

Mortalidad infantil
un nombre, un rostro,
una familia

Ciclo Básico Común

Director: Alberto Fernández

Oficina de Publicaciones del CBC

Coordinación General: Ernesto Abramoff

Dirección: Darío Sztajnszrajber

Dirección de Arte: María Laura Piaggio

Relaciones Institucionales: Martín Unzué

Diseño de interior y tapa: María Laura Piaggio

Diagramación: Juan Spinnato

Imagen de tapa: *Maternidad* de Alberto Klix, 1972.

Primera edición: noviembre de 1997

© Oficina de Publicaciones del CBC

Universidad de Buenos Aires

Ciudad Universitaria - Pabellón III - P.B.

(1428) Buenos Aires, Argentina

Tel.: 780-1546 / fax: 786-5601

ISBN 950-29-0483-4

Queda hecho el depósito que establece la ley 11.723

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su almacenamiento en un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio electrónico, mecánico, fotocopia u otros medios, sin el permiso previo del editor.

Mortalidad infantil **un nombre, un rostro,** **una familia**

MONICA SACCHI



FLACSO

Facultad Latinoamericana
de Ciencias Sociales
Buenos Aires / Argentina



Oficina de Publicaciones del CBC
Universidad de Buenos Aires

*Estamos enfermos de muchos errores y
de otras tantas culpas, pero nuestro
peor delito se llama abandono de la
infancia.*

Descuido de la fuente de vida.

*Muchas de las cosas que necesitamos
pueden esperar.*

EL NIÑO no.

*El está haciendo ahora mismo sus huesos,
criando sangre y ensayando sus
sentidos.*

A él no se le puede responder: Mañana.

El se llama Ahora.

Gabriela Mistral

CONTENIDOS

Presentación	9
Prólogo	11
Agradecimientos	13
Capítulo 1: Introducción	15
Capítulo 2: La mortalidad infantil, un problema social	19
Capítulo 3: Metodología	27
Capítulo 4: Esteban	31
Capítulo 5: Jimena	45
Capítulo 6: Micaela	57
Capítulo 7: Gabriel	73
Capítulo 8: Rosario	87

Capítulo 9: Mariana Daniela	103
Capítulo 10: La familia	123
Capítulo 11: La salud, la enfermedad y los sistemas de salud	129
Capítulo 12: A modo de conclusión	135
Capítulo 13: Caminos recorridos y por recorrer	145
Anexos	
Mortalidad infantil	151
La situación de Salta	165
Bibliografía	177

PRESENTACION

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) es un organismo intergubernamental, regional y autónomo creado en 1957 a instancias de la UNESCO para desarrollar la docencia de posgrado y la investigación de campo de las ciencias sociales. Actualmente participan de su conducción 13 países de la Región. La sede Argentina comenzó a funcionar a partir del año 1974 e inició su programa de Maestría en Ciencias Sociales con diferentes orientaciones en el año 1979. Desde entonces ha aportado a formar en el más alto nivel de excelencia académica a numerosas generaciones de científicos sociales. Uno de los principales objetivos de los programas de maestrías es posibilitar la formación de investigadores a través de una sólida capacitación teórico-metodológica y de la producción de tesis que signifiquen un serio avance en el conocimiento y la reflexión sobre la realidad social de nuestro país y Latinoamérica.

Coincidiendo con el 40 aniversario de su fundación, la sede académica FLACSO-Argentina da inicio a una nueva colección de publicaciones. En ella se incluirán un conjunto de tesis que por su calidad académica, originalidad de perspectiva y pertinencia de la temática abordada pueden aportar sustantivamente al desarrollo del conocimiento científico y a la solución de las problemáticas sociales que enfrenta nuestra sociedad.

El texto que se presenta en esta oportunidad ha sido elaborado por Mónica Sacchi como requisito para la obtención del grado de Master en Ciencias Sociales con orientación en Sociedad y Servicios de Salud. El jurado académico que lo ha evaluado recomendó fervientemente su publicación por con-

siderar que significa un serio aporte al conocimiento de la realidad de las problemáticas sanitarias que afligen no sólo a la población de la región estudiada, sino al conjunto de la sociedad argentina. Esperamos que su publicación posibilite que este importante trabajo llegue a manos tanto de quienes estudian e investigan en este campo, como de quienes deben elaborar y gestionar políticas sobre estas temáticas.

