

Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas.

Diana Weingast.

Cita:

Diana Weingast (2012). *Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas*. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/494>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRxp/hh8>



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>.

Jornadas de Sociología 2012

“Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas.”

Diana Weingast¹

dianaweingast@gmail.com

La ponencia se enmarca en un estudio sobre los procesos de autoatención, las relaciones de género y parentesco en sectores pobres². Siguiendo los planteos de Menéndez (2003,2005) consideramos que la *categoría proceso de autoatención* remite a las acciones que realizan las familias para asegurar la reproducción biológica y social de sus integrantes.

La potencialidad del concepto de autoatención radica en que permite articular relacionamente el cuidado y la atención como instancias de un mismo proceso, evitando caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran diferentes personas (madres cuidan; médicos atienden), distintos ámbitos (cuidado doméstico; atención profesional). Remite a los conocimientos, las prácticas y recursos que utilizan y articulan de manera complementaria y conflictiva los sujetos/grupos dentro y fuera del ámbito doméstico ante los padecimientos. Asimismo, refleja la división del trabajo al interior del hogar, las redes informales que se despliegan y las tensiones que esto genera.

Considerando las condiciones materiales de existencia nos proponemos reconstruir las trayectorias realizadas por tres familias ante enfermedades respiratorias de los niños menores de 1 año, haciendo visible como intervienen las relaciones de género en los saberes y las decisiones terapéuticas.

Las familias seleccionadas presentan diferentes situaciones de pobreza y viven en una zona que como recurso formal sólo cuenta con un centro de atención primaria.

¹ 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.

² Se trata de una línea de investigación dentro del proyecto “Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata (2012-2013)” del Programa de Incentivos.

1.- Introducción

La atención realizada por los no profesionales también llamada “*cuidados legos*”, “*cuidados profanos*”, “*cuidados informales*”, “*autoatención*” es un hecho que hallamos en todas las sociedades y en todos los tiempos³. Por tal razón asumimos que se trata de un fenómeno estructural y universal, más allá de la deslegitimación de la que en ocasiones es objeto por parte de la biomedicina.

De la variedad terminológica existente consideramos que la categoría *proceso de autoatención* es la más apropiada porque remite a las acciones que realizan los grupos domésticos para asegurar la reproducción biológica y social de sus integrantes.

Siguiendo los lineamientos de Menéndez (1983, 2009), la potencialidad del concepto de autoatención radica en que permite articular, de manera relacional, el cuidado y la atención como instancias de un mismo proceso evitando caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran distintos tipos de personas (madres cuidan; médicos atienden), distintos ámbitos (cuidado doméstico; atención profesional). Nos invita a recuperar las prácticas, los productos utilizados, las diferentes explicaciones, 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. Asimismo, permite acercarnos a las redes informales a las que se recurre y a los roles asumidos por el microgrupo, con las tensiones que genera no sólo en el ámbito doméstico sino en el espacio público.

Las actividades de autoatención conforman una síntesis dinámica de diferentes saberes que provienen del aprendizaje (internalización de qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer ante un evento de enfermedad) 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 percibidas como similares y del uso combinado de diferentes formas de atención (pluralismo médico) según posibilidades materiales, simbólico-valorativas y de accesibilidad física a los diferentes recursos para la salud . Pero también, las

³ Haro Encinas (2000:111) señala que la variedad conceptual con que se han estudiado los cuidados otorgados por no profesionales tanto de la biomedicina como de medicinas alternativas, refleja una variedad de aspectos que según los contextos refiere a: 1.-significados de filiación cultural de las prácticas designándolos como: populares, folks, tradicionales, rituales; 2.- los recursos que en ellas se presentan: sistemas legos, apoyo social, cuidados informales, automedicación, autoayuda, prácticas endógenas; 3.- los procesos implicados que conduce a la búsqueda de atención: procesos asistenciales, sistemas de referencia, modelos episódicos.

diferentes actividades de autoatención están condicionadas por la situación estructural en la que se encuentran los hogares la que a su vez definen determinadas formas de enfermar.

Al interior de los hogares, varones, mujeres y generaciones, constituyen un conjunto de relaciones de cooperación, intercambio, poder y conflicto que estipulan el reparto de tareas, responsabilidades domésticas y extradomésticas y decisiones sobre distintos aspectos de la vida familiar incluidas las referidas a la salud.

Diversas investigaciones han señalado el lugar central de las familias en los procesos de cuidado y atención a la salud, destacando el papel fundamental de las mujeres aunque no siempre es reconocido socialmente y su responsabilidad es invisibilizada. (Esteban, 2006)

En este trabajo proponemos, considerando las condiciones materiales de existencia, reconstruir las trayectorias realizadas por tres familias ante enfermedades respiratorias de niños menores de un año, haciendo visible cómo intervienen las relaciones de género en los saberes y las decisiones terapéuticas.

2.- Metodología

La aproximación metodológica es de corte cualitativo con el uso de entrevistas⁴ como técnica privilegiada para recuperar saberes, experiencias y prácticas cotidianas vinculadas a los procesos de autoatención y las trayectorias de atención. Las mismas fueron efectuadas en los hogares permitiéndonos observar entre otras cuestiones, sus condiciones materiales de vivienda. Asimismo, los registros de las charlas informales y las observaciones en diferentes espacios (hogares y centro de salud) constituyeron insumos importantes a la hora de contextualizar el análisis de la información.

El trabajo de campo lo realizamos en una localidad del partido de La Plata, contando con la posibilidad de acceso tanto a hogares a través del contacto establecido con el único servicio público de salud existente. El primer acercamiento fue durante los meses de julio/agosto de 2009, en un contexto signado por la declaración de la Emergencia Sanitaria ante la Gripe A⁵, en esa oportunidad entrevistamos a un grupo de mujeres madres y realizamos observaciones en la sala de espera del centro de salud. Durante 2010, re-entrevistamos algunas familias y realizamos otras que acompañamos con registros de observación y charlas informales con madres que se

⁴El guión de entrevista versó sobre 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.

⁵ En la provincia de Bs As, en julio de 2009 el ministro de salud declaró la emergencia sanitaria por 90 días y lo habilita para reorganizar los recursos humanos, la contratación de personas y compra de insumos de manera directa.

encontraban con sus hijos en la sala de espera del centro de salud para la atención pediátrica. A su vez, acompañamos a las promotoras y al personal de salud (obstetra y enfermera) en diferentes visitas domiciliarias. En ese año asistimos a la inducción, por parte del Estado, de vacunación gratuita de los grupos considerados de riesgo.

En abril del 2012 retomamos el contacto con algunas de las familias entrevistadas y visitamos nuevas. En algunos casos pudimos conversar con sus parejas y contar con su mirada y relatos⁶. Paralelamente, realizamos observaciones en la sala en momentos en que se prestan los distintos servicios. También acompañamos a las promotoras en algunas actividades, como visitas domiciliarias, bloqueos epidemiológicos ante casos detectados de tos convulsa (coqueluche). Las familias que analizamos presentan homogeneidad en ciertas características aunque sus diferencias son clave al momento de considerar sus condiciones materiales de vida como sus experiencias en aspectos ligados con los procesos de enfermedad y las trayectorias de atención.

3.- Características de la zona

Una de las localidades del partido de La Plata es “El Peligro” una zona suburbana situada a 34 km al oeste del casco urbano de La Plata, enmarcada entre la Autovía 2, la ruta provincial 36 y limitada con los partidos de Berazategui y Florencio Varela. La actividad comercial e institucional se concentra en la intersección de la Autovía 2 y 420 (km. 44,5 de la Autovía 2).

