) más que el nene se despertaba por ahí a la noche, tenía que hacerle la leche, o quería esto, no podía dormir bien. (...) yo me levantaba, iba a la cocina, buscaba a la enfermera y ella me preparaba la leche. Me la calentaba por, tuvimos que... para bañarme le daba la posta a él (padre) y yo lo bañaba yo me quedaba ahí en la habitación con él, él estaba en la cama, pero a mi no me dejaban acostarme en la cama, porque la cama es para él, pero por ahí cada tanto me acostaba”.(Ent.7)

Para la mayoría de estas familias concretar aquellas acciones que saben que contribuyen a mejorar el estado de salud de sus hijos/as, requiere también de que ellas dediquen tiempo y esfuerzo en conseguir los insumos médicos.

Para adquirir medicamentos u otros recursos para el tratamiento deben recurrir al centro de salud al hospital Dr. Alejandro Korn de Romero o comprarlos. Estas dos formas de obtención muchas veces se presentaron como complementarias ya que la situación económica de estas familias hizo que en ocasiones no posean recursos dinerarios y la posibilidad de recibir el Bono Solidario fue mencionada en pocos casos dependiendo del médico.

Ante la presencia de broncoespasmo, un recurso fuertementepreciado por las madres fue el nebulizador, considerado básico para la cura y que se presenta como un bien que, vía regalo o compra, debe poseerse desde el momento en que se tienen los hijos para evitar recurrir varias veces al día al centro de salud.

“...Sí, sí, yo compré (nebulizador) cuando nació él, antes que nazca él ya tenía yo. (...) me avivé antes que nazca ya tenía porque ya sabía que el tiempo, el mal tiempo, y viste que los chicos lo necesitan, y después que hacés si tenés que comprar...” (Ent. 9)

“... tengo un nebulizador, el médico me indicó, ya ¿viste? son siete, así que sí o sí tenía que... (...) lo usé con todos, más o menos ¿viste? ya... tenés uno bueno, no estás tan canchera pero tenés dos, bueno ya el primero bueno ya, ahí ya te vas... No, no estaba canchera porque era el primero y encima estaba sola. Mi mamá vive en Jujuy y yo estaba acá, así que, sola. Bueno, primero no sabía, no teníamos nebulizador y lo llevaba a la salita. Antes no vivía acá, vivía allá en Berazategui, no, Arturo Seguí. Lo he llevado en bicicleta a nebulizar, estaba 3, 4 horas. De noche ya no, porque de noche ya no podía ir, pero en el día sí...” (Ent.11)

“... Y al Hospital lo tenía que llevar o acá a la salita cada este... dos horas para que ellos le hagan, porque yo no tenía, después me esforcé, le compré el nebulizador. (...)Eh... le hacía vapor, o sino tenía que ir hasta la salita que me hacían ahí la nebulización. (...) ...enseguida cuando se me enfermó, cuando él se me enfermó enseguida lo compré. Me privé de un montón de cosas incluso para él y todo y lo compré, lo compré. Porque de acá me decía una chica, me prometió que me iba a mandar nebulizadores pero no sé... fueron para otros lados pero...” (Ent.15)

Aquellos que no lograron tenerlo, a pesar de tener hijos más grandes, conocen quiénes son los posibles prestadores barriales (vecinos, familiares, amigos) que de alguna manera podrán facilitarles y así evitar la concurrencia rutinaria a la unidad sanitaria para su realización.

“... No, me prestó (nebulizador) una chica. Yo le dije al médico, porque tengo acá una chica, que... mi comadre también tiene y acá mi vecina también y bueno, me prestó la chica Y bueno, yo le dije que si que lo podía hacer...” (Ent.10)

El saber médico actúa no sólo técnicamente sino como prescripciones morales y normativas de cómo deben ser cuidado los niños/as, las cuales las madres seleccionan, resignifican y adoptan por la importancia que se les asigna en el mantenimiento y reparación de la salud de los niños/as.

“...me dijeron que el nene no tenía que tomar frío, que cuando barrera tenía que sacarlo porque el polvo le hacía mal. Me habían dado un par de cosas, ahora no me acuerdo mucho, pero me habían dicho para que el nene esté mejor. Que lo controlara, que no dejara que el nene tome mucho frío, que tiene, si está resfriado que lo lleve igual porque enseguida, del resfrío a la neumonía es un solo paso, de un día para el otro ya se puede quedar internado. Con el nene mío me pasó así, yo lo venía controlando y de repente le agarró la neumonía y... (...) era un quilombo, porque mi marido trabajaba y estaba yo sola con los dos, era un quilombo. Tenés que estar cuidando el más chiquito, que era bebe y después tenía que estar con X que no tome frío, que no se me escape que no juegue con agua, porque ahí nomás tenemos la canilla, ¿ve la manguera? y éste iba y te sacaba la manguera, se mojaba, una vuelta también, había una piletita chiquita había llovido, se llenó de agua; cuando voy a verlo estaba en la piletita meta jugar con agua y un frío hacía.