Daniel Filmus
Director FLACSO
Sede-Argentina

PROLOGO

El presente trabajo de investigación es, a mi criterio, un valioso estudio epidemiológico (lo que está encima de los pueblos, lo que le pasa a la gente), realizado desde una visión distinta y novedosa respecto a numerosos estudios que habitualmente se realizan para determinar las causas de mortalidad infantil. La autora logra a partir de la entrevista a familias, mostrarnos los factores que en nuestra comunidades urbanas del norte Argentino, y casi con toda seguridad en muchas comunidades latinoamericanas, condicionan la vida y la calidad de vida de los niños.

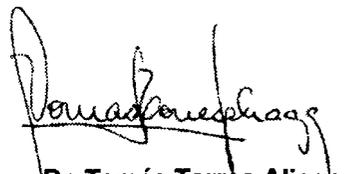
Desde la experiencia histórica de cada familia, desde el relato de cada madre entrevistada, se logra tejer la increíble e injusta trama de factores sociales, familiares, económicos, laborales, educativos, culturales y políticos que interactúan permanentemente quitándole oportunidades a nuestros niños para su más completo desarrollo en pleno bienestar.

De esta forma el libro logra mostrar a los niños injustamente fallecidos a temprana edad, con nombre y apellido, con sus amores, sueños y sufrimientos, haciendo visible lo que los números, las estadísticas ocultan, niños de carne y hueso. Se palpa además el sufrimiento de las madres, la incomprensión y pena de sus hermanos y muestra incluso las fantasías que rondan en la vida familiar desde la experiencia de la muerte de un bebé.

Por esas cosas lindas de la vida me tocó conocer esta tarea de investigación y a su autora, en oportunidades de mi trabajo con los Agentes Sanitarios del Area Capital de Salta. En cada instancia evaluativa y en el análisis permanente de cada niño fallecido, surgía el urgente desafío de

profundizar el estudio multicausal de tales muertes, y el análisis de la calidad de vida de los que lograban sobrevivir, permaneciendo presentes los mismos factores que llevaron a la muerte a sus hermanos. Mónica Sacchi con su respeto habitual, participaba de esas instancias de reflexión y mostraba su inquietud por profundizar el estudio de factores que no se ven reflejados en un informe estadístico de Atención Primaria. Hoy veo hecho realidad su sueño y, por qué no, el mío propio. Su trabajo es un aporte fundamental para quienes trabajamos por la gente desde la estrategia de APS y sin lugar a dudas para quienes desde los ámbitos de gobierno tienen la responsabilidad de planificar el bienestar y desarrollo de tantos niños excluidos de elementales derechos.

También es de gran valor este trabajo para quienes desde todas las ciencias, y desde la tarea concreta, han asumido un compromiso con los que sufren, con los excluidos, con los marginados del saber, el poder y el tener, en especial por los niños que son los pobres entre los pobres.



Dr. Tomás Torres Aliaga
Obra Claretiana para el Desarrollo
OCLADE
Humahuaca

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo pudo ser posible porque hubo muchas personas, conocidas y desconocidas, que brindaron su aporte y ayuda y que estuvieron presentes a lo largo de su desarrollo. Este es el lugar y el momento para mencionarlos, como un justo reconocimiento por su apoyo.

Gracias especialmente a mi familia, a Chris por el inmenso apoyo, ánimo y estímulo que hizo posible la materialización de este libro. A mis hijos Santiago, Martín y Javier por la paciencia, la comprensión y sobre todo el afecto, base de cualquier emprendimiento.

Gracias, a María Eugenia, André (que ya no está), Ana, Liliana, Sonia, Eugenia, Ana María, Mónica y Tomás. Todos a su manera, me motivaron, me aconsejaron, me estimularon. A Mariana de FLACSO por la dedicación y diligencia, a pesar de la distancia.

Gracias, a los Supervisores de los Centros de Salud, al interés y disposición de los agentes sanitarios, al tiempo dedicado por el personal y los responsables del Programa de Atención Primaria de la Salud.