Para reconstruir las características de la localidad utilizamos el informe de la Dirección General de Estadística y Evaluación de Programas Especiales de la Municipalidad, el documento de trabajo de Lódola et al. (2011) ambos trabajos basados en los datos del Censo 2001⁷ y el trabajo de campo realizado durante el 2009, 2010, 2012.

Los datos censales informan que residen en la localidad 1862 personas siendo el 48% mujeres y el 52% varones. Según tramos de edad 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. No obstante, como indican Lódola et al. (2011:6), este último valor supera al correspondiente al partido (23%) y al de la provincia (27%).

De la población de 15 a 64 años (1085 personas) el 60% se hallaba ocupada (655 personas) predominando en más de la mitad de los casos la categoría ocupacional de obrero o empleado. El 16,2% eran trabajadores por cuenta propia y 14,2% trabajadores familiares (la mayoría no

⁶ Tarea ardua no sólo por las disponibilidad horaria sino porque está naturalizado que las cuestiones referidas a la salud infantil están a cargo de las mujeres-madres. No obstante, la internación de sus hijos fue un buen disparador.

⁷ Hasta el momento no están disponibles los resultados por localidad del censo 2010

percibía salario). Las principales actividades se relacionaban con la producción hortícola, florícola y de granja (particularmente gallineros).

Sólo el 23,8% de la población total contaba con cobertura de la seguridad social ya sea obra social y/o plan de salud privado o mutual.

La cantidad de miembros por hogar era de 4,1 superando el promedio del partido (3,2) y de la provincia (3,5) (Lódola et al., 2011:6). Se identifica que el 36,8% de la población y el 31% de los hogares tenían NBI constituyendo, junto con Abasto (26%), Arturo Seguí (27%) y Melchor Romero (36%), en una de las zonas más críticas del partido de La Plata. Cabe indicar, como lo expresan Lódola et al. (2011:13) que el porcentaje de hogares con NBI a nivel provincial era del 13% y para el partido de La Plata del 10%.

En cuanto a la educación formal la localidad presentaba la mayor tasa de analfabetismo (3,5%)⁸ y también el promedio menor de años de educación aprobada (5,6)⁹.

En cuanto la infraestructura urbana, un recorrido por El Peligro permite observar que la casi totalidad de las calles son de tierra y que la calle principal (420) del trazado urbano presenta 1 o 2 cuadras de asfalto para continuar en un consolidado. Sólo dos líneas de transporte público permiten la comunicación hacia el casco urbano de La Plata y otra empresa de transporte público comunica con los partidos de Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

En términos generales, se observa que las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico no así de gas, dependiendo del gas envasado o leña para cocinar y/o calefaccionarse. No contaban con agua de red, en muchos casos los pozos estaban contaminados o “vacíos” por lo que algunas familias utilizan la canilla comunitaria o en algunos casos los vecinos que poseen bomba permiten llenar baldes o bidones.

Esta información relevada en los primeros años del trabajo de campo coincide con lo planteado por Lódola et al. (2011:14) respecto a que El Peligro es uno de los centros comunales más deficitarios en cuanto a la existencia de servicios públicos comunes, como son: cloacas, agua corriente, energía eléctrica por red, alumbrado público, gas natural, servicio regular de recolección de residuos y servicio de transporte público a menos de 300 metros.

⁸ El porcentaje de población mayor de 10 años que no sabe leer y escribir para la provincia de Buenos Aires es de 1,6% y para el partido de La Plata es de 1,2% (Lódola et al., 2011:15)

⁹ Lódola et al. (2011:18) señalan los valores siguientes valores: 7,5 a nivel provincial y 8,9 para el partido de.

A nivel de los servicios de salud alopáticos cuentan sólo con el Centro de Salud N° 24 dependiente de la municipalidad¹⁰, con servicios de ginecología, obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, psicología, servicio de enfermería (24 hs) y vacunación. La atención es mayoritariamente de mañana y algunos servicios con turno. La cobertura de medicamentos se resuelve a través del Plan Remediar y/o del Hospital Dr. Alejandro Korn¹¹.

No registramos servicios privados de atención dentro de la biomedicina y tampoco farmacias, la asistencia a centros privados y/o consultorios médicos particulares y la compra de medicamentos requiere el desplazamiento a la localidad del Pato, el Parque (partido de Berazategui) o al casco urbano de La Plata.

Cabe señalar que la accesibilidad a los centros de alta complejidad se torna problemática, no sólo por la distancia y la frecuencia del transporte público sino porque en ocasiones la población no cuenta con recursos para los gastos de traslado en casos de urgencias. Además, la unidad sanitaria no cuenta con servicio propio de ambulancia y cuando se solicita para traslados de urgencia el tiempo de espera es una hora o más¹². Pero, no sólo es una cuestión de recursos económicos¹³ sino que se trata de contar con tiempo disponible para trasladarse¹⁴ y para ser atendido.

4.- Características de las familias seleccionadas

Las tres familias¹⁵ comparten ciertas características que les otorga una relativa homogeneidad, son familias nucleares que poseen al menos un niño nacido en el año 2012, sus viviendas se encuentran en el mismo radio barrial por lo que la distancia al centro de salud es similar y no cuentan con movilidad propia (vehículo). Pero, presentan ciertas diferencias en aspectos que son centrales al momento de considerar sus condiciones materiales de vida y sus experiencias ligadas con los procesos de enfermedad.

Las mujeres tienen otros hijos aunque no son, en todos los casos, hijos de la actual pareja. Por ejemplo **María** convive con 5 hijos de los cuales los tres mayores (15, 14, 11 años) son hijos de otra pareja y los dos más pequeños de la actual. **Violeta** es madre de 4 niños/as, los mayores (3,

¹⁰ Se ubica en la colectora de la Autovía 2 Km.44,5 en las instalaciones del Centro de Fomento. A dos habitaciones construidas para sala de reuniones se le anexo una construcción conformando en 1986 el actual centro de salud.

¹¹ El Hospital Dr. Alejandro Korn de Romero es la institución pública más próxima a la localidad por lo que cubre las derivaciones y se constituye en el lugar de referencia para la población local.

¹² Esta situación fue señalada por el personal del centro de salud y por las personas que entrevistamos y las que concurren a la sala.

¹³ Por ejemplo, el costo del viaje en remisse al Hospital de niños de La Plata es de \$120.

¹⁴ El traslado en transporte público del kilometro 44,5 al Hospital Alejandro Korn de Romero demora 45 minutos y el mismo tiempo, señalan los entrevistados, se tarda al Hospital Evita de Berazategui.

¹⁵ Nombraremos cada familia según nombres ficticios adjudicados a las mujeres madres.

5 años) son hijos de una anterior pareja. Mientras que los hijos de **Azucena** (0, 6, 9, 11 años) son todos de su pareja actual.

Para María y Violeta, en ocasiones la situación familiar vivida es generadora de tensión particularmente por la distribución de los recursos^{16 17}.

Las tres familias presentan diversas situaciones laborales que expresan las diferentes contribuciones económicas y márgenes de autonomía del hogar. En el caso de Azucena su pareja, único ingreso familiar, tiene un trabajo formal con un sueldo fijo y con los beneficios de una cobertura de salud para todo el grupo familiar. No obstante, la presión por mantener su fuente laboral hace que su participación en la organización familiar sea secundaria; cuestión que ante eventos inesperados, como la internación de su hija, debe ser asumida.