Yo me quería matar porque hay que tener mil ojos con estos, porque se te escapaba al agua, lo primero que te van al agua. Acá también, acá mi mama ahí atrás tiene una canilla, cuando vos ves que los chicos no están te vas a fijar ahí y están jugando con el

agua. Y eso es lo que a ellos le hace mal, con el frío y mojarse el pechito, le hace mal, así que yo andaba a las corridas.

(...)Lo primero que te dicen es que los chicos no salgan afuera. Claro, tenerlos acá, a veces te vuelven loca porque te tocan algo y te tiran aquello, y decís que no y van a otro lado tenés que estar. A él por lo menos no lo tenés con nada... No se puede, de una u otra manera se te escapan, porque yo tengo la puerta allá y la puerta acá y estoy en la pieza y cuando lo querés ver ya se me fue para acá o se me fue para allá o por ahí mi cuñada que vive atrás, vienen o los nenes, y dejan la puerta abierta, ya después ya, no quiere entrar...” (Ent.7)

De la lectura de las entrevistas se desprende que es la mujer en su rol de madre la principal figura visible del proceso de autoatención infantil; no obstante en algunos hogares la figura paterna adquirió un papel importante al momento de realizar ciertos tratamientos conducentes a aliviar el malestar de los niños.

“... tampoco le gustaba pero eso (vapor) sí le hacía porque era para que no le agarre la tos. (...) lo agarro con mi marido y lo tiene él y yo le golpeo así la espaldita para, para que se deje, pero mucho tampoco. (...) una ollita la destapo y por ejemplo, mi marido lo tiene y yo le golpeo la espaldita para que, y llora y todo, llora, le hago eso”. (Ent.6)

“...No, cuesta un montón hacerlo (refiere a tratamientos con medicamentos o nebulizaciones), lloran pero, igual lo hago. Lo tengo yo mientras los otros (refiere a la hija mayor) le tienen la pispireta o lo tiene el papá mientras yo lo ayudo con la olla y la sábana...” (Ent.8)

En algunos relatos, la realización de los tratamientos o el cumplimiento de las prescripciones médicas reflejaron las situaciones de tensión-agresión a la que se ven sometidos los niños/as, porque el imperativo o la necesidad de que recobren rápidamente su estado de salud hace que las madres pongan en acto diferentes acciones que muchas veces suelen ser ingeniosas (suministrar los jarabes con jeringas) mientras que otras, sus modalidades se convierten en situaciones de violencia (tapar la nariz, inmovilizar al niño/a contra el cuerpo materno, etc.).

“... llora un poco (refiere a los vapores de eucaliptus que administra), se lo hago un ratito. Se lo hago igual, prefiero que lllore un rato y no estar llevándolo al Hospital... Los remedios no los toma, trato de dárselo como pueda, abriéndole la boca, tapándole la nariz, entre dos o tres agarrándola porque te pateo, es un ... (...) Mi marido, mi cuñada, el que esté me ayuda, sino no se deja y el Paf tampoco se deja, tenemos que agarrarlo y hacerle...” (Ent. 16)

“...Con una, con un cosito de la jeringa, con ese le doy, porque con la tapita no quiere, le pongo acá en la boca y le aprieto así despacito y va tomando...” (Ent.14)

(respecto a las nebulizaciones) *“...él no se deja hacer..., igual, lo tenía así....Lo agarraba de los dos bracitos y lo sentaba así contra mí para que no se moviera...” (Ent.12)*

Estas situaciones generalmente se presentaron con los hijos más pequeños mientras que cuando son más grandes y ya están acostumbrados, porque constituye una acción relativamente habitual, son ellos quienes realizan estos procedimientos por su cuenta o les recuerdan a sus madres que lo deben hacer.

(respecto de las nebulizaciones) *“...él solo se acuerda, cada tanto que se tiene que hacer, si yo no me acuerdo, él se acuerda, y tranquilos, porque ya están acostumbrados. (...) pero cada vez que se enferman y ellos cuando eran chiquitos, siempre tenían, qué se yo, bronquiolitis, cosas que le agarran y ellos se acostumbraron a eso...” (Ent.3)*

“... ellas agarran el nebulizador, ellas también lo que están mal, ellas solas. La más grande, ella sola. (...) el bebé cuesta, cuesta sacar, ¿sabés qué?, es muy chiquitito cuesta, la verdad que, a veces yo lo veo cuando está llorando..., está agitado, y si se te desespera, es peor y llora y... le he sacado varias veces, bah le he sacado así, y se agita mucho, a veces tengo miedo, por ahí viste de lastimarlo o algo por el estilo, la naricita, pero le saco, trato de sacarle.(...) Me habían dicho que en los pulmoncitos porque yo tengo la placa de él acá, tenía muchos mocos, muchos mocos, así que.” (Ent. 4)