Particularmente gracias, a cada una de las madres entrevistadas, que me abrieron su casa, me brindaron su tiempo y me permitieron compartir sus sentimientos, aun sin conocerme. A ellas, especialmente a ellas, va dedicado este trabajo y con él mi más sincero agradecimiento.

INTRODUCCION

La Mortalidad Infantil es un indicador por excelencia del proceso de salud-enfermedad de una comunidad. Por ser el grupo etéreo más expuesto y a la vez más vulnerable a la multiplicidad de factores que la condicionan, muestra el nivel de desprotección de un vasto sector de la población. Es el que refleja mejor que otros indicadores, la relación entre pobreza y salud.

Desde ya hace muchos años se afirma sobre la estrecha relación entre los factores socio-económicos y la mortalidad infantil. Muchas han sido y siguen siendo las estadísticas que muestran esta realidad en forma cruda y contundente (UNICEF, 1993).

Pero existen también otros factores que juegan un papel determinante en el fenómeno que se considera y que están directamente relacionados a las condiciones socioeconómicas, como son el estilo de vida (que remite a las costumbres, actitudes, modelos culturales que condicionan las conductas individuales) y la accesibilidad al Sistema de Salud (tanto geográfica, como económica y cultural).

Pero mucho más allá de lo que las tasas y estadísticas puedan decir, se quiere ver en lo particular y concreto, la influencia de esta multiplicidad de factores.

En la provincia de Salta, con una tasa de mortalidad infantil muy superior a la media nacional, las causas son en primer lugar, las infecciones respiratorias agudas y en segundo lugar las diarreas. Ambas prevenibles y muy estrechamente ligadas a las condiciones de vida.

A partir del estudio de casos, se quiere reconstruir la historia individual y la situación familiar de aquellos niños que no llegaron a cumplir su primer año de vida, en barrios marginales de Salta capital.

Su muerte prematura lleva a preguntarse: ¿qué es lo que falló?, ¿fue básicamente la situación de pobreza?, ¿fue la falta de recursos del sistema sanitario?, ¿fue algún desempeño deficiente en la larga cadena de intervenciones del Sistema de Salud?, ¿fue la falta de educación o de información?

No se podrán contestar con certeza estas preguntas, ni tampoco solo una de ellas pueda dar una explicación completa de un fenómeno tan complejo. Se busca ponerle rostro y nombre a las estadísticas, para así poder profundizar, aunque más no sea en un número limitado de casos, acerca de la difícil combinación de factores que intervienen en la mortalidad infantil.

El objetivo del trabajo es entonces relevar, a partir de un análisis microsocioal, la multiplicidad y complejidad de los factores intervinientes en la muerte de niños menores de un año, en barrios urbano-marginales de la ciudad de Salta.

Desde un análisis de casos, y a partir de la familia como unidad de análisis, poder diferenciar los factores socioeconómicos, culturales, familiares, ambientales y de la organización de la asistencia sanitaria, así como analizar aquellos que pudieron haber influido positiva o negativamente para retrasar o acelerar dichas muertes.

La presente investigación se realizó como trabajo de Tesis de la Maestría en Sociedad y Servicios de Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de Argentina, bajo la dirección del Lic. Hugo Mercer. El trabajo de campo se llevó a cabo en el marco del Trabajo de Investigación «Mortalidad Infantil: un análisis cualitativo» del Consejo de Investigación de la Universidad Nacional de Salta.

La estructura del presente trabajo comienza con *La Mortalidad Infantil: un problema social*, que hace un breve recorrido de investigaciones sobre esta problemática, que la sitúa como fenómeno abordado desde distintos ángulos y perspectivas. La *Metodología* desarrolla aspectos sobre el procedimiento para la obtención de los datos, y la justificación de la técnica cualitativa como herramienta de investigación más apropiada para este tipo de trabajo.

Los seis capítulos siguientes corresponden a cada una de las historias de los niños considerados: *Esteban, Jimena, Micaela, Gabriel, Rosario* y

Mariana Daniela. La lectura transversal de los casos se expresa en dos ejes de análisis: *La Familia* como ámbito complejo, que permite desentrañar dimensiones más particulares y *La Salud, la enfermedad y los Sistemas de Salud.*

Los problemas que desde el análisis se desprenden como más relevantes y que plantean caminos de investigación y trabajo se desarrollan en el Capítulo *A modo de Conclusión*, planteando en *Caminos recorridos y por recorrer* algunas recomendaciones que surgen a partir del análisis realizado.