En el caso de Violeta su pareja, único sostén del hogar, realiza actividades remuneradas de limpieza barrial en una cooperativa de trabajo sin los beneficios del trabajo formal. A diferencia del caso anterior la carga horaria de trabajo es menor teniendo tiempo disponible para realizar otras actividades: changas, trabajos en su hogar, actividades domésticas, cuidado cotidiano de niños incluido las consultas médicas u hospital.

La condición laboral del compañero de María está signada por la inestabilidad ya que en el transcurso del año tuvo momentos en que trabajó, tiempos en que permaneció parado y además, producto de un accidente doméstico que le ocasionó una limitación temporal, perdió la posibilidad de iniciarse en un nuevo trabajo. Ante esta situación de precariedad la responsabilidad del trabajo extradoméstico recae centralmente en su mujer. Ella trabaja en su casa replicando hortalizas y en ocasiones trabaja en las quintas carpiendo o replicando en la plantería.

El trabajo a domicilio es fuertemente valorado porque permite la permanencia en el hogar y la posibilidad de controlar/supervisar lo que hacen y les sucede a los hijos¹⁸. No obstante, en el último encuentro señala que, además de estas actividades laborales, está cuidando un niño en el barrio tres veces por semana de tardecitas; concurre con su bebe.

¹⁶ “... Y él dice “no son mis hijos”. Y yo le dije, “bueno está bien, yo trabajo entonces”, “bueno me dijo, si querés trabajar, trabajá”. Porque yo por mis hijos soy capaz de todo.” (María, 2012: 7)

¹⁷ “... de él que se fue de acá y me dejo con los chicos nunca supe. Ni se acuerda de sus hijos, si están enfermo si no están enfermos, si necesitan remedios, nada. A veces la abuela, los dejo ir porque es abuela porque si no, ni, no los dejo”.(Violeta 2012: 5).

¹⁸ “...No me voy a trabajar afuera estoy con mis chicos, a mis hijos los mando al colegio. Y la verdad que ellos vienen del colegio, me vienen y me dan una mano. (...) así nos ganamos nosotros nuestra planta en nuestra casa. (...) Estoy con mis chicos, le escucho llorar, le escucho gritar, les escucho todo a ellos, no voy a buscar un trabajo afuera. Estoy acá en mi casa y estoy con mis hijos. Antes que naciera la Jennifer y Owen estaba trabajando afuera...” (María, 2012:9).

En los otros casos las mujeres no realizan actividades extradomésticas aunque han tenido diversas experiencias laborales. Violeta trabajó cuidando chicos de vecinos y por las noches en un criadero de patos pelándolos. Su última actividad, que dejó a causa del embarazo, fue en una cooperativa. La enumeración de estas actividades muestra una historia de precariedades laborales que también se reflejan en otras instancias de su vida.

Asimismo, relata que su pareja prefiere que no salga a trabajar¹⁹ y se quede con sus hijos, esta imposición o arreglo familiar es aceptado y valorado desde su propia historia en donde “*siempre cuidé chicos de otros, ahora cuido los míos*”.

Azucena realizó diferentes actividades laborales que le permitieron conocer diversas condiciones de empleo (formal e informal). Al momento de contactarnos indica que no trabaja fuera de su casa aunque a veces compra y vende ropa interior entre conocidos. Ella califica su trabajo como una ayuda porque lo realiza de manera discontinua y condicionada por la posibilidad de ir a buscar la mercadería al centro de la ciudad de Buenos Aires como por las situaciones de salud de su beba.

Las tres familias presentan precarias condiciones de vivienda aunque heterogéneas en aspectos como los materiales de construcción (ladrillos sin revocar y madera en paredes; piso de tierra y/o cemento), las dimensiones de la vivienda (disponibilidad de cuartos según cantidad de miembros y una habitación exclusiva para cocinar), la disponibilidad de agua en el terreno.

En función de estos elementos la familia de Violeta se encuentra en las peores condiciones, su vivienda de madera y con piso de tierra sólo tienen un cuarto para realizar todas las actividades cotidianas (dormir, comer, lavarse). La familia de María también habitan una vivienda de madera pero disponiendo de una mayor amplitud ya que los dos cuartos para dormir están separados de la cocina, aunque esta última a raíz de las tormentas, perdió el techo. Azucena y su familia viven en una casa de material sin revocar por lo que la humedad interior hace que, a pesar de contar con una estufa eléctrica, sea fría. Dato que relevante a la hora de reflexionar sobre los problemas de salud de su hija más pequeña.

A diferencia de las otras familias, la de Violeta no cuenta con agua en su terreno/vivienda y todos los días ella o su pareja traen agua de la canilla comunitaria que se ubica a dos cuadras de la casa.

¹⁹ “... él no quiere que trabaje. Para eso estoy yo en la casa, me dice. Además, con la plata de las asignaciones acá yo trabajo. (...) y... la piloteamos, estamos ahí...” (Violeta, 2012:5)

Las viviendas de Violeta y María no cuentan con artefactos para calefaccionarse y cuando hace frío prenden fuego dentro de la casa o introducen brasas al interior del hogar. Esta costumbre es desalentada en diferentes ocasiones por el personal de salud por ser perjudicial para la salud de sus hijos.

Las trayectorias de atención de los niños/as

Las tres familias comparten la situación de que sus hijos/as menores de un año tuvieron problemas respiratorios y en ocasiones fueron internados. Sus experiencias de enfermedad, las trayectorias de atención, la construcción de significaciones en relación a ellas presentan ciertas particularidades que amerita presentarlas separadamente, a partir de una breve descripción, para luego señalar diferencias y similitudes entre las mismas.

Los relatos y la experiencia de la familia de Violeta

En esta familia focalizaremos en las hijas menores de un año aunque retomaremos algunos relatos sobre situaciones referidas a su otro hijo (3 años) porque permiten dar cuenta de las formas de identificación y resolución de padecimientos y del uso de otros recursos terapéuticos, que no son ponderados y usados con las menores de un año.

Las niñas, nacieron en el verano del 2012 antes de término y con bajo peso permaneciendo un tiempo internadas. Por eso algunos controles los realizo en el hospital, lugar donde también recibió la leche para ellas.

El traslado al hospital, ubicado en La Plata, lo realiza en micro y en ocasiones lo hace con el papá de las niñas. En las distintas charlas relata que su pareja la acompaña durante el embarazo y que también lo hace ahora porque “...son dos las que hay que llevar, por eso él va”; insiste en la presencia y la habilidades (“se da maña”) a pesar de ser padre primerizo²⁰.

“... ahora con las dos chicas chiquitas y a pesar de que él es primerizo, viste, es la primera vez que tiene. ... nunca tuvo un hermanito bebé, nada y... se da maña, y es baboso con las hijas. Se quiere quedar con las dos ahí, no quiere que las lleve, no quiere que le haga nada. Baboso con sus hijas” (Violeta, 2012: 5).

Los primeros encuentros conversamos sobre los problemas de salud de sus hijos, mencionando aquellos eventos que afectaron a sus hijos en diferentes momentos. En su hijo varón relata, entre otros, un episodio que designa como neumonía y por el que permaneció durante una noche internado. La primera explicación sobre el origen del padecimiento lo centra en cuestiones

²⁰ Es importante resaltar que esta apreciación debe ser tenida en cuenta en función de su anterior historia familiar donde el padre de sus otros hijos está ausente.

climáticas, aunque las referencias a las condiciones de su vivienda se fueron explicitando en los diferentes relatos²¹.

