

V Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2008.

Estrategias de salud: mujeres y varones en los procesos de atención. .

Weingast, Diana.

Cita:

Weingast, Diana (2008). *Estrategias de salud: mujeres y varones en los procesos de atención*. V 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/000-096/252>



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

V Jornada de Sociología de la UNLP

“Estrategias de salud: mujeres y varones en los procesos de atención.”

Lic. Weingast, Diana

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UNLP (Depto de Sociología).

Resumen:

En el marco de los estudios que abordan la problemática de la pobreza urbana la categoría **estrategias familiares de reproducción** permite abordar de una manera integral las condiciones de vida captando la multidimensionalidad y heterogeneidad que adquirió la pobreza en nuestro país. Con el concepto de *estrategias familiares de reproducción* aludimos a la trama de prácticas y representaciones puestas en juego por las unidades domésticas para lograr su reproducción (Eguía y Ortale, 2003; Eguía 2004; Weingast, 2005; Eguía y Ortale, 2007); comprendiendo diferentes dimensiones analíticas.

La dimensión de las estrategias familiares de reproducción centrada en los *procesos de salud-enfermedad-atención* refiere a los mecanismos, ya sean recursos (materiales y simbólicos) relaciones e interacciones sociales, que despliegan las familias para enfrentar, neutralizar y/o evitar la enfermedad y los padecimientos.

Las situaciones de enfermedad y los padecimientos, las formas y condiciones en que se atienden y se generan los diversos cuidados, se presentan como un problema que modifica la cotidianeidad de los sujetos, de las unidades domésticas y en muchas situaciones implica la reorganización de los roles al interior de la unidad doméstica, la modificación transitoria o permanente de las relaciones de género.

En relación con esto consideramos que el abordaje de esta dimensión de las estrategias se enriquece con una mirada que tome en cuenta las relaciones de género ya que permite reconocer la existencia de desigualdades y jerarquías entre los integrantes de las unidades domésticas.

El objetivo de esta ponencia *es explorar el papel de las mujeres y de los varones en los procesos de atención de la salud familiar*. El material empírico lo constituyen un conjunto de entrevistas realizadas en el año 2005 a familias de sectores pobres del Gran la Plata, en donde se abordan las diferentes dimensiones de las estrategias familiares de reproducción.

“Estrategias de salud: mujeres y varones en los procesos de atención.”

Weingast, Diana
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Depto de Sociología y CIMECs. UNLP

Introducción

En el marco de los estudios de reproducción social¹ el concepto de **estrategias** se convirtió en una categoría analítica central, de menor grado de abstracción, con diferentes alcances según la definición propuesta por los distintos autores².

La categoría **estrategias familiares de reproducción** permite abordar de manera integral las condiciones de vida y, en contextos de pobreza, permite captar la multidimensionalidad, heterogeneidad y complejidad que ha adquirido la misma en las últimas décadas. Esta noción (**estrategias familiares de reproducción**) remite a la trama de prácticas y representaciones puestas en juego por las unidades domésticas para lograr su reproducción (Eguía y Ortale, 2003; Eguía 2004; Weingast, 2005; Eguía y Ortale, 2007). Se trata de reconstruir la interrelación entre recursos, saberes y prácticas desplegados por los sujetos y/o grupos, en un marco donde lo socioeconómico no sólo 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 significación en tanto guían y otorgan sentido a la vida cotidiana.

Asimismo, permite incluir y articular diferentes dimensiones que hacen a las estrategias familiares de reproducción, como por ejemplo las estrategias laborales³; la participación en programas sociales⁴; opciones autogeneradas por las unidades domésticas⁵; organización y trabajo doméstico⁶; estrategias vinculadas con el proceso de salud/enfermedad/atención

¹ Siguiendo lo señala Menéndez (1992) el problema nuclear que trata de dar cuenta la problemática de la reproducción social refiere a la relación estructura - sujeto, como así también de los procesos de transformación, permanencia, o ambos, que permiten, no obstante, seguir reproduciendo una sociedad determinada.

² Para una revisión de este tema Eguía 1990; Weingast (2008).

³ 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

⁴ 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

⁵ Se trata de actividades que apuntan al autoabastecimiento y autoconsumo, el despliegue de redes informales de ayuda.

⁶ Constituye una parte insustituible de los mecanismos involucrados en los procesos de reproducción de las unidades domésticas.

La **dimensión salud-enfermedad-atención de las estrategias familiares de reproducción** permite dar cuenta de aquellos mecanismos, sean recursos (materiales y simbólicos) relaciones e interacciones sociales, que despliegan los sujetos y las unidades domésticas para enfrentar, neutralizar y/o evitar la enfermedad y los padecimiento⁷ se presentan como un problema que modifica la cotidianeidad y el conjunto de relaciones habituales de los sujetos y de las unidades domésticas.

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 puesta en juego de toda una red de relaciones cercanas (de parentesco, amistad, compadrazgo) e institucionales para acceder a los insumos (medicamentos u otros recursos médicos) y cuidados requeridos; la reorganización de los roles e incluso la alteración de las relaciones de género al interior de la unidad doméstica; inversiones en tiempo y dinero que se tornan más acuciantes en situaciones de escasez de recursos, etc.

La importancia que adquiere esta dimensión al momento de dar cuenta de las condiciones de vida radica en que las estrategias desplegadas ante la enfermedad y/o los padecimientos conducen no sólo a neutralizar y/o prevenir reincorporando rápidamente a los sujetos a la vida cotidiana incluida la productiva, sino también permite comprender la articulación, en tanto relación de complementariedad y conflicto, entre los niveles macro (en el marco de las políticas y reformas del sector salud) y micro (esfera doméstica de la salud) y cómo ambos contribuyen a la reproducción social.

Asimismo, el abordaje de esta dimensión de las estrategias se enriquece con la incorporación de una mirada que tome en cuenta las relaciones de género ya que permite visibilizar tanto en el ámbito doméstico como en el de las instituciones de salud la existencia de desigualdades y jerarquías de poder entre los géneros y analizar como se expresan y traducen éstas relaciones genéricas en los procesos de cuidado y atención.

Dentro de esta perspectiva de análisis en esta ponencia nos proponemos *es explorar el papel de las mujeres y de los varones en los procesos de atención de la salud familiar*. Para ello recuperamos un conjunto de entrevistas, realizadas durante el año 2005 a familias de sectores

⁷ Ramírez Velazquez (2004:285) señala 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 va a expresarse de manera diferencial tanto en las distintas etapas de la vida como entre los distintos estratos, sectores y conjuntos sociales."

pobres del Gran la Plata, donde se abordan las diferentes dimensiones de las estrategias familiares de reproducción.

Género y salud una aproximación conceptual

En las últimas décadas en diferentes áreas del conocimiento académico, de las prácticas e instituciones ha adquirido mayor importancia la inclusión de la *perspectiva de género* al considerar el abordaje de fenómenos y problemas sociales; y esto se debió en un inicio a la acción de los movimientos de mujeres y feministas.

Como indica a Esteban, M (2006: 11) dos ejes centrales del quehacer feminista, con efectos directos en el ámbito de la salud, han sido la denuncia de la naturalización social de las mujeres, así como la distinción de los conceptos de sexo y género”.