Finalmente como Anexo, el capítulo sobre *Mortalidad Infantil* pretende dar un panorama de la situación y tendencias de este indicador en la Argentina y Salta particularmente, continuando con *La situación de Salta* para poder contextualizar en un marco social y económico a la provincia y a la ciudad Capital de donde provienen las familias-caso, en el período donde se realizó el trabajo de investigación.

LA MORTALIDAD INFANTIL, UN PROBLEMA SOCIAL

La tasa de Mortalidad Infantil (MI), la relación entre la muerte de los niños antes de cumplir su primer año de vida por cada mil nacidos vivos, suele ser un indicador considerado como uno de los que más fielmente refleja el nivel de desarrollo de una sociedad, y las condiciones de vida de sus miembros.

En el contexto de las familias pobres, las víctimas predilectas son los niños, constituyendo el grupo etéreo más sensible y por lo tanto vulnerable en las situaciones de carencia económica. Los efectos del empobrecimiento tienden a repercutir muy directamente en los menores de edad, quienes resultan ser las variables de ajuste familiar a los impactos de la crisis.

Las determinaciones que impone una situación de pobreza va tejiendo en la cotidianeidad los límites del desarrollo individual y familiar de sus integrantes, dificultando la superación de la misma y convirtiéndonos en una «lógica perversa». Las condiciones del nacimiento, los intervalos intergenésicos, la atención médica pre y postparto, la alimentación, el nivel de instrucción de la madre, la estimulación temprana, los intercambios afectivos con los padres, las condiciones de la crianza, la forma de recreación, etc. constituyen el sendero de carencias y privaciones a lo largo del tiempo conforman el camino de los niños de los hogares pobres. (UNICEF, 1990)

Los mecanismos que se ponen en funcionamiento en cada hogar están condicionados por las características ocupacionales y demográficas de los adultos y de sus posibilidades de inserción social. Los procesos de producción social de la pobreza desembocan en condiciones que llevan a garantizar su

reproducción intergeneracional, configurando un círculo vicioso de reproducción social y familiar de la pobreza.

«Es a partir de estos procesos y de los sistemas de valores y jerarquías familiares que legitiman la transformación de los niños y las mujeres en las variables de ajuste de las situaciones de empobrecimiento de los hogares, de los que se desprenden las estructuras de carencias, las pautas de comportamiento y las normas de vida que configuran en el niño una cultura de exclusión y de baja autoestima que ayudan a garantizar la reproducción intergeneracional de estas condiciones en el tiempo».
(UNICEF, 1990)

Los niños que nacen y crecen en el seno de estos hogares pobres carentes de los servicios básicos, con inestabilidad afectiva, con episodios de abandono y violencia familiar, facilitan la aparición temprana de enfermedades de la pobreza como la desnutrición, parasitosis, infecciones de distinta índole, o más adelante retraso escolar, trabajo infantil, delincuencia, adicciones, que dan cuenta del desequilibrio en el desarrollo físico y emocional propiciando el terreno para otra generación de pobreza.

La estrecha relación que se establece entre las condiciones de pobreza y la salud, tiene su mejor expresión en la Mortalidad Infantil, siendo las desigualdades socioeconómicas en la niñez el objeto de una extensa literatura.

Históricamente, diversos estudios han visto la asociación entre los procesos de desarrollo económico y el descenso de la MI. Ya en los siglos XVIII y XIX se comprobó que el mayor grado de riqueza social acumulada en las sociedades de acumulación más temprana, iba acompañado por un ritmo de descenso de la mortalidad, que si bien fue lento al principio, se aceleró en el transcurso del siglo XX. Pero es recién en el presente siglo, cuando comienzan a hacerse investigaciones más específicas para ver el grado de correlación entre las condiciones de vida y la MI, ya que se privilegiaba hasta entonces, ponía el énfasis en los aspectos individuales y biológicos y no en los colectivos y sociales. (Müller M.S., 1984).