No obstante, el relato se centró en las niñas, seguramente por ser las más pequeñas y vulnerables tras haber identificado algunos signos que resultaron preocupantes (dificultades para respirar, tos, mocos y granitos en el cuerpo).

La presencia de granos en el cuerpo de las bebas, la identificación en otros familiares cercanos conjuntamente con el desconocimiento fue lo que motivo la consulta en el centro de salud. Allí le entregaron unas cremas para que aplicara a sus hijas y la convocan para el día siguiente. Al volver a la sala, la derivan al hospital donde quedaron internadas. Durante quince días o más, Violeta permaneció con sus hijas en el hospital, mientras que los otros hijos quedaron en su casa a cargo de su pareja y la familia de él.

El motivo de la internación, visto desde la familia, fueron los granitos. Mientras que desde el centro de salud, el personal médico indicó que es producto de la escabiosis²² y la coqueluche. Esto último, no es mencionado por el papá de las niñas y tampoco por los otros familiares. En encuentros posteriores con Violeta hizo referencia a la coqueluche pero sin poder precisar sobre ella. Ante esta situación nos preguntamos si ¿no lo identifican como problema de salud? o ¿si conocen la coqueluche como enfermedad y su posible estigmatización social?.

A su regreso del hospital, el relato sobre la internación no se circunscribió a la presencia de los granitos sino agrego el bajo peso que presentaban las niñas y resaltó el mejoramiento del estado de salud de sus hijas. La construcción de este tipo de percepción no coincide con la percepción médica que a determinados signos no sólo los traducen en enfermedad sino que los atribuyen a inadecuados desempeños maternos.

La experiencia en el hospital, más allá de la apreciación respecto de la atención recibida, constituyo un fuerte marcador que actúa condicionando las decisiones posteriores. Desde el lugar de la madre la internación hospitalaria es evaluada como agotadora, como más cansador de lo habitual, porque significa estar a tiempo completo al cuidado y atención de las niñas. Sólo

²¹ “... prender fuego dentro de la casa porque hace mucho frío y es la forma de calentarse”; “... en donde vivo ahora, con el viento se mueve y mi hijo rompió (agujereo) el plástico interior que recubre algunas de las maderas”.(Violeta, 2012).

²² Nombre científico atribuido a la sarna que se visibiliza en los granitos corporales

contaba con su pareja algunas tardes cuando las visitaba porque debía distribuir su tiempo entre el trabajo, el cuidado de los hijos de ella²³ y además respetar la reglamentación hospitalaria²⁴.

La situación de internación genera en las mujeres madres ciertas tensiones porque por un lado, potencia el rol de cuidadora de tiempo completo y recaen en ella ciertas tareas que la convierten en una auxiliar del personal de enfermería²⁵. Por otro, ubica a la mujer-madre en una situación de conflictividad respecto de sus otros hijos que “deja” durante ese tiempo al cuidado de otros que, aunque de confianza, no resulta lo mismo²⁶.

Los cuidados y prescripciones médicas no se limitan al momento de internación sino que requieren ser continuados en los hogares, hecho que se dificulta - por más sencillos que parezcan - por la precariedad de las viviendas y de su equipamiento. Tal es el caso de, hervir la ropa como medida prescriptiva ante la escabiosis cuando se cuenta con garrafa como combustible para calentar y no se tiene agua en la vivienda y/o terreno.

La consulta médica constituye para las familias una instancia de revisión y/o incorporación de formas de actuar que pueden ser replicadas en situaciones evaluadas como similares con los mismos y/o con otros sujetos. En este caso, la prescripción de nebulizaciones a las bebés son replicadas en otro hijo ante una situación de ahogo nocturno. Pero, en ocasiones la práctica médica se maneja bajo el supuesto de que las familias y/o mujeres tienen incorporado o conocen cómo debería realizar los tratamientos o cómo quieren ellos que los hagan sin tener en cuenta no sólo que los criterios médicos se modifican y no siempre son notificados a las familias sino que en muchos casos las familias no saben y el ser “consciente” de ello se convierte en algo vergonzoso y por tanto se inhiben de preguntar²⁷.

²³ “...No, no me dejaban. El hospital no me dejaba quedarme a mí, porque el hospital no quería que quede a la noche, solamente de día y nada más. (...) a veces iba. Porque tenía que trabajar, a veces me iba. (...) me quedaba con los chicos, me iba a trabajar, del trabajo me iba al hospital si tenía un blanco y venía, así. (...) Yo pedía permiso y me lo daban, pero si yo no llevaba un certificado, me descontaban el día... A veces, a veces no me daban nada, a mí y me descontaban lo faltado....” (pareja de Violeta, 2012:1)

²⁴ La presencia de los varones al momento de internación se limita al horario de 8 a 20 hs, impidiéndoles a ellos pasar la noche en el hospital.

²⁵ “...Estar con ella, cuidar a ellas, por ahí te dan un remedio que vos le tenes que dar y te dicen ‘a tal hora tenes que darle’ y vos tenes que darle la leche, estar ahí con ella. El otro día estaba con las dos, todo el día.” (Violeta, 2012: 7).

²⁶ “...me complica cuando uno queda internado, con los otros chicos me complica mucho. Porque si yo me quedo internada ellos ya se quedan acá en casa ajena, no. Vah!, y como uno no esta no sabe cómo están, no es que los traten mal, pero viste, no es como uno, no es lo mismo que estar conmigo. Son terribles, viste.” (Violeta, 2012: 7)

²⁷ “... está mala con más moco... le hago dos veces porque. O sea, le hago al medio día y después a las dos de la tarde también le hago porque está muy....Me dieron solución esa y las gotitas. Y cuando se termina que le haga hervir el agua y que le haga con ese, con el agua. Hierba el agua, la deje enfriar y que le haga con eso y con las

En ocasiones, la evaluación no satisfactoria de la respuesta biomédica o considerar que no hubo respuesta conducen a buscar y/o usar otras opciones terapéuticas. La identificación de un punto rojo en el cuello de su hijo, la percepción de que aumenta de tamaño transformándose en una “bolita”, la posterior “ruptura con salida de sangre” fueron signos que movilizan la búsqueda de atención en el campo de la biomedicina. Primero recurren al centro de salud, no sólo por su cercanía sino porque frecuentemente entregan la medicación prescrita, pero la ausencia de personal (médico y de enfermería) sumado al consejo de otros, motiva el autotraslado al hospital. Desplazarse al hospital significa, contar con el dinero para los pasajes²⁸, la espera del micro y un viaje de más de media hora. A pesar de esto, Violeta se moviliza e ingresa por guardia pero su hijo no recibe atención. Ella señala que “no atendían a nadie porque había unos infectados”, y vuelve a su casa sin ser atendido. No obstante, encuentra una respuesta favorable en las acciones implementadas por familiares, lo que denominamos como prácticas de autoatención²⁹.