En términos generales, el **género** refiere al tratamiento de las diferencias de poder entre varones y mujeres, diferencias que varían no sólo a través del tiempo sino en relación a las distintas condiciones sociales, políticas y culturales de cada contexto. Se trata de un *concepto relacional*, que en tanto categoría descriptiva y analítica permite visibilizar las diferencias y desigualdades en las condiciones de vida, en las posiciones y jerarquías que en distintos ámbitos ocupan mujeres y varones; asimismo, permite explicar cómo varones y mujeres construyen su subjetividad, actúan y transforman las expectativas y normas socioculturales.

Colomer Revuelta (2007:91) señala que las cuestiones de género interesan de manera creciente, pero su estudio ha estado alejado de las ciencias de la salud, que se han ocupado fundamentalmente de la biología y por tanto de los aspectos de la salud ligados al sexo, no al género.

Como señala María Teresa Ruiz Cantero y Natalia Papí Gálvez (2007) el modelo biomédico se enfrenta a las diferencias entre mujeres y varones en salud en tanto que organismos sexualmente distintos y esto conduce a que no se tenga en cuenta que varones y mujeres presentan condiciones de existencia y experiencias subjetivas desiguales que repercuten en las maneras de enfermar y de sufrir, de atender y cuidar la salud, de acceso y control de los servicios de salud. Esto se debe a que el reconocimiento y la valoración desigual de las tareas y funciones atribuidas según sexo (roles de género), el ejercicio del poder con sus consecuencias en el acceso desigual a los recursos materiales y simbólicos colocan a las mujeres en una posición de subalternidad, que en tanto situación desventajosa produce desigualdades e inequidades de género en diferentes aspectos de la vida incluidas las relacionadas con la salud y su atención. Asimismo, las desigualdades e inequidades de género

se ven reforzadas con los procesos de reestructuración económica y de reforma del papel del estado.

En nuestro país las políticas de ajuste estructural y de reformulación del rol del estado consolidadas en la década de los 90 incrementaron las desigualdades sociales acentuando el deterioro de las condiciones de vida de amplios sectores y reforzando las inequidades en la provisión y asistencia de servicios de salud tanto del ámbito públicos como privados.

En el documento de trabajo sobre la “Situación de la salud y el aborto en argentina”⁸ coordinado por Alejandra Dominiguez se indica que *“Las inequidades se mantuvieron y en algunos casos se profundizaron coexistiendo un sistema de “primera” y un sistema de “segunda”; el de “primera” para quienes pueden pagar, en este grupo varia la calidad de la prestación, cobertura y servicios según el pago que efectuó la /el usuario (cliente). Por otra parte el de “segunda” refieren a aquellas prestaciones destinadas para quienes no pueden pagar implicando accesos a prestaciones y calidad de servicios acorde a su posición de empobrecidos o excluidos.”*(2004:28)

Los escasos ingresos, la pérdida de la cobertura de salud por su asociación al trabajo formal, la disminución (en cantidad y calidad) de las coberturas y prestaciones de salud, han afectado de manera diferencial a los distintos sectores sociales pero con la feminización de la pobreza nos atrevemos a señalar que han sido particularmente las mujeres las que se vieron más afectadas, no sólo en lo que respecta a su propia atención sino la de sus hijos y/o familiares enfermos de quienes suelen ser cuidadoras.

Como se indica en el trabajo anteriormente citado, *“Algunas obras sociales discriminan a las mujeres afiliadas al no permitir incluir en sus planes de atención a sus esposos o compañeros, no presentándose esta situación cuando es a la inversa, (...)*

Por otro lado la tardía incorporación de las mujeres al mundo laboral y la creciente desocupación característica de la última década, obligaron a las mujeres a incorporarse a formas de trabajo precarias como el servicio doméstico, con bajos ingresos. Además para estas mujeres concurrir a los servicios de Salud Pública no solo implica pagar el arancel, sino también el transporte y perder un día o mas de trabajo o sea de ingreso por las largas

⁸ Dicho trabajo en el apartado 3 “Los procesos de reforma de salud en la Argentina” presenta una caracterización del sistema de salud en la argentina analizando el proceso de reforma en salud. Como indican las autoras *“Podríamos resumir que durante el proceso de reforma, que aun no ha concluido, y que se desarrollo de formas distintas y disímiles a lo largo y ancho de nuestro país, puso el acento en la desregulación de obras sociales, en la descentralización de las políticas de salud, así como en la privatización de muchos servicios y prestaciones. (...)Uno de los aspectos centrales del proceso de reforma estuvo puesto en introducir la lógica del mercado en el sistema de salud, por lo que se instalaron las ideas de eficiencia y eficacia ”* (2004: 31)

esperas. Esto les generó a las mujeres la competencia entre controlar su salud o dejar de comer ellas y su familia, resultando que privilegiaron la supervivencia personal y familiar. Todas estas son desventajas y obstáculos que excluyeron a las mujeres de los servicios de salud (Bianco 1996, Langer y Nigenda 2000)”. (Domínguez, A. 2004:32)

En relación con lo señalado es pertinente retomar la opinión de Elsa Gómez Gómez (2002) acerca de que el abordaje de las inequidades en salud permite llamar la atención sobre tres dimensiones de la desigualdad de género: *autonomía*⁹, *reparto de responsabilidades domésticas y de cuidado*¹⁰ y *empoderamiento*¹¹.

Aportes metodológicos y explicitación del estudio

En los trabajos de investigación que venimos desarrollando dirigidos por las Dras. Amalia Eguía y Susana Ortale, planteamos que para el estudio integral de las condiciones de vida es importante centrar el análisis no sólo en las privaciones sino también de los recursos con que cuentan las unidades domésticas para su reproducción cotidiana. La trayectoria de investigación¹² permitió la construcción de un marco analítico particular y la utilización de una metodología que combinó diferentes técnicas de captación de la información.

Si bien realizamos diferentes trabajos empíricos en sectores pobres urbanos, en el año 2004 realizamos un censo un barrio del Gran La Plata que abarcó un total de 137 hogares.

En ese censo utilizamos una encuesta que fue elaborada por el equipo a través de la cual indagamos diferentes aspectos (características de las viviendas, los componentes del hogar, la condición de ocupación y categoría ocupacional de los miembros del hogar, los problemas de salud y su atención, la participación en programas sociales estatales, la utilización de otros recursos sean estos autogenerados y/o brindados por otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, la participación comunitaria, la evaluación de las instituciones barriales, la opinión sobre los problemas y necesidades más importantes del barrio y la familia) que hacen

⁹ Se trata de la posibilidad de decidir sobre el cuerpo -derechos sexuales y reproductivos- pero también autonomía económica para "comprar" y acceder a servicios y evitar la situación de vulnerabilidad ante la pobreza.

¹⁰ Se trata del reparto equitativo de las responsabilidades domésticas que permita a las mujeres la incorporación al mercado de trabajo para obtener ingresos, desarrollar sus capacidades e intereses al tiempo que disminuya la dedicación en tiempo y esfuerzo de las tareas reproductivas y domésticas.

¹¹ Implica fortalecer y reconocer las capacidades para la autonomía, el ejercicio de los derechos y la toma de decisión lo cual incide en la autoestima de las personas y en la participación en diferentes ámbitos.