Dentro de las múltiples variables que entran en juego cuando se habla del nivel socioeconómico de un grupo social o una familia, las que más se han privilegiado para ver la relación con la MI han sido el lugar de residencia (urbano, rural), la ocupación del jefe/a de la familia, el nivel de instrucción de la madre, entre otros.

Distintos estudios realizados en América Latina demuestran la estrecha

correlación entre el nivel socioeconómico y la MI. Behm en 1963 señalaba en sus investigaciones sobre la MI en Chile, la relación entre la MI y la ocupación del padre, afirmando que la primera es tres veces mayor entre las capas inferiores de la clase obrera que entre las clases altas. (Behm H., 1963)

La investigación llevada a cabo en México, valiéndose de la información obtenida por la Encuesta Nacional Demográfica, también demuestra la asociación entre la posición socioeconómica de la familia y la mortalidad en la niñez:

« Si se examina la mortalidad a la luz de los indicadores relacionados con las condiciones de la vivienda, se observa un descenso de los cocientes al mejorar las condiciones sanitarias o las de servicios de la vivienda... La incorporación de la variable clase social para la realización de un análisis similar viene a confirmar la hipótesis que atribuye a esta variable gran capacidad discriminadora... Existe una diferencia de aproximadamente 72.9 defunciones por mil nacidos vivos, entre las clase de mayor y menor mortalidad».
(Bronfman M./Tuiran R., 1984)

El incremento de la MI y la disminución de la esperanza en México en el período 1965-70 y su relación con los factores socioeconómicos, es el tema de un trabajo de investigación realizado por Heredia Duarte, quien encuentra que hay variaciones regionales importantes en Mortalidad Infantil y preescolar que tiene relación principalmente con el ingreso, mientras que los indicadores de atención médica no se correlacionan tan estrechamente con la mortalidad. (Heredia Duarte, 1972, en Müller M.S., 1984)

A pesar de la declinación global de la mortalidad en donde todos los grupos sociales se han beneficiado, la posición relativa de los estratos socioeconómicos más bajos se ha deteriorado en la última década. En la medida que se amplíen las diferencias en relación a las condiciones y calidad de vida, se ampliará la brecha entre las posibilidades de vida de los estratos altos y bajos de la sociedad. (Najman J., 1993)

El incremento de las desigualdades al interior de una sociedad no es privativo de los países en vías de desarrollo. En Estados Unidos el promedio de mortalidad entre blancos y negros lo muestra claramente. Hay un reciente incremento en el promedio de mortalidad en hombres y mujeres negros y una continua declinación en el caso de la población blanca. Similar comportamiento se observa en el porcentaje de niños de bajo peso al nacer y en los índices de Mortalidad Neonatal (asociada con la asistencia médica) (op.cit.)

Blaxter, en relación con los niños entre 1 y 5 años, ha notado que aquellos

que están en los estratos sociales más bajos tienen cinco veces más probabilidad de morir que aquellos de los grupos sociales más altos. Gray ha encontrado una brecha semejante en la población australiana, donde la diferencia es de cuatro a cinco veces para la mortalidad postneonatal (1-11 meses) entre los dos extremos de la escala social (op. cit.)

Por otra parte, la brecha que se observa entre los grupos definidos según el nivel de escolaridad de las madres es muy significativa. Dado que existe una estrecha asociación entre grado de escolaridad y estrato social y/o ingresos, la mayor probabilidad de morir se encuentra nuevamente entre aquellos niños que provienen de hogares con menos recursos.

En el Perú, para el período 1963-73, los niños cuyas madres son analfabetas tienen una probabilidad de morir antes del primer año de vida que triplica a la de hijos de madres que tienen al menos dos años de escolaridad secundaria (siete o más años de estudio). En el período más reciente, donde se observa la categoría educación superior por separado, se observan diferencias de cinco veces. (Medina Verástegui J./Zárate E., 1994)

En un estudio llevado a cabo por un equipo conducido por Hugo Behm en doce países de América Latina, se muestra claramente la fuerte asociación entre la MI y el nivel de instrucción de la madre, variable positivamente correlacionada con otras características socioeconómicas de la familia tales como el ingreso o el nivel de nutrición. En todos los casos se da una correlación negativa que vincula la más alta educación materna con la más baja MI. Al mismo tiempo, es preciso señalar que, independientemente del nivel general de MI en cada país, para el grupo de madres sin educación, las tasas son similarmente altas en todos los países, así como el nivel de MI bajo en el grupo de madres con más de diez años de instrucción (Müller M.S., 1984).