En otras oportunidades en que la respuesta biomédica se considero poco efectiva asistieron a otros curadores, donde el diagnóstico y la curación se presentan como prácticas exclusivas de esas formas alternativas de atención y que no son condenadas y/o ignoradas por la biomedicina³⁰. Al igual que la atención en la salita, las prácticas alternativas ejercidas por conocidos/vecinos requieren una continuidad en el tratamiento y no generan ningún tipo de desembolso de dinero. Lo que se pondera es el efecto de cura que a su vez, discursivamente se lo refuerza con la distinción entre enfermedades reconocidas por el médico y aquellas que no lo son

“... lo llevé al doctor ese día y me dijo que no tenía nada, lo revisó todo y me dijo que no tiene nada. Y lo lleve a un señor ahí y me dijo que estaba re empachado. ... un señor ahí al lado cura, el empacho, lo lleve tres veces y ahora está bien. (...) él lo curaba con la cinta. Y ahora está bien....Tres días, según la hora que ellos te dicen, a la tarde o a la mañana igual. (...) ellos te dicen que eso no se paga, no se cobra, nada. ... El primer día que lo llevé ya empezó a jugar, porque él solo dormía no más. Y ahora está bien. ...”(Violeta, 2012:9)

gotitas. (...) porque el otro día me dio sólo la gotita y yo pensé que se usaba sólo eso, no más. No, no me dijeron. No, me dieron sólo las gotitas no más, bueno, yo pensé que era eso. Y me dijeron que no se van a curar nunca así, con las gotitas no más. Y ahí me dieron el agüita para poner con eso.(...) él va ir a pedir y si no voy el jueves cuando voy a hablarle voy a pedir más.” (Violeta, 2012:1)

²⁸ En ese momento el valor del pasaje en el transporte público (micro) con monedas y/o con tarjeta SUBE tenía el mismo monto de \$1,90 por persona.

²⁹ *“...el señor de ahí fue al comercio y compro agua oxigenada y un líquido rojo. Le puso eso y se curó. Lo curé con eso, ahora está bien”.* (Violeta, 2012)

³⁰ *“... que no tenía nada. Le revisó la garganta y todo y me dijo no tiene nada. Me dijo el médico, ‘Quedate tranquila que no tiene nada’. (...) ellos no te curan el empacho, capaz que te pincha todo los chicos pero no te curan el empacho. Él siempre fue así de empacho, de empacharse... En el pueblo había una señora que también cura el empacho y me iba hasta allá a llevarlo a él, a curarle”.* (Violeta, 2012:9)

La experiencia de María

En esta familia centraremos en los cuidados y formas de atención de los dos hijos más pequeños, recuperando los eventos respiratorios ocurridos antes del año, tanto en su hija de 2 años como en el varón que nació a inicios de este año.

Después de nueve años María inicia un nuevo ciclo de vida familiar, la vuelta a la maternidad la enfrenta a distintos eventos de enfermedad que hizo que no sólo desplegara sus saberes sino que revisara ciertas prácticas.

En el 2010, momento en que conocimos a esta familia, su relato se centro principalmente en la experiencia ante la neumonía de su hija que visibilizaba su mejoría luego de un tiempo.

La irrupción de ciertos signos (tos, moco, fiebre, inapetente) que lentamente se convirtieron en señales de alarma que llevó a tomar la decisión de actuar³¹. El primer camino lo constituyó el centro de salud donde recibe un diagnóstico (broncoespasmo) y como tratamiento la realización de vapores. El vapor efectuado por la madre no constituyó una práctica eficiente para la resolución del problema³².

Al observar y evaluar que la niña empeoraba³³ decide concurrir a una institución de mayor complejidad. El criterio de elección en esa oportunidad fue la cercanía ya que, en función de experiencias anteriores con sus otros hijos, se teme que los niños convulsionen a causa de la fiebre a lo largo del viaje. La concurrencia al hospital la realizó con su compañero porque evaluó que el estado de salud de la niña podía ameritar el traslado a una institución especializada.

El acompañamiento del padre de la niña adquiere dos significados para la mujer, por un lado como una compañía, en el sentido de sentirse acompañada; por otro, como una forma de familiarización con los circuitos de atención a la salud³⁴.

³¹ “(...) después de mucho tiempo yo la tuve de vuelta a ella, yo no quería que ella lllore, no quería hacerla sufrir tampoco y no le hacía nada yo. La tenía a upa nada más, así hasta que de golpe se me atacó demasiado...” (María, 2010:1)

³² ... Con agua caliente en la olla, y le tapo con un toalla la cabecita y la dejo horas hasta que le destape la nariz, que tiene todo la nariz atrancada así. Y así la tenía, pero semanas. ...mucho tiempo. Después le agarró la bronquiolitis, primero. Después, le agarró la neumonía. (...)...la pediatra que la atiende a ella me dijo que le haga los vapores.” (María, 2010:1)

³³ “... No mejoraba ella. Porque ella ya estaba muy atacadita del broncoespasmo que tenía, estaba muy atacada ya... fui por guardia porque ella demasiado, tuvo fiebre...” (María, 2010:1)

³⁴ “... de golpe se descompuso y yo tenía miedo de irme sola. Porque por ahí me trasladaban al Hospital de Niños. Porque él no conoce mucho acá. Yo hace poco que me junté con el muchacho de vuelta. No conoce nada porque no es de acá el muchacho. Entonces si me trasladaban al Hospital de Niños, por ejemplo, él no sabe nada. Entonces se fue conmigo.” (María, 2010:2)

En el hospital le realizaron una placa radiográfica que, valoradas por la madre, legitiman el nombre de otra enfermedad (Neumonía). No menos importante y valorado fue el suministro inmediato de la medicación como la adquisición de la misma para la continuidad del tratamiento en su hogar³⁵. Además de que recibió una serie de recomendaciones para manejarse en su casa, las que ponen al descubierto que las causantes de la enfermedad están fuertemente relacionadas a condiciones materiales de existencia³⁶.

En el 2012 nos encontramos con esta familia luego de la internación por coqueluche de su hijo de 2 meses. La situación vivida a raíz de este padecimiento generó en la madre un estado de angustia y enojo cuyos variados motivos pueden ser leídos en términos de un cuestionamiento al sistema de salud, tanto en lo que hace a su funcionamiento como a la práctica médica.

Si bien la madre, principal encargada de los cuidados y atención, posee una amplia experiencia para manejarse en las distintas instituciones de salud pública y a través de sus otros hijos adquirió un conjunto de saberes para hacer frente a los problemas respiratorios de los pequeños³⁷; en esta situación particular se encontró que las acciones que realizaba ante el ahogo del niño ya no eran eficaces³⁸ imponiéndose la consulta al centro de salud, lugar al que acuden particularmente por la proximidad a su hogar más que por sentirse conformes con la atención. Posteriormente, por sugerencia del personal de la sala, se traslada al hospital de niños donde no sólo le informan que su hijo queda internado de urgencia sino que además le otorgan un nombre al padecimiento.

³⁵ “... le pusieron supositorio para bajarle la fiebre un poquito, esperaron un rato y después me dijeron ‘bajate a rayos que le sacamos una placa, vamos a ver qué es lo que tiene la gordita’. Y ahí bueno, bajé a rayos, le saque la plaquita y tenía la neumonía ya. Le empezaron a dar los medicamentos que ella está tomando, como tres, cuatro remedios. Dos clases me dieron: corticoides y no me acuerdo. (...) me explicaron todo. Un corticoide, uno que no sé cómo se llama, ese tomaba cada doce horas y el otro cada seis horas, era una gotita chiquitita también. Y después de eso tenía que hacerle el paf.(...) ... me explicaron todo cómo tenía que hacer. Tenía que apretar bien en la cosa, y enjuagar siempre eso con agua caliente o con lavandina, que no se tapara con nada y tirarle primero un cosito y después sacar el aire. Después, hacerle el segundo, el tercero hasta con la aerocámara.” (María, 2010:2)

³⁶ “... me dijeron que ella ya estaba bien, tenía que tenerla cuidadosamente no más. Que no tome mucho frío, que no ande cuando hay mucho viento a fuera. ... me dijo también que no tengo que prender mucho carbón acá. Carbón si tengo que prender tengo que dejar todo afuera y después recién lo tengo que meter. Por más que la casa tenga mucho aire, pero igual a una bebe que ella sufre de los pulmones desde chiquitita, le hace mal eso. (...) Y yo prendo carbones y cuando se prende todo así y meto acá dentro con las piedras, tengo una chapa así. (...) humea mucho, también. Pero si no tenés estufa y no tenés carbón, la verdad que hace un frío.” (María, 2010:4).