¹² Los proyectos de investigación referidos fueron: "Estudio Integral de las condiciones de vida de familias pobres urbanas del Gran La Plata" (1998-2001); "Evaluación de programas sociales en curso en barrios del Gran La Plata" (2002-2005) y del proyecto "Distintas perspectivas para el análisis de la pobreza y las políticas sociales" (2006- actualmente en vigencia).

a la reproducción de los hogares y las familias. (Eguía y Ortale, 2007:27) Se trataba de un barrio compuesto de seis manzanas, con calles predominantemente de tierra y sin veredas; los terrenos donde se asientan las viviendas son bajos y anegadizos en épocas de lluvia. Las conexiones de agua de red son precarias y no cuentan con cloacas y servicio de gas. Algunos de los habitantes del barrio tienen carro y caballo dedicándose a la recolección de cartones, metales y botellas; siendo habitual la acumulación de basura tanto en las calles como en los terrenos de las viviendas. (Eguía y Ortale, 2007:28). Como señalan Aimetta y Santa María (2007) la precariedad y la vulnerabilidad son características de las formas de inserción laboral de las personas que viven en este barrio; en el caso particular de las mujeres fue significativo, en los resultados del censo 2004, la presencia de beneficiarias de planes de empleo, como también las que se hallaban ocupadas como empleadas domésticas.

Con el interés de ampliar la información obtenida en el censo y de profundizar en las diferentes dimensiones de las estrategias familiares de reproducción en el año 2005 diseñamos un guión común de entrevista con diferentes ejes de indagación y lo aplicamos a una muestra seleccionada de treinta y seis hogares. Elegimos la entrevista como técnica de indagación debido a que consideramos que, entendida como relación social, es una de las técnicas más apropiadas para acceder al universo de significaciones de los actores ya que permite obtener enunciados y verbalizaciones. Asimismo, la técnica de entrevista constituye una instancia de observación dado que al material discursivo se agrega el contexto del entrevistado, sus características físicas y su conducta.

Si bien los relatos de las entrevistas profundizan sobre las diferentes dimensiones de las estrategias familiares de reproducción, la riqueza de sus relatos nos animó a retomarlas y efectuar una relectura de su contenido desde perspectiva de género, explorando cómo se expresan cotidianamente en el ámbito de la salud y los cuidados las inequidades de género. Para ello nos centramos en las experiencias y relatos sobre: 1.- los roles y responsabilidades asumida por varones y mujeres en el proceso de atención; 2.- el lugar que adquiere en los discursos la salud de las mujeres

Cabe señalar que para el análisis de las entrevistas tomamos ciertas decisiones metodológicas que nos implicó no utilizar las 33 entrevistas sino una parte de ellas. En primera instancia clasificamos las entrevistas según la *composición de los hogares*, encontrándonos que en su mayoría (21 entrevistas) estaban conformadas por familias nucleares (pareja con hijos), las restantes se distribuyeron entre hogares conformados por familias extensas o familias a cargo exclusivamente de mujeres con hijos y otros parientes. En función de nuestro objetivo (*explorar el papel de las mujeres y de los varones en los procesos de atención de la salud*

familiar) decidimos tomar sólo las entrevistas que involucraban a los hogares con familias nucleares.

Asimismo, tuvimos en cuenta en el análisis la *edad de los hijos* en tanto elemento demarcador de las etapas de las familias. Cabe señalar que en función de los registros de la composición del hogar al momento de la entrevista y a lo largo del dialogo entablado en las diferentes entrevistas registramos que muchas de las mujeres entrevistadas han tenido su primer hijo después de los 21 años, mientras que otras tuvieron su primera experiencia materna entre los 15 y 19 años de edad. En estos casos hay que hacer notar que algunas se encuentran, al momento de la entrevista, conviviendo con hijos que atraviesan diferentes etapas de vida (hijos/as adolescentes o jóvenes como con niños/as pequeños) que implica hacer frente a diferentes demandas y preocupaciones familiares que en muchas instancias trascienden la cuestión del ingreso; en otras, sus hijas ya formaron sus propias familias.

El *lugar de procedencia* de los miembros adultos (jefe y cónyuge) fue también un elemento a considerar a la hora del análisis en tanto posible condicionador de los roles familiares. Cabe hacer notar la presencia de familias con uno u ambos cónyuges procedentes de países limítrofes (8 familias de un total de 21).

Acerca de los relatos

A modo de contextualizar el marco en que se construyen los relatos analizados queremos señalar que las 21 entrevistas se corresponden con hogares compuestos por familias nucleares, esto es pareja conviviente con hijos. En la mayoría de los casos predominaron las familias con 4 a 8 hijos (14 familias entrevistadas).

En la totalidad de los hogares analizados las mujeres no realizan trabajo extradoméstico, pero algunas de ellas (8 mujeres) son beneficiarias de planes de empleo y en algunos de los casos cumplen una contraprestación que le insume una carga horaria de aproximadamente 1 o 2 hs. diarias y con actividades que prolongan su accionar cotidiano (barrido de calles, arreglo de ropa). En el caso de los varones sus actividades laborales son precarias predominando las changas y el carro.

Al analizar los relatos de este grupo de entrevistas registramos que las concepciones y prácticas respecto de la atención y los cuidados de la salud están permeados por lo que se designa como *modelo tradicional de género*

Sara Velasco Arias (2008) distingue tres modelos sociales de género, que reproducen a través de estereotipos y representaciones sociales cómo son los varones y las mujeres y que actúan

para producir discriminación y vulnerabilidad en diferentes ámbitos de la vida social incluido el de la salud. Se trata del *modelo tradicional de género, el modelo de transición*¹³ y el *modelo igualitario*.

Respecto al primer modelo señala que se apoya en el sistema de relaciones de género patriarcal, basado en relaciones jerárquicas y de poder/subordinación de varones a mujer. Indicando, entre otras cuestiones, que la estructura del núcleo familiar esta basada en relaciones de parentesco jerarquizadas, división sexual del trabajo con prescripciones morales de comportamiento que favorecen el mantenimiento de esa estructura familiar. Por ejemplo, tareas productivas (de producción de bienes y servicios) vs. tareas reproductivas (aluden a la maternidad, responsabilidades domésticas incluido el cuidado de los miembros de la familia). Algunas de las características de este modelo tradicional de género se ven reflejadas en ciertas expresiones discursivas, como por ejemplo cuando se manifiesta que

(...) Porque yo no quiero que ella trabaje. Pero no es por machismo, entendés, porque el hombre está hecho para bancar el hogar..., el hombre trabajaba y a la mujer con lo que él ganaba le alcanzaba para todo un mes, le alcanzaba para darle de comer a los hijos, (...) vos no querés que tu mujer ande sacrificándose ni trabajando ni nada para bancar la casa. Son cosas que vos lo querés hacer, entendés? (Entrevista 21, varón carrero; mujer ama de casa)

(...)No por ahora nada, porque ahora no puedo trabajar porque tengo los chicos... Estoy con ellos (los hijos), los llevo cuando hay que llevarlos a la salita, los llevo al médico, no sé, los ayudo a estudiar los llevo a la escuela, los traigo (...) Yo la ultima vez que trabajé... fue en el... 96, creo. Después no trabajé más porque empecé a tener los chicos y no pude salir más a trabajar... (Entrevista 9, mujer)

(refiere al compañero) *"(...) viene, come y a dormir... se levanta toma mate y que sé yo... se queda mirando tele... Sí, siempre yo hice todo.."* (Entrevista 18, mujer el compañero es un trabajador del sector formal).