En un estudio de cohorte aplicado a 6000 niños brasileños, se constató también esta estrecha relación. La mortalidad decrecía a medida que aumentaba el nivel de educación de las madres en todas las causas de MI, salvo malformaciones. Esta tendencia se mostraba particularmente fuerte para enfermedades infecciosas, donde más del 50% de las madres carecían de educación formal. Los hijos de estas madres tenían casi tres veces más probabilidad de morir que aquellas con 9 o más años de estudio. (Victoria C., 1992)

La educación mejora notablemente la capacidad de las mujeres para preservar la salud de los miembros de su familia. Acrecienta su habilidad para sacar provecho de la información sanitaria y utilizar los servicios de salud, aumenta su acceso a los ingresos y les permite llevar vidas más sanas. por lo

tanto no es de sorprender que la educación de la madre incida mucho más que la del padre en la salud de los hijos.

Otro factor importante y que influye en las condiciones de la salud familiar en general, y en la de los niños en particular es la distribución de los ingresos en el seno de las unidades familiares. El acceso creciente de la mujer a los ingresos puede resultar especialmente beneficioso para la salud de los niños. En Brasil, los ingresos administrados por la madre tienen mayor efecto en la salud de la familia que los controlados por el padre. En Jamaica, las familias encabezadas por mujeres comen alimentos más nutritivos que las dirigidas por hombres, y también gastan más en bienes destinados a los hijos. En Guatemala, cuando el padre obtiene los ingresos se requiere un gasto quince veces mayor para lograr una determinada mejora en la nutrición de los niños, que cuando es la madre la que los percibe (Banco Mundial, 1993).

En la mayoría de estos estudios la unidad de análisis es la familia ya que en toda sociedad la enfermedad no es un acontecimiento únicamente individual sino también grupal, que impulsa un reordenamiento coyuntural o perdurable de los roles y las tareas al interior del hogar.

La familia es un puente entre el individuo y la sociedad. Su estudio permite comprender los nexos que vinculan las estructuras sociales y los determinantes del comportamiento individual. En el contexto de la vida cotidiana es donde se visualizan las relaciones entre los individuos y las estructuras sociales, pudiéndose así evaluar las consecuencias de un desarrollo desigual en los distintos grupos sociales. (Brower C.H., 1989)

En el terreno sanitario, lo familiar tiene una relevancia triplemente crítica: como desencadenante fáctico y simbólico de la enfermedad, como factor predominante en la resolución del problema y como caja de resonancia. Los usuarios de los servicios de salud nunca son individuos atomizados, desarraigados de inscripciones sociales. La manera de hacer uso de los servicios sanitarios se apoya en un contexto familiar, que a su vez se ubica de acuerdo a la situación del sector o clase a la que pertenece. (Llovet J.J., 1984)

«A pesar de su posición central en la sociedad, rara vez la familia ha sido estudiada desde el punto de vista de la Salud Pública. Virtualmente, las complejas interrelaciones entre la salud y la familia constituyen tierra incognita. En la forma en que se presentan o están disponibles, a menudo las estadísticas dicen muy poco acerca del marco familiar, aunque indudablemente este sea un factor principal, por ejemplo en la crianza de los niños y en el desarrollo de la estabilización de la personalidad adulta. El hecho de que la familia

sea una unidad de enfermedad porque es una unidad de «vida» ha sido normalmente descuidado en el desarrollo de herramientas estadísticas idóneas para enfrentarse con este conjunto de problemas, y en la provisión de datos estadísticos, esenciales para la investigación del individuo como parte de la familia tanto en la enfermedad como en la salud». (OMS 1971, en Llovet J.J., 1984)

En la Argentina, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) desde ya hace varios años, recoge información estadística que permite comprender la estructura y las características de los hogares, con un seguimiento que da lugar a la percepción de los cambios que en ella se operan. Estos registros de indudable valor, han posibilitado y lo siguen haciendo, estudios desde muy distintos ángulos explicando, entre otras cosas, la repercusión de los procesos sociales y económicos en la familia.