³⁷ “...toda mi familia son, que ellos sufren de que no pueden respirar...” (María, 2012:2)

³⁸ Tanto la madre como la hija de 14 años señalan “Madre: Se ahogo. Y tomo la mamadera y mi hija me dijo “mami, se ahogó el bebé”. Un día domingo fue esto.

Hija: el nene estaba jugando conmigo y después yo lo deje en la cama, y se puso, hizo “cos-cos” y se puso todo morado y mamá me dice “hacelo eruptar, viste” yo le hago así

Madre: no reacciono.

Hija: y le hago así y seguía morado, lo pongo acá más morado. Mamí, mami, mami estaba haciendo la comida, dejo la comida, le digo el bebé no reaccionaba. ..” (María, 2012)

“...Yo lo llevé a la pediatra que me dijo “llevalo al Hospital de Niños” y me fui un día al hospital de niños que le encontraron al bebé, tos convulsa, coqueluche. ...Yo cuando llegué al Hospital de Niños, ¿sabés que me dijo? la doctora que me atendió allá, sabés que me dijo “a tu hijo lo internamos urgente”. “¿Por qué?” le digo, “a tu hijo le falta el aire, le tenemos que poner oxígeno para que pueda respirar mejor”. Eso no me dijo la pediatra de allá donde me atendió le dije. Ah!, no sé, me dijo, ya lo internamos. Lo internaron. Me quedé cuatro días. A los cuatro días me dieron el alta y tuve que venir con el paf, con antibióticos y encima a todos estos le dieron de tomar medicamento hasta a mí. ... porque supuestamente, la tos convulsa le puede agarrar a toda la familia que está acá... supuestamente, así que Hija: a todos nos pusieron vacunas también, a mí me pusieron tres”.

....lo sigo controlando, pero el nene está igual sigue tosiendo y tosiendo. Seis meses dice que le dura eso, la tos convulsa. ¿Es verdad o no?.” (María, 2012:2)

La imprevista internación, la designación de la enfermedad con la limitada información brindada y los procedimientos técnicos indicados para el grupo conviviente³⁹, sumado a que no se observa una mejoría⁴⁰, genera en ella un fuerte malestar que lo expresa en su disconformidad con la atención recibida pero resaltando su apreciación respecto a cómo deben los médicos atender a los bebés⁴¹ y cuestionando el papel de cuidadora que le adjudican como madre.

En sus relatos se visualiza un cuestionamiento al rol de madre cuidadora y su naturalización que expresado en “... a pesar que estuvo ya internado, lo tengo que cuidar yo, yo por mi cuenta siendo mamá?...” (María, 2012:1), puede ser leído no sólo porque no visibiliza una mejoría en su hijo a pesar de los esfuerzos realizados por ella y su familia sino porque se siente sola en el cuidado de la enfermedad de su hijo (“... yo sola, el papá no fue...”).

Los relatos y la experiencia de la familia de Azucena

En esta familia ponderaremos la experiencia materna con su beba que fue internada en varias oportunidades durante los primeros meses de vida. Se trata de una madre que no sólo tiene

³⁹ La institución de salud solicita a la totalidad de los integrantes del hogar que se efectúen los controles y vacunaciones pertinentes. Este tipo de acción involucra al personal de la unidad sanitaria que localiza a la familia y realiza en domicilio o lo cita al centro de salud.

⁴⁰ “... Me fui de vuelta y el nene tiene el mismo problema. Mañana voy a ir y decir mi hijo sigue con este mismo problema?, mañana voy de vuelta y le digo?... (...) Yo lo llevé ayer al Hospital de Niños a mi hijo porque lo veía mal. Yo, me fui por mi cuenta. ... toma toda la mamadera, empieza tomar la mamadera y tose, y se ahoga. Ayer lo llevé y estaba de paro...” (María, 2012)

Hija: Yo ahora lo veo más mejor. Porque ayer no se dormía todo el tiempo tosía y se ahogaba, lo tenía que tener siempre acá arriba o en brazos porque si no se ahoga...” (Marta, 2012: 4)

⁴¹ “... no estoy conforme, ¿sabés por qué? No estoy conforme, porque siendo pediatra, una pediatra para atenderme bien a un bebé tiene que escucharle toda a la criatura, una pediatra. Le tiene que hacer, escuchar de pie a cabeza. ¿qué cosas tendría que hacer la pediatra? Siendo pediatra tendría que atender, escuchar el latido del corazón de una criatura, si está bien del oído, la criatura cómo esta de la panza, cómo de los piecitos, todo, todo, tenía que escuchar. Todo, todo, tendría que atenderle. La pediatra nada más, por darte un ejemplo, escucha el pulmón. ¿Sabés que me dijo esa pediatra? “comprate la solución fisiológica y le ponés gotitas en la nariz de tu hijo porque yo no lo escucho –me dice- que tiene algo en los pulmones”. Y si el nene no podía ni respirar, todavía no puede respirar, ¿por qué lo internaron a él? Porque no podía respirar, le faltaba oxígeno, le agarró taquicardia al nene. ¿Ella me dijo que le agarró taquicardia al nene? No. Yo en el Hospital de Niños me enteré eso también.” (María, 2012: 3)

experiencia en cuidados infantiles adquiridos con sus otros hijos sino que, a diferencia de las otras madres, el personal del centro de salud la identifica como una mamá que cuida a sus hijos, “*una mamá avispada*”, desconcierta los reiterados episodios respiratorios de su niña.

En los primeros relatos de Azucena imperó el no saber qué hacer y cómo manejarse por tratarse de una situación nunca vivido con sus otros hijos pero tras las diferentes consultas y las experiencias recurrentes de internación la convirtieron a en una experta cuidadora y una observadora atenta del estado de salud de su hija. Al punto de manifestar que en su hogar es sólo ella, y no su pareja, la que reconoce que su niña no está bien

“... noto cuando respira más rápido, mi marido me dice ‘cómo te das cuenta, para mí está bien’... le digo ‘no ves que ella respira de otra manera, aparte es como que se desespera más para respirar, ¿no te das cuenta?’, ‘no’ me dice. No te das cuenta... le dije a mi marido, si sigue así mañana la voy a llevar al hospital porque no, tiene esos moquitos”. (Azucena, 11/6/2012:5)⁴²

La presencia de una tos fuera de lo común constituyó uno de los primeros signos que motivaron la consulta a la sala, donde le diagnosticaron bronquiolitis y la realización de nebulizaciones con salbutamol cada seis horas. Tanto el diagnóstico como el tratamiento eran por ella conocidos por haberlo experimentado con su otra hija. La diferencia que marca, poniendo en tela de juicio sutilmente el diagnóstico asignado, es que en el caso de su beba no hubo fiebre⁴³. La fiebre constituye una señal de alarma para las madres en tanto se lo considera como una desregulación orgánica que indica, particularmente en los pequeños, que algo no anda bien.