Tambien en las prácticas adquiere cierta materialidad a través de la figura de "la mujer madre cuidadora", en tanto encargada "natural" y responsable ("hacerse cargo") de garantizar que se efectúen los controles y las vacunaciones de los más pequeños. Pero también bajo su responsabilidad están los más "grandecitos" que por su relación de hijo/a debe actuar

¹³ Velazco Arias (2008) caracteriza este modelo señalando que se produce por la salida de las mujeres del lugar de subordinación y su acceso a la educación, al trabajo y el ámbito público. Se trata de un cambio no acabado en el que hombres y mujeres han modificado el modelo social pero conservan valores tradicionales en la esfera íntima. Destacando, entre otras cuestiones la presencia del trabajo remunerado de ambos y el reparto desigual del trabajo doméstico en donde las prescripciones morales se adaptan al mantenimiento de los papeles múltiples esperados que en el caso de lo femenino mantiene valores íntimos tradicionales de entrega, sostén de la vida cotidiana, afectiva y el cuidado.

aplicando su saber, definiendo y decidiendo qué hacer (autoatención, o la consulta a personal técnico profesional) y acompañando en los diferentes itinerarios que requiera la intervención elegida

“...Directamente al hospital. **Yo los llevo al hospital**, ... si tiene fiebre, si lo veo que está decaído así, o que tiene diarrea, si se lastima..... Tiene que estar muy resfriado, sino no lo llevo, **lo curo yo. Le hago vaporcito, o le pongo, así, pañitos calientes a ellos.** ... Pero por suerte no se resfrían mucho. No los dejo tampoco que anden mucho en el frío, los tengo más encerrados. (...) **Todo el año lo tenés que estar controlando**, cada dos, tres meses lo tenés que estar controlando porque si no se llenan de parásitos.(...) **Yo los llevo a la salita**, en la salita, le dan una pastilla, que...es para los parásitos... (...) La mayoría de los chicos de acá de la cuadra, todos tuvieron. ... me asusté la primera vez y ahora cada tres meses **los llevo. Los llevo...**” (Entrevista 29, mujer 3 hijos, el mayor 5 años el menor 1 año)

“... Sí, cuando tienen mucho **les llevo a la salita, al Hospital.** Pero cuando no tienen mucho, no. Para la fiebre, sabés qué, **yo hago**, les raspo la papa...y después lo pongo con...le hago con diario, le tengo que agujerear así, muchos agujeritos, **le pongo** sobre la papa y se pasa la fiebre a veces. (...)...**le pongo** cuando tiene fiebre, primeros días que está agarrando, **le pongo** a la cabeza y a su cuerpo, un trapo grande. Me enseñó mi mamá. (...) Ulises (hijo, 8 años) que tenía, el domingo tenía fiebre. **Le puse** así y se pasó la fiebre. Y tenía tos, hice vapor y se pasó, estaba agitado, **no le llevé** y se pasó. (...) **a veces de fiaca no hago** y no se pasa, no, **tengo que llevar al hospital. Por no andar por el hospital hago así.**” (Entrevista 10, mujer procedente de país limítrofe, 5 hijos el mayor de 15 años y el menor de 2 años)

“... a veces **me agarra el bronco espasmo a ella** o sino a los nenes, más **me le agarra** al nene más grande (hijo, 12 años) y cuando **lo llevo al hospital** a veces queda internado y por ahí queda internado tenés que ir y venir, ir y venir y siempre llevarle algo”. (Entrevista 11, mujer procedente de país limítrofe, 5 hijos el mayor de 12 años y el menor de 2 años).

“...por ahí se enferma uno, o se enferma el otro y **tenés que ir con el chico al hospital**, no vas a ir caminando desde acá hasta el hospital. Está bien, que no queda muy lejos pero **llevarlo a upa también te cansa ¿no?**. Porque tenés que ir caminando y todo y después subir escaleras y todo, así que... y después volver....

(...) cuando tengo plata y está enfermo me tomo un remis ahí y lo llevo, porque tampoco podés salir caminando. La otra vuelta también, el año pasado **se me enfermó** la bebida y era un tiempo horrible, lloviendo y todo la tuve que sacar lloviendo y todo..., cuando los veo a ellos que tienen mucha tos y **se me empiezan a agitar me los llevo al hospital**, llueva, haga frío lo que sea pero **me los llevo igual...** **ahora no me quedo más**” (Entrevista 23, mujer con 6 hijos a cargo)

(refiere al hijo que fue internado) “... Y dos por tres le hacen análisis de orina y de sangre, para ver cómo sigue. Y tiene toda una historia clínica tiene, porque una vez al mes...**antes me citaban una vez por semana, a veces dos veces en una semana, después de la internación.** Y después una vez cada quince días. Y ahora una vez al mes. **Lo llevé el mes pasado, lo tengo que llevar el 28 de abril ahora, para ver cómo sigue.** Pero por suerte sigue bien. (...) Sigue en control, sí. Sí, pero está bien, porque sigue una vez al mes es porque está bien. Si estuviera mal, lo citarían una vez a la semana”. (Entrevista 3, mujer)

Como se refleja en los relatos ha sido la mujer madre la que se presenta como la encargada “natural” del cuidado de los niños/a, pero desde sus saberes y prácticas, en algunas

situaciones suele aconsejar e insistir al compañero a que concurra a la consulta o que se cuide para evitar complicaciones mayores, pero no puede tomar decisiones respecto del hacer a pesar de que en muchas ocasiones termine recayendo sobre ella los posteriores cuidados y sus consecuencias.

(respecto del varón empleado formal de baja calificación) “...no le gusta, **le duelen las rodillas, se muere del dolor pero no va...** hace añares que le duelen las rodillas, bah le molestan dice... aparte las rodillas cuando no paras en todo el día... y **lo quiero llevar y no quiere...no te falta al trabajo ni porque este engripado...**” (Entrevista 18, mujer)

(refiere al compañero que tuvo varias operaciones por un accidente y que está recuperándose) “...Y ahora estos días, te imaginás, si él lo llevó al nene a jugar al fútbol, ya andaba en bicicleta y todo, e ir otra vez al hospital a operarse... cómo será que salió en bicicleta. **No lo vi yo, no lo vi, tiene los puntos, todavía no se sacó los puntos, está con los puntos...** porque yo le digo, yo tengo miedo, que se le abra la herida, se infecta, pasa algo otra vez, retrocedemos otra vez. Entonces, **quiero que se cuide, se me fue en la bicicleta. No... se cuida, se cuida cuando se siente dolorido, entonces ahí se cuida, ahí se acuesta, pero después cuando él está bien**”. (Entrevista 1, mujer su compañero tuvo un accidente en auto trabajando de remisero)

“...el que sufre soy yo, que me duelen las caderas, cuando era más chico me golpeo un caballo y los días de humedad, me duele la pierna. Y ella me dice andá al hospital...
-¿Vos no vas al hospital?
nooo....” (Entrevista 21, varón carrero 30 años)

“...mi marido ahora que **está un poco resfriado, engripado, está en la cama, o sea, aparte de los chicos para no...igual si se tienen que contagiar se van a contagiar igual, porque...porque no va, no va al hospital, no, no va.** (...), porque **él se va a curar solo, que no, no quiere, no quiere....** o sea él se automedica solo, se compra bayaspirina, se compra todas esas cosas.
Se automedica, hasta ahora no enfermedades graves no, no tuvimos, ese también es otro asunto.
(...) Lo único que **él sufre de migrañas siempre.** Pero ya tiene...**toma un medicamento** sea, toma Migral que lo venden en todas las farmacias...” (Entrevista 8, mujer)