Otra distinción que marcaron las mujeres es la actitud de sus hijos frente a los tratamientos, considerando que las niñas son más dóciles

“...las nenas no son tan complicadas, los varones son muy... con los varones tengo más problemas que las nenas, son más rebeldes, no éstas son re tranquilas...” (Ent.11)

Comentarios finales

Lo descripto en este trabajo sobre las 16 madres entrevistadas o forma parte de una primera etapa exploratoria sobre cómo actúan las madres ante los problemas respiratorios de sus niños/as intentando recuperar la autoatención como una categoría analítica que permite captar los fenómenos de cuidado y atención en el ámbito del hogar.

Si bien en una primera instancia nos aproximamos a partir de la noción de cuidados de salud en el hogar, la revisión bibliográfica nos sugirió la conveniencia de utilizar la categoría autoatención en tanto remite a las acciones que realizan los microgrupos y grupo doméstico para asegurar su reproducción biológica y social de los sujetos. Y es desde este lugar en donde la riqueza de su uso radica en poder recuperar las diferentes explicaciones, las prácticas, los productos utilizados, que de manera complementaria y conflictiva manejan, articulan y utilizan los sujetos/grupos cotidianamente dentro y fuera del ámbito doméstico para hacer frente a los padecimientos. También nos permite acercarnos a los roles asumidos por el microgrupo y las tensiones que ellos generan no sólo en el ámbito doméstico sino en el espacio público,

Como señalamos en la introducción la autoatención refiere a una estrategia de acción de los sujetos/grupos ante los padecimientos y las enfermedades en donde no interviene de manera directa ningún curador profesional. Se trata del primer nivel real de atención, aquel que se realiza con cierta autonomía en el hogar y que involucra, en función de los saberes que manejan los sujetos/grupos, diferentes actividades que conducen a detectar, diagnosticar, curar (implementando tratamientos, controlando y vigilando signos). Incluso constituye parte de la autoatención, el cuidado en el ámbito doméstico de los diferentes eventos de enfermedad antes y después de haber tomado la decisión de consultar a un curador profesional.

Lo que estamos señalando y tratamos de mostrar con el análisis de las entrevistas aquí presentadas, es que a partir de los saberes que los sujetos/grupos manejan respecto de los padecimientos y de su experiencia de enfermedad establecen relaciones transaccionales con las otras formas de atención (en nuestro caso con la medicina hegemónica), en donde la figura del curador profesional está siempre presente no sólo como poseedor de un saber técnico sino como constructor de un saber ideológico-valorativo.

La autoatención adquiere un papel central como moderador de las situaciones estructurales particularmente en un contexto como el estudiado en donde a las carencias materiales de las familias se agrega la escasez y precariedad de servicios de atención.

Bibliografía citada

Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud. “Diagnóstico de las Regiones Sanitarias 2007::2008”.

http://www.ms.gba.gov.ar/EstadodeSalud/vitales/diagnostico2007_2008.pdf

Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales de la Municipalidad. Municipalidad de La Plata. <http://www.estadistica.laplata.gov.ar/>

Harris, O. (1986): “La unidad doméstica como unidad natural”. En Nueva Antropología, Vol. VIII, N°30, México.

Menéndez, E. (1992): “Reproducción Social, mortalidad y antropología médica” En Menéndez, E. y García de Alba, J. “Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México”. Universidad de Guadalajara, CIESAS, México (pág. 13 a 36).

Menéndez, E. (1992b): “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo”. En: Cuadernos Médico Sociales N° 57, CESS, Rosario.

Menéndez, E. (1994): “La enfermedad y la curación Qué es medicina tradicional? Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Iztapalapa), México.

Menéndez, E. (2003): “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En Ciencia & Saúde Colectiva Vol.8 N° 1 Río de Janeiro, Brasil (versión electrónica)

Menéndez (2005): “Intencionalidad, experiencias y función: la articulación de los saberes médicos”. En: Revista de Antropología Social. Vol. 14, pág. 33-69 (versión digital). http://revistas.ucm.es/portal/modulos.php?name=Revistas2_Historico&id=RASO&num=RASO050511.

Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Infecciones Respiratorias. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Abril 2009. <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/index.htm>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales/salud_materno_infantil_2007/archivos/mort_inf_causas.htm

http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/vitales_2005_06/causas_2006/index.htm

<http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/R SXI/index.html>

Ramírez Velázquez, J. (2004): “Representaciones y prácticas acerca de la salud y enfermedad en un grupo de obreras”. En Pérez- Gil Romo, S. Y Ravelo Blancas, P. (Coord.) Voces disidentes. Debates contemporáneos en los estudios de género en México. CIESAS, México