La persistencia de la tos que cada vez se hace más fuerte, conjuntamente con otros signos evaluados como más alarmantes, como el cambio en el color de la tez “*se ponía moradita, se puso moradita*”, fueron claves para buscar otro tipo de respuesta en el marco de la biomedicina. El lugar de referencia elegido lo constituye el hospital de niños, al que acude para confirmar el diagnóstico pero también aprovechando la posibilidad de realizar otros estudios específicos (ojo y

⁴² En otra oportunidad señala “... *la lleve como estaba muy agitadita y que le costaba respirar. De eso me di cuenta, mi marido me dice ‘yo la veo bien’.* No, yo no la veía bien, porque ya me había pasado la primera vez. Ya sabía, entonces le digo a la doctora: “*¿le puedo hacer un rescate?, le digo cualquier cosa, si me llega a pasar en mi casa*”, “*sí, hacele un rescate hasta que vayas al hospital*” me dice.” (Azucena, 24/6/2012:2)

⁴³ “... *como es un problema de los bronquios, es una infección, debe ser yo digo que tendría que tener fiebre. Pero no, no tuvo fiebre, no tuvo fiebre. Eso es lo más raro que me pareció, que no haya tenido fiebre y haya tenido bronquiolitis.*” (Azucena, 11/6/2012:1).

oído) generalmente prescriptos. El autotraslado, realizado con sus hijos más pequeños⁴⁴, la enfrenta con la sorpresa de que debía quedarse internada con su hija.

La sorpresiva situación para lo cual no estaba preparada requirió activar sus redes de relaciones familiares y vecinales, tanto para organizar su estadía en el hospital como para resolver las cuestiones del hogar en la que es la referente principal. Esto contrastó con la segunda internación donde si fue preparada⁴⁵ para una posible internación pero sin dimensionar, en el momento de la partida, la gravedad por la que atravesaba su hija⁴⁶.

En esa ocasión, la madre inició las primeras acciones en su hogar retomando aquellos procedimientos (PAF, sacar mocos con perita) que le habían indicado en las consultas anteriores. Nuevamente, al observar que no eran efectivos y detectar el incremento de dificultades para respirar decide concurrir a la guardia del hospital más cercano al domicilio. La respuesta institucional otorgó un diagnóstico, que no difería de los anteriores, le realizaron un procedimiento de rescate, le entregaron la medicación conjuntamente con las instrucciones para su autoadministración y la enviaron a su casa; el personal de salud estaba de paro⁴⁷.

Las prácticas efectuadas pos guardia no alcanzaron los resultados esperados por lo que, recuperando el consejo médico, se autotraslada al hospital de niños. En esta ocasión el desplazamiento a la institución lo hace en el micro de línea que efectúa el recorrido por los hospitales y cuya demora es de aproximadamente más de una hora. Al arribar a la institución y detectar que el estado de salud de su beba empeoraba, al evaluar la necesidad de una pronta

⁴⁴ “...Porque yo me fui con ella y el más chico, el de seis años. Ese día no tuvo clases, entonces me lo llevé conmigo. Cuando llegamos allá, el nene estuvo conmigo desde las ocho, diez, nueve de la mañana que me atendieron, hasta las seis de la tarde que mi marido llegó” (Azucena, 11/6/2012:2)

⁴⁵ El estar preparada significa no sólo prever la organización del hogar sino desplazarse con los insumos necesarios (ropa, pañales, leche, etc.) para una estadía en el hospital.

⁴⁶ “... cuando llegué allá ya tenía los ojitos para atrás, ya prácticamente no tenía vida. Me quise morir, re feo. (se angustia y empieza a llorar). Re feo porque lo que ella está ahora nada que ver a lo que ella estaba. Le pusieron el oxígeno al 100% dos días estuvo, dos días al 100%. No quería levantar, no quería levantar se quedaba ella, sentía que se quería quedar así ella. Después le bajaron a 50 porque saturaba 86, 84, con oxígeno. Entonces, después a los dos días le bajaron al 50%, ya ahí empezó a tener color en la piel, tomaba leche con la bomba, tomaba.” (Azucena, 24/7/2012:1).

⁴⁷ “... como estaban de paro me dicen ‘mirá es una bronquiolitis, no te la puedo internar porque estamos de paro. Así que llevála a tu casa’ le hicieron una serie de veinte minutos de paf durante dos horas, le hicieron un rescate, la animaron otra vez. Me dijeron ‘andate a casa, cualquier cosa te vas directamente al Hospital de Niños’. Me dio eso, me dio gotas de para, de corticoide, me dieron ocho gotas cada seis horas. Y bueno, yo le hice todo eso el domingo a la noche y ya el lunes a la noche, el lunes para el martes ya estaba que no tomaba la leche, la devolvía toda, estaba ya que no podía respirar más. Le costaba respirar mucho. Eso fue el lunes para el martes.” (Azucena, 24/7/2012)

atención, la madre recurre al argumento de la derivación hospitalaria como garantía de la atención, *“estaba hasta las manos, no tenía vida”*.

En un contexto de paro y lucha gremial del sector salud, la respuesta rápida apelando a la derivación institucional muestra no sólo la puesta en acción de los saberes para identificar señales de alarma y demandar atención, sino también evocan las experiencias y aprendizajes respecto a cómo manejarse institucionalmente y lograr que se hagan efectivas las decisiones en situaciones de adversidad.

La situación de internación de un hijo/a moviliza las redes de cuidado, particularmente aquellas que brindan la posibilidad de sostener la continuidad de la estructura organizativa del hogar que involucra a otros miembros que también requieren la asistencia de otros. Para el varón, único ingreso familiar, se convierte en un problema no previsto porque requiere compatibilizar su actividad laboral con aquellas cuestiones que no está habituado y que tiene que asumir, como son el cotidiano escolar de los hijos y las tareas diarias del hogar. En su relato, producto de una conversación en la unidad sanitaria, el marido de Azucena señala que ante situaciones como las que están atravesando hay un fuerte replanteo de las cosas, una priorización de los hijos permitiéndose, a pesar de la necesidad y el incremento del gasto, ausentarse del trabajo.

En la primera internación, no sólo fue la madre la que estuvo en contacto con los médicos sino que su pareja también se interiorizó de primera mano sobre el estado de salud de su hija. La preocupación del padre no sólo refería a la causalidad de la enfermedad (en términos de origen, del por qué de las causas) sino que pragmáticamente se apuntaba a cuáles deberían ser los cuidados que esa niña requería *“...hacemos lo que podemos, nosotros queremos que este bien...”* (Esposo Azucena 13/7/2012)

Al decir de la madre, los consejos médicos para el cuidado se dirigieron principalmente a la higiene ante el contacto con la beba⁴⁸, aunque la preocupación familiar apuntaba más a la cuestión de infraestructura de su vivienda, *“... Yo le había preguntado a una doctora de ahí si tenía que hacer un arreglo especial en mi casa, porque yo tengo piso de cemento todavía y a veces levanta mucho polvo, las cosas se llenan de tierra. Afuera tengo calle de tierra, tengo la mitad de material y la mitad de casilla. Qué podía hacer con la estufa, o si puedo poner una salamandra, algo. Me dijo que todo, pero lejos de ella, que ella no absorba nada...”* (Azucena, 11/6/2012). Cosas estas que el saber médico no ignora, aunque no las priorice, pero ante las que se siente impotente.