“...Mi marido. Tiene... no sé que es lo que le salió, es como... son como... como granos que le han salido. Eso le daba fiebre, le daba... no le daba mucho apetito de comer, esas cosas, pero igual iba a trabajar. Después **él se curo y se contagió a los chicos... así que así están. Se va a la farmacia, compra así algo fuerte... él se medica él, no se va al médico.** Él, si tiene... **ahora por ejemplo está mal, está re engripado... se compra él remedios, se compra vitapirena, esas cosas toma... así se arregla él sólo, es como que no quiere que nadie... él único que no hace controles es mi marido...**” (Entrevista 25, mujer el compañero trabaja como albañil)

Esta idea de la mujer-madre cuidadora que reproduce algunas de las características del modelo tradicional de género y que también suele estar presente en los discursos y las prácticas de la medicina hegemónica podría ser pensado como ámbitos y prácticas que contribuyen al emponderamiento de las mujeres en tanto constituye una experiencia y

conocimiento sobre signos y síntomas¹⁴, categorías diagnósticas, procedimientos médicos, como la familiarización respecto a cómo manejarse con la institución salud, posicionándola en una situación de ventaja respecto del varón. Pero en las condiciones de vulnerabilidad que se encuentran estas familias nos atrevemos a sostener que para estas mujeres se trata de una sobrecarga de trabajo invisibilizado con consecuencias emocionales, inmediatas o a largo plazo para las mujeres, ya que estas familias no cuentan con ingresos suficientes, con coberturas de salud que les permita resolver de manera oportuna, rápida y sin sobreesfuerzos el acceso a la atención y al cuidado no sólo de ellas sino de los otros miembros de la familia. Para estas mujeres la sobrecarga que implica el cuidado de la salud de los miembros de la familia esta puesta en lo que significa concurrir al centro de salud u hospital que no sólo se trata de una cuestión de accesibilidad en términos de cercanía o no al lugar de residencia sino que implica, entre otras cuestiones, estar dispuesta a hacer colas desde horarios muy tempranos para adquirir un turno, poder y estar preparada para esperar a ser atendido y muchas veces, se requiere contar con ciertos recursos dinerarios para la compra de lo prescripto, para el traslado al lugar de atención.

(en referencia al hospital próximo al barrio) “...cuando están enfermos más los llevo yo, sino no, no los llevo, a veces **uno pierde tiempo, tiene cosas que hacer en la casa y... por ahí tenes plata y por ahí no tenés..** (...) **tenés que ir bien temprano para agarrar un número y por ahí no encontrás número y no te lo atienden sino, tenés que volver al otro día así que... pero los llevo a control acá a la salita yo... allá en el hospital tenés lleno de gente, son número muy altos... así que yo los llevo cuando andan con fiebre así, si, sino no.**” (Entrevista 23, mujer)

(en referencia a la unidad sanitaria barrial) “...Mucha gente somos acá para una sola salita. No alcanzan los números. Todos los días vos vas y...normalmente se van a las...**reparten los números a las ocho, algunos se van a las siete y media... Seis y media, temprano, para cuando llegás ya no hay más.** Lo que pasa que la salita no alcanza, dan muy pocos números, **te tenés que levantar muy temprano...** Y la gente van mucho antes que la hora que dan los números...” (Entrevista 29, mujer)

(refiere al hospital) “...lo que pasa es que claro, **tenes que ir a las cinco de la mañana para que a las ocho te den un número y eso te mata...** Porque yo no puedo hacer perder a ella la escuela, que tengo que ir hasta allá, sacar un turno... (Entrevista 12, mujer)

“...yo **me pongo un poco nerviosa cuando voy al hospital**, porque voy al hospital y digo “mire, estoy de urgencia” y tenés que estar esperando,... Yo la última vez que fui con él (hijo, 3 años) me **tuve que entrar a neo porque no me querían dar bolilla**, el nene estaba semi desmayado en los brazos de la abuela y no me querían dar bolilla. Entonces yo **le empecé a gritar a la chica de la guardia que por favor me atiendan al nene porque el nene no reaccionaba.** Y que “no que estamos ocupados con el traslado de un bebé”, “pero mi hijo está desmayado ¿Cómo quieren que espere?” **Yo me enojé y dije “ustedes no me atienden, me parece bárbaro, pero yo a ustedes les voy a hacer una denuncia**

¹⁴ Los autores que plantean la distinción entre signos y síntomas señalan que los primeros refieren a las manifestaciones objetivas, aspectos visibles de la enfermedad, mientras que los síntomas son las sensaciones experimentadas por el sujeto y que son expresadas en palabras.

*porque el chico está medio desmayado en hospital...” pero después que te atienden te atienden bien, lo que pasa es que **tenés que lo tenés que pelear un poco porque al principio no te atienden, te dicen que tenés que esperar ...**” (Entrevista 9, mujer)*

Dado que la actividad doméstica cotidiana incluido el cuidado de la salud gira en torno a ellas cuando algún otro miembro (hijos o compañero) ha sido internado la situación se transforma en un elemento perturbador y generador de tensiones, y en ocasiones a la necesidad de nuevas o no pensadas estructuraciones de roles que obliga al despliegue de estrategias que varían según quién este internado, la edad de los hijos, las redes familiares y de amistad con que se pueda contar.

Por ejemplo, cuando se trata del compañero para las mujeres se genera una tensión contradictoria entre sus rutinas domésticas marcadas por la organización del hogar y el cuidado de los niños/as y las posibles visitas al hospital. En algunos casos, esta situación se manifiesta en angustias (“nervios”) y en el sometimiento aún más a una sobrecarga de actividades: reorganización doméstica de los hijos que variara según las edades de los mismos, traslados a los centros de atención que no siempre están cercanos al barrio, disponer o conseguir recursos dinerarios para la continuación de la subsistencia diaria

*“...Y bueno, y después pedí la licencia (en la actividad en que realiza contraprestación por el plan de empleo) por el tema de él, que se operaba... y que **no quedaba nadie en la casa, él en el Hospital, yo con los chicos**, entonces pedí licencia.*

*(...) Porque bueno, primero que **ella no se queda con nadie y el otro grande me lo llevo yo o se lo lleva mi hija. Mi hijo más grande (8 años) la única que se lo lleva es mi hija.** ... por ejemplo el día que lo operaron a él, **ella** (hija mayor que tiene su propia familia) **lo fue a retirar al colegio y se lo llevó a la casa.***

(...) Sí, sí, en el Hospital también prefieren que esté en la casa y no que esté ahí. Más si a él lo estaban medicando por boca, le habían sacado el suero y todo, así que era mejor que esté acá. Y la operación ese día no sé, entraste ocho y media ¿y saliste...? ...a las diez y media, once. A las once, dentro de todo no fue larga tampoco porque ha tenido operaciones de ocho horas casi. Entraban, salían, no sabía qué hacer. Se demoraban...