⁴⁸ *“...nos acerquemos a ella tenemos las manos limpias, no toser sobre ella, no fumar sobre ella, todas esas cosas, acá nadie fuma.”* (Azucena, 2012)

En la segunda internación, cuyo tiempo de estadía fue más prolongado involucrando activamente en la atención a la madre, el lugar del padre se circunscribió a visitas intercaladas por la tarde y al cuidado diurno en su día de franco. Esto último permitió que Azucena momentáneamente se desentendiera y pudiera volver un rato a su casa para compartir ese tiempo con sus otros hijos y encargarse de las actividades domésticas delegadas.

El argumento acerca de la breve presencia masculina en la situación de internación remite por un lado a cuestiones de índole institucional ya que el hospital no permite, salvo justificadas excepciones, la permanencia masculina durante la nocturnidad. Por otro, a las obligaciones laborales que a su vez, encubre y reproduce asignaciones de género que se expresa en el hecho de que son bebés y que la madre es por naturaleza más práctica en cuestiones de cuidado y atención. Cuando los familiares no comparten el barrio y/o sus obligaciones laborales hacen que no tengan disponibilidad horaria, el sostenimiento y organización del hogar se resuelve a través de las relaciones de amistad y vecindad que se combinan con una mayor presencia de la figura paterna. En caso de contar con parientes próximos como las abuelas depende fuertemente de la relación afectiva/emocional que se mantenga y con la edad y situación de salud de las mismas. Otros familiares como hermanos/as, cuñados/as se convierten en potenciales prestadores de cuidados aunque los compromisos laborales, disponibilidades horarias y la distancia hacen que no sean un recurso disponible con seguridad. No obstante, su presencia a través de llamadas telefónicas y/o visitas de control, alivian a la madre que se encuentra recluida en el hospital⁴⁹.

4.- Reflexiones Finales

⁴⁹ “... el jueves le dieron franco a mi marido por el tema de la internación de ella y los chicos estuvieron ese día acá. Después, estuvieron un día en Quilmes, que los cuidó mi suegra... todos somos de Quilmes, yo también, Yo tengo a toda mi familia en Quilmes. Mis hermanas todo, mi sobrinos, todos tengo en Quilmes, mi mamá. Estuvieron un día en la casa de mi suegra y después se quedaron acá con una chica que los cuida. Ella se quedaba acá, todo el día con los chicos. Bueno, ese jueves fueron a la escuela y los cuidó a la tarde. ... ella los iba a buscar. Y el viernes no tuvieron clases nadie porque había paro en la escuela. Viernes y sábado estuvieron con ella. ... Todo el día. Los cuatro días estuve allá, no volví. Llamaba, así cómo estaban, si necesitaban algo. Trataba de avisar a mi familia de Quilmes que llamen o que si puedan venir, porque tengo mis dos cuñados, mis dos cuñados tienen auto, entonces ellos venían, pasaban y veían si estaban bien los chicos...(...) No, mi mamá trabaja, mi mamá está allá, ella está en su casa, ella se formó otra familia. Llamo yo o ella me llama de vez en cuando. Con la que tengo más contacto yo es con mi suegra. Ella, de cuidar no, porque es una mujer mayor de edad, ya.... si ella no viene yo se los llevo porque está por operar ahora. Viene, la trae mi cuñado que tiene auto la trae porque no puede caminar mucho, ella. Pero yo tengo más contacto con ella. ... Si yo tengo que ir al Hospital de Niños no puedo ir hasta Quilmes y después irme. Entonces yo los dejo acá con mi vecina. Y tengo a mi hermano que vive acá, a cinco, seis cuadras. (...)Pero él vive allá, trabaja todo el día, trabaja en una empresa y tiene la mujer que tiene tres chiquititos también. A veces los cuido yo o ella me los cuida..” (Azucena, 11/6/2012:3).

En el análisis de las trayectorias de atención que las familias realizan ante eventos de enfermedad de sus hijos/as se presentaron algunos elementos que valen la pena destacar por sus semejanzas y también por las diferencias.

1.- la edad de los niños/as (menores de un año) explica la importancia que adquiere para las madres la atención biomédica ante eventos de enfermedad. En todos los casos siempre se buscó en los servicios de salud una respuesta ante los problemas respiratorios de los bebés. Las prácticas de autoatención realizadas exclusivamente por las madres siempre recuperaron las indicaciones médicas y la visibilización de su poca eficacia condujo a servicios biomédicos de mayor complejidad. Por lo que se puede advertir la fuerte incidencia de la biomédicina (medicalización) en esta etapa de la vida.

La mención de prácticas alternativas aparece como una segunda vía en niños mayores de tres años y ante síntomas en que la medicina alopática no brindó una respuesta satisfactoria.

En los casos analizados se pueden apreciar las lógicas maternas en la autoatención de sus hijos pero también cómo la práctica médica institucional opera a través de indicaciones técnicas y normativas morales que ponderadas por las familias son selectivamente elegidas, recuperadas pero también omitidas en función de sus factibilidades estructurales.

2.- La experiencia de internación para las madres, más allá de las cuestiones emocionales que esta genera, se constituye en una sobrecarga de cuidado y atención porque implica un estar a tiempo completo con sus hijos/as no sólo realizando actividades que efectúa en el hogar (y que a veces cuenta con la colaboración de otros) sino también realizando actividades de atención y enfermería.

Asimismo, cómo se sobrelleva esta situación está fuertemente relacionada con el apoyo/acompañamiento (presente o ausente) de la pareja, la edad de los otros hijos, las redes de ayuda que se pueden desplegar para organizar el cotidiano de los que quedan en el hogar, y los recursos disponibles para sostener la “doble vida” hospital/hogar.

3.- El rol de madre como cuidadora está tensamente arraigado ya que se expresa como una cualidad vinculada a la maternidad y con virtudes referidas al hecho de ser mujer, pero pareciera quebrarse esa naturalización del rol cuando no son efectivas las acciones realizadas y/o se lo afronta de manera solitaria. Se podría pensar que la corresponsabilidad entre varones y mujeres en el cuidado y atención de los niños/as se torna central en tanto permite distribuir tareas y descomprimir tensiones en la mujer.

Bibliografía citada

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

Esteban, M. L (2006) “El estudio de la Salud y el Género: Las ventajas de un enfoque Antropológico y Feminista. Salud Colectiva. Vol. 2 N° 1 (enero/abril), pág. 9-20. Argentina.

Haro Encina, J. (2000): “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud”. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (eds) “Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina” Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

Lódola, A; Brigo, R. (2011): “Diagnostico socioeconómico de La Plata y sus centros comunales”. Departamento de Economía Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de La Plata. Serie Documentos de Trabajo. Documento de Trabajo Nro. 87. Julio 2011. www.depeco.econo.unlp.edu.ar

Menéndez, E. (1983): “Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud”. En: Cuadernos de la Casa Chata N° 86, CIESAS, México.

Menéndez, E. (2009): “De sujetos, saberes y estructuras”. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Editorial Lugar, Bs As., Argentina.

Osorio Carranza, R. (2001): “Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. CIESAS-INI-INAH, México.

Weingast, D. (2010): “Saberes y cuidados de la salud infantil en hogares pobres, una tarea de mujeres.”. Publicado en el CD Rom de las VI Jornadas de Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP

Weingast, D. (2011): “Prácticas de autoatención ante problemas respiratorios en población infantil pobre”. Publicado en el ebook de las III Jornadas de Antropología Social del Centro. http://www.soc.unicen.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=105:area-editorial&catid=46:area-editorial&Itemid=104