*(...) **Te juro que cada vez que me dice me tengo que internar es un bajón. Te deprimís porque son... estuvo tanto tiempo en el Hospital, fueron tantas operaciones y tantos momentos malos que pasamos que ya al Hospital no lo quiero ni ver.** (...) Aparte por el tema de trasladarnos porque él se interna en Ensenada, es un viaje ir hasta allá. Es lejos. Y no tanto el viaje, sino el gasto que no tenemos, ¿viste?, para viajar. (...) cuando me dijo: “me voy el miércoles”, ah...un alivio porque me estaba haciendo la cabeza a ver cómo iba a hacer para tener para el colectivo. Por suerte...*

*(...) **estando él acá no pasa más nada, porque yo me levanto y lo dejo durmiendo a él con la nena y lo llevo, así sea caminando, pero el tema es si él no estaba, estaba internado, yo cómo hacía con la nena que era bebida ella, en invierno y sacarla afuera para llevarlos a la escuela. Se me complicaba, se me complicaba todo.***

*(Antes del accidente) (...) **Él tenía su trabajo, yo el mío, el nene iba a la escuela, yo me podía ocupar de todo y si yo tenía que salir él se ocupaba de la nena, no había problema.** ... él no puede correr ni apurarse, y hace un mal esfuerzo y capaz que se perjudica él, ¿viste?, encima ella se da un golpe entonces saltés, salís mal, salís apurada, querés salir y volver rápido a tu casa por cualquier cosa. Ahora ya... es la última operación, al menos por ahora. ...Claro, a él le faltan más operaciones pero supongo que después de esta van a esperar un buen tiempo antes de volver a operarlo.(...) si vos hubieses visto como había quedado él después del accidente decís fue rapidísimo, pero si te ponés a*

mirar el tiempo que pasó fue lento porque ya dos años hace y todavía está con el tema de la pierna.”
(Entrevista 1, mujer su compañero tuvo un accidente en auto trabajando de remisero)

Cuando se trata de un hijo/a los relatos que hemos analizado reflejan que, en algunas ocasiones, se recurre principalmente a miembros familiares femeninos ya sean madres y/o hermanas principalmente para que se hagan cargo de los otros hijos. Se trata de recurrir a las redes de ayuda mutua entre familiares y, en menor medida de vecinos

*“...Estaba hinchado él (hijo, 10 años),... ese día...ese día fue a la tardecita, y a la nohecita empezó él con que no podía respirar. ...Y lo llevamos al médico y era que tenía todo líquido Y así que **lo dejaron internado**, le dieron diurético y hasta que se puso bien.*

*(...) yo iba al hospital, no podía ir mucho porque la bebé tenía un mes, así que **no pude hacer otra que, que ir a la hora de visita**. Sino iba a tener que dejar a la bebé, tenía un mes en ese entonces, que necesitaba teta cada tres horas. Y entonces **no me quedaba otra que ir los días, la hora de visita que era de cinco a seis, creo que era una hora por día nomás**. Y cuando podía la dejaba durmiendo a la bebé, la dejaba durmiendo y **me iba a la nohecita, a quedarme un rato con él**.*

(...) quedaba mi marido un rato, pero tampoco podíamos porque él trabaja. Así que..., pero generalmente casi nunca estuvo solo, gracias a Dios, siempre fuimos, a cada rato, todo el tiempo, a cada rato. (...) estaba en el hospital, acá es el más cerca....

...mi mamá o mi hermana me ayudan las dos a veces, cuidándome al bebé, cuidándome la nena..”
(Entrevista 3, mujer)

*“...fui a ahí (refiere al hospital) porque estaba internada mi hija (9 años). Nueve días estuvo internada. Tenía infección de riñón, no sé, me dijo el doctor. Primero fue a la salita, después al hospital G y del G la trasladaron ahí (hospital N). Sí, porque enseguida se recuperó, está bien. **La Navidad la pasamos ahí, en el hospital N** (...) me dieron todo, gracias a Dios, buena atención, ahí, en el Hospital de N..”* (Entrevista 34, mujer con 3 tres hijos)

*“... fue él (hijo 3 años) que **estuvo internado** porque le salió como una especie de infección en la sangre, se le estaba infectando la sangre, entonces **lo tuvieron que internar y darle medicación por la vía de la vena...**, (...) se le hinchó la pierna al nene, no podía caminar, entonces **yo lo llevé, pero ya me había ido con fiebre**. Como 40 y pico, y en el hospital casi se me desmaya con la fiebre que tenía. Y bueno, **no lo interné porque aparte la abuela se puso que no quería y no quería...** Al otro día, a ella me la pateó un caballo, la yegua de nosotros. **Me la dejaron en observación unos días y 2 días después el nene va al hospital otra vez porque ya no podía caminar**. ...Tenía las 2 piernas hinchadas, arriba y abajo, en la otra pierna, y con un forúnculo grandote y con fiebre. Y la doctora me dijo *si vos no lo dejás y no le haces ningún tratamiento esto puede llegar a la sangre y puede llegar a ser mortal*. Entonces yo ahí me asusté. (...) **yo ya estaba con ella en el hospital, quedarme una semana más ¿qué me hace?, y me quedé, que el último día ya no daba más**. ...el nene no me dejaba mover a ningún lado, yo quería ir al baño y el nene gritaba “mami” se le escuchaba por todo el hospital. Pero lo más importante fue eso.*

(...) yo me aferro tanto a mis hijos que me da no sé que verlos que se queden solos.” (Entrevista 9, mujer con hijo mayor de 8 años y menor de 2)

*“...Pero esta chica por ejemplo ella (refiere a la vecina) no tiene familiares, ellos son de Santa Fe, ella sí, va al hospital y me deja el nenito a mí. A la mañana si tiene **que ir al hospital me deja el nene a mí, se va al hospital y yo la espero hasta que ella vuelva...**”* (Entrevista 1, mujer)

En pocos casos en donde se reconoce una mayor colaboración en las actividades domésticas y de cuidado de los niños por parte del compañero, puede ser el varón (padre o compañero de la madre) el que “se hace cargo” de los niños/ñas.

“...Yo cuando ella estaba internada, ahí sí les cocinaba yo...” (Entrevista 21, varón carrero 30 años)

En este contexto de predominio de la mujer-madre cuidadora de la salud de otros miembros nos interesa visualizar en los discursos de estas mujeres que cuestiones ponderaban al referirse a su propia salud y sus cuidados.

Algunas que se autodefinieron como “*mujer enferma*”¹⁵ o se etiquetaron en función de una categoría médica diagnosticada “soy diabética”, “soy nerviosa” sus relatos giraron en torno al “descubrimiento de la enfermedad”, a los cuidados que se requieren y no se realizan por la dedicación a otros (particularmente a los hijos más pequeños) o por la escasez o falta de recursos económicos para acceder a los medicamentos. Recuértese que se trata de familias y particularmente mujeres¹⁶ que no tienen acceso a coberturas de salud.

“...me salen como manchas del sol que dicen hongos, lo que pasa es que tarda en curarme porque **tengo principio de diabetes**, por eso me tarda mucho. ... tenía que hacerme un estudio completo y no me lo hice porque no quiero pasar de vuelta que me saquen cada 3 hs. sangre, cada 1 hs. tres veces sangre, que se yo, estando con el bebé, estar ahí el bebé mas se cansa de estar en la salita, imagínate tener que estar 3 hs. ahí conmigo. (...) porque yo **fui al hospital porque yo no daba más de dolor de cabeza** porque parecía que la cabeza mía era pesada, que tenía tierra y no, iba ahí al hospital y lo único que me sabían dar era pastillas, pastillas y me hacían dormir mucho y era alérgica a esas pastillas, después me cambiaron de pastillas y me dijo: vos de qué sufrís, vos tenés alguna enfermedad después del embarazo o antes del embarazo o tuviste con el embarazo, y le digo yo: **cuando yo tuve al bebé me dijeron los médicos que yo tenía diabetes.**” (Entrevista 21, mujer 29 años)

“...yo anduve mal cada 2 por 3 **me duele el pecho.** (...) **era de la angustia que yo tenía**, o sea, vos tenes angustia, tenes bronca, y en vez de sacarla afuera, te la guardás y eso te hace mal. Es lo que me dijo la doctora. Aparte de que **yo soy nerviosa. De los nervios y la angustia que yo tenía**, de no descargarlo, como ser, no lloraba, no gritaba, todo me lo guardaba ¿viste? no descargaba. Entonces me hizo mal. No podía respirar, yo a la noche... llegaba la noche y aparte el stress y todo eso me afectaba el cuerpo, entonces yo llegaba a la noche y me acostaba y me tenía que sentar porque no podía respirar, o sea, me faltaba el aire, me palpitaba mucho y no podía respirar.Ahí me fui al médico porque ya no daba más...” (Entrevista 9, mujer 30 años)

¹⁵ Una de las entrevistadas inicio su dialogo de la siguiente manera: “Porque yo, yo soy una mujer enferma, me tengo que comprar unas pastillas para la diabetes. Ahora me están atendiendo psicólogos, todos remedios que son caros y a quién le voy a pedir y quién me va a dar...” (Entrevista 35, mujer de 43 años ama de casa.)

¹⁶ Hacemos esta distinción (familias y mujeres) porque en otros trabajos hemos podido visualizar que al interior de las familias es la mujer la que se encuentra vulnerable en este aspecto por no tener un trabajo formal o por no haber legalizado su relación de pareja a través del matrimonio civil.

Cabe aclarar que en este grupo de familias encontramos que sólo tres varones cuentan con obra social, 2 hijas/os, y 1 mujer por su pensión de madre soltera. En todos los casos se indico que no la utilizan porque se requiere comprar bonos, tramite que resulta engorroso y que requiere además contar con dinero que no siempre está disponible.

Es interesante resaltar la mención de los *nervios* ya que constituye una serie de sensaciones que los sujetos experimentan y provocan alteraciones de la cotidianeidad. Los *nervios* han estado presentes en los relatos de las mujeres vinculados con diferentes situaciones particulares de la vida que se relacionan con la inestabilidad y vulnerabilidad económica y social, no estuvieron ausentes las cuestiones de la familia¹⁷.

En otras mujeres, el foco de atención respecto de su salud, “*la salud de las mujeres*”, estuvo puesto principalmente en la atención durante el embarazo de los controles prenatales¹⁸ y en el control ginecológico que se constituye en una instancia requerida para la elección y el acceso a métodos anticonceptivos¹⁹.

“...yo voy al médico cuando me hago control del diú y eso y después así cuando estuve embarazada de ellos, después no, no porque gracias a dios no soy de enfermarme...
...después que tuve a ella (hija) **empecé a tomar pastillas, me daba inyecciones, porque las pastillas eran caras cuando yo las tomaba, cinco pesos me salían, porque no me las querían dar allá en la salita porque no me hacía el papanicolao... (...)** yo por mi cuenta me empecé a comprar las pastillas.... y me las empecé a comprar, después cuando ya no pude empecé a ir acá (unidad sanitaria) y hablé con los del Hospital que vienen acá (unidad sanitaria) y me dijeron ‘bueno, te vamos a hacer el papanicolao y después cuando venga el resultado...’ y para venir estuvo tres meses, entre esos tres meses no me querían dar ni pastillas ni inyecciones,.... Después cuando ya había venido el resultado, me lo hicieron poner (al DIU), me acuerdo estuve todo el día, hasta las 9 y media de la noche, porque las parteras que me lo tenían que poner estaban en parto, había muchos partos ese día así que tuve que esperarlas.... ” (Entrevista 23, mujer)

¹⁷ Dias Duarte (1986) señala que los nervios (perturbación físico – moral) transmiten la impresión de totalidad, de multipresencia que frecuentemente recubre y atraviesa diferentes dimensiones de la vida de los sujetos. Comprenden, un núcleo más o menos constante de síntomas físicos y abarcan una gama de problemas, dolores y dolencias que afectan al organismo humano. Los síntomas nucleares serían: temblores, enfriamientos, dolores de cabeza, pena, opresión, presión, aburrimiento, insomnio, desmayo. Además de la sintomatología física, se agregan una rica expresión de síntomas morales. Se trata de una amplia gama de “perturbaciones” que se desplaza desde la tristeza a la furia.

Asimismo, agrega que salir para afuera es una referencia íntimamente ligada a los nervios y en cierto modo intrínsecamente terapéutica. Agregando, en función de su trabajo, que son continuas las referencias al carácter positivo de acciones tales como discutir, realizar algún tipo de actividad física de desgaste o una buena conversación.

¹⁸ Cabe señalar que para la obtención de los beneficios del Plan Mas Vida, las mujeres embarazadas deben presentar los controles prenatales: “...yo me anoté para el moisés, todo, de él (hijo, 3 años), mirá cuanto tiene y todavía no llegó ni el moisés. Del Junior también me había anotado para el moisés, todo, no llegó. Te piden que tengas todos los controles, **que te llene la obstetra, todo**. Y yo me anoté, le pedí todo al obstetra, le llevé todos los papeles y nunca vino. (...) La comadre te lo hacía.” (Entrevista 29, mujer)

¹⁹ Como nos recuerda Dominiguez (2004) en el año 2002 se aprueba la Ley Nacional 25.673 que crea el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** que, entre otras medidas, faculta a hospitales y centros de salud públicos y privados a entregar a demanda métodos anticonceptivos. Asimismo, establece que el suministro de los métodos y elementos anticonceptivos estará incluido en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Y autoriza a exceptuar del cumplimiento de la entrega de anticonceptivos a los servicios de salud de instituciones religiosas confesionales con fundamento en sus convicciones.

(respecto a los controles posparto) “...te dicen que vayas al hospital, pero nada más. Vas dos o tres veces al hospital y...ya está. **No te dan bola, se dedican más a los chicos.** Después ya no te dan más bola, se dedican a los chicos.(...) cuando yo tuve a la Flor (hija 5 años), después me fui a hacer atender en la salita, y me dijo que, bueno, que si me quería cuidar... **Me convenció este ginecólogo que me cuide con pastillas. Me empezó a dar, el primer mes me dio, el segundo mes me dijo que una semana antes que se me termine las pastillas que vaya que me iba a dar la otra. Fui a la semana antes que se me termine las pastillas...me quería matar, no tenía y no sabía hasta cuando iban a traer.** Y salían dieciocho pesos creo. Que en ese tiempo yo no tenía ningún trabajo, nada, y quedé embarazada del nene (hijo que tiene 3 años) Ahora por eso no me quiero cuidar así. Yo ya no, con pastillas no. Me hicieron ilusionar, y encima me fue mal....(...) **ahora dicen que ponen el DIU, pero también eso es un riesgo, porque si no te lo ponen bien quedás embarazada y aparte te tenés que estar controlando de que ande bien, tenés que ir a controlar, cada seis meses.**” (Entrevista 29, mujer 21 años con tres hijos)

“...a la salita generalmente **voy yo a ginecología.** Cuando tuve a la nena **iba siempre a control del embarazo,** y de ahí...después cuando dejé a la nena **estoy yendo, periódicamente me hago atender.**” (Entrevista 3, mujer)

“...Voy muy poco, **a la ginecóloga nomás,**... y me hice todo, papanicolaou, todo, allá, todos los años me lo hago yo... (...), **voy por las pastillas nomás**” (Entrevista, 18)

Cabe señalar, como han manifestado algunas de las mujeres que la elección de cuidarse se debe a que no quieren, al menos por un tiempo, seguir teniendo hijos. Recuérdese que hemos señalado que muchas de estas mujeres tienen entre 4 y 8 hijos.

“(...) yo me lo puse (refiere al DIU) porque **ya no quiero más chicos yo, porque con las cosas y la plata no alcanza, así que...como están las cosas hoy en día no se puede tener más chicos... por lo menos hasta que ellos no sean grandes no, el tiempo después me lo dirá...**” Entrevista 23 (mujer 6 hijos el mayor de 10 años y el más chico de 1 año)

Otras mujeres que después de haber tenido varios hijos decidieron cuidarse para evitar nuevos embarazos en el transcurrir del dialogo reflexionaron acerca de no haber tomado antes esa decisión pero también se hace visible que en muchas circunstancias no se tiene la posibilidad de negociar el uso de anticonceptivos o la elección de la maternidad.

“...no quiero tener más hijos, **me estoy cuidando con pastillas y no quiero tener. Antes era zonza, no sé qué era. Mi marido...yo le hablaba a mi marido, le decía: “me hago curar, me voy a hacer curar con algo, sino voy a tomar pastillas...**”, y no, no quería... él me decía: “**no, las mujeres si se ponen, andan mal y me vas a dejar -me decía-, si cuando toman pastillas andan mal**”, me dice. Ah!, la idea que él tenía...” (Entrevista 10, mujer 38 años, con 5 hijos el mayor con 15 años y el más pequeño 2 años)

(planteo de su pareja respecto del uso de métodos anticonceptivos) “...**Te va a hacer mal, te va a hacer mal, no tomes.**”, “**El DIU te vas a hacer colocar y andan mal, con otro, con otro...**”. Sí, andan así con DIU, andaban así, con otros, con otros, dejan sus hijos y se van con otros. ¿Así quieres hacerme, y bueno, hacete colocar”, me decía. (...) Y por eso no, nunca nada, no nos cuidamos, qué voy a hacer. Sí, ahora nos arrepentimos, ahora que estuvimos, de calladitos hubiéramos estado... **Por qué no habremos aunque sea comprar pastillas, ir al doctor, qué zonzas que somos no íbamos a**

comprar, ni al doctor, nada. Teníamos a los chicos, qué iba a hacer. (Entrevista 11, mujer de 29 años, 5 hijos, el mayor de 12 años y la más pequeña 2 años)

Seguramente muchas cosas se podrían señalar a partir de estos últimos relatos pero centralmente nos interesa remarcar como se expresa de una manera sutil y muchas veces invisible las relaciones de desigualdad y poder presente entre géneros.

A modo de comentario final

Nos propusimos explorar el *papel de las mujeres y de los varones en los procesos de atención de la salud familiar en tanto el elemento* disparador que nos permitiera introducirnos en una perspectiva de género y desde ella enriquecer el abordaje de la dimensión procesos de salud-enfermedad-atención de las estrategias familiares de reproducción.

Como hemos señalado en este trabajo, el **género** usado como categoría relacional permite visibilizar las diferencias y desigualdades en las condiciones de vida, en las posiciones y jerarquías que en distintos ámbitos ocupan mujeres y varones; asimismo, permite explicar cómo varones y mujeres construyen su subjetividad, actúan y transforman las expectativas y normas socioculturales.

Aplicar la perspectiva de género a los procesos de salud-enfermedad-atención nos permitió en este primer análisis visualizar como las desigualdades entre géneros al interior de las unidades domésticas (en nuestro caso familias nucleares) se reproducen a través de la figura mujer madre cuidadora; indicamos que esta imagen, también presente en el discurso de la medicina hegemónica, invisibiliza la sobrecarga física y emocional que significa el cuidado de la salud familiar en contextos de precariedad y escasez de recursos. Finalmente, al indagar sobre las cuestiones que ponderan de su propia salud se registro un énfasis en lo que se designa como “salud reproductiva”, marcándose las desigualdades de género tanto en el acceso y elección de los métodos anticonceptivos como en la posibilidad o no de negociar el uso de los mismos y la elección de la maternidad.

Consideramos que la perspectiva de género enriquece el análisis, en tanto permite visualizar diferencias y cuestionar las relaciones sociales desiguales que se presentan tanto al interior de las unidades domésticas como de los sistemas e instituciones, pero siempre y cuando no se pierda de vista la copresencia de otras dimensiones de las desigualdades sociales y del poder, como son las de clase, de etnia y etarias.

Bibliografía:

Aimeta C. y Santa María J. (2007): "Sobre las estrategias laborales: huellas de la precariedad en el mundo del trabajo". En Eguía, A.; Ortale, S. coordinadoras (2007): "Los significados de la pobreza". Editorial Biblos, Bs As.

Colomer Revuelta (2007): "El sexo de los indicadores y el genero de las desigualdades. Revista española de Salud Pública N°2 marzo Abril 2007 pág. 91-93

Dias Duarte, L. F. (1986): "Da Vida Nervosa. Nas classes trabalhadoras Urbanas". Jorge Zahar Editor; Brasilia, CNPQ. Brasil

Domínguez, A. en colaboración con Alicia Gutiérrez, Alicia Soldevila, Andrea Marino, Liliana Vázquez, Mabel Bianco, Marina Laski, Marta Alanis, Marta Rosemberg, Silvia Julia, Susana Checa, Verónica Ambachs, Zulema Palma: "Situación de la salud y el aborto en argentina", Proyecto Dawn Sexual and Reproductive Health and Rights Program (DAWN) en colaboración con REPEM y Servicio a la Acción Popular (Se.A.P, Córdoba), 2004.

Eguía, A (1990): "Estrategias familiares de reproducción social en sectores pobres urbanos del Gran La Plata" Tesis de Doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata.

Eguía, A.; Ortale, S. (2004): "Reproducción social y pobreza urbana". En Cuestiones de Sociología 2. Revista de estudios Sociales del Departamento de Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Ediciones Al Margen, La Plata. (pág. 21-49)

Eguía, A. (2004): "Pobreza y reproducción familiar: propuesta de un enfoque para su estudio". En prensa en Cuaderno CRH, V. 17, N° 1, ISSN 0103-4979.

Eguía, A.; Ortale, S. coordinadoras (2007): "Los significados de la pobreza". Editorial Biblos, Bs As.

Gómez Gómez, E. (2002): "Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". Revista Panamericana de Salud Publica. Vol.11 N°5-6 Washington May/June

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).

Pagnamento, L. y Weingast, D. (2004): "Apuntes para contribuir en la reflexión sobre la pobreza". En Cuestiones de Sociología 2. Revista de estudios Sociales del Departamento de Sociología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. Ediciones Al Margen, La Plata. (pág. 185-195)

Pagnamento, L. y Weingast, D. (2007): "Pobres, enfermedades y padecimientos: estrategias en el campo de la salud". En "Los significados de la pobreza". En Eguía, A.; Ortale, S. coordinadoras (2007): "Los significados de la pobreza". Editorial Biblos, Bs As

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

Ruiz Cantero, M. y Papí Gálvez, N. (2007): “Guía de Estadística de salud con enfoque de género. Análisis de Internet y recomendaciones”. Alicante, España.

Velasco Arias (2008): “Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud” Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Weingast, D. (2005): “Prácticas de auto-atención implementadas por un grupo de mujeres de sectores pobres urbanos de la localidad de Punta Lara, Partido de Ensenada, Argentina” En: Myriam Barone y Lidia Schiavoni (comp.): “Efectos de las políticas de ajuste en la década del 90”. Editorial Universitaria Universidad Nacional de Misiones, Misiones.

Weingast, Diana (2008): “Estrategias de salud desarrolladas por adultos de hogares pobres urbanos. La perspectiva de las mujeres.” Tesis de Maestría, CEDES-FLACSO Argentina.