La extensividad de los análisis efectuados a partir de los registros de la EPH no permiten sin embargo, estudiar más intensamente ciertos problemas, relevando dimensiones más específicas. El estudio de caso, como el del presente trabajo, se adecúa mejor a un análisis de tipo exploratorio, donde pueden visualizarse con mayor profundidad aquellos aspectos significativos al problema a analizar, y que a priori son difícilmente distinguidos. Resulta de este modo más fácil estandarizar la información y recomponer el cuadro de situación en el que adquieren contenido y significado los comportamientos observados y/o relatados (Ramos S., 1981).

Dentro de la familia, en el ámbito de la salud, el sujeto que tiene un papel preponderante es la madre. Cuando aparece el malestar, la sensación de enfermedad o la crisis aguda en que el cuerpo denota que algo negativo se está expresando, la figura de la madre (o una figura femenina sustituta) aparece como primer recurso de atención. Siempre eje e intermediario de las terapéuticas y fuente de decisiones y afectividad, ella incluye en su actividad doméstica cotidiana, la atención de las dolencias familiares en el momento de su irrupción.

«Son, en todo caso, una estructura familiar, un concepto y una práctica social sobre y de la familia, que se sintetizan en el rol femenino, los elementos que se anudan para que la mujer asuma la atención de la salud en un nivel primario y transmita ese rol y esas prácticas a la otra generación». (Modena M.E., 1987)

La asistencia femenina de la enfermedad es una de las tantas esferas del trabajo doméstico, de reproducción y de la vida y del cuidado de los hijos. Puericultura y pediatría son actividades de la madre de familia, son responsabi-

lidad de la mujer. Ella es la primera que actúa, la que decide cuándo, cómo y a quién recurrir ante un problema de salud de algún miembro de la familia.

Un estudio realizado por Menendez y sus colegas en México, entrevistando a niños en edad escolar de distintas clases sociales, acerca de las prácticas de salud en sus hogares, indicaban en su gran mayoría a la madre como la persona a cargo de las mismas. 95% de los niños recurrían a sus madres cuando no se sentían bien; 82% fueron cuidados por ellas cuando estuvieron enfermos y 78% recibieron de sus madres los medicamentos. La investigación de Finerman en Ecuador llega a los mismos resultados. La mayoría de las madres que había entrevistado podían nombrar entre 50 y 100 plantas medicinales. Podían además describir sus principios curativos y su forma de preparación y administración. Por el contrario, los hombres, los niños y las mujeres sin hijos podían nombrar solo 5 a 10 plantas medicinales, estando en general desinformados sobre sus usos terapéuticos y formas de uso. (Browner C.H., 1989)

La madre es la persona que controla al niño diariamente y lo cuida. Su conocimiento y creencias relativas a las causas de las enfermedades tienen influencia en la búsqueda de ayuda, en el comportamiento del cuidado, en el reconocimiento de la enfermedad como un problema y en la aplicación de un tratamiento apropiado. (De Clerque J. y otros, 1992)

Esta situación se hace mucho más evidente cuando el hijo es una criatura que no ha cumplido su primer año de vida, siendo la dependencia con la madre mucho más fuerte, y ella en general la responsable de su cuidado y la que tradicionalmente *interpreta* aquello que pueda sucederle. Es entonces en ese período de la vida donde mejor se expresa y manifiesta el rol de la madre y donde la calidad de vida de la familia tiene una influencia determinante en las condiciones de salud del niño.

Este es el marco donde se sitúa el presente trabajo, siendo la unidad de análisis la familia y dentro de ella a la madre como eje principal y único interlocutor de las entrevistas.

METODOLOGIA

La metodología utilizada en el presente trabajo es el estudio de caso, técnica cualitativa que mejor se ajusta a sus objetivos, ya que lo que se quiere realizar es un análisis microsocia donde pueda verse en lo singular el interjuego de los distintos factores presentes en la muerte de un niño.

La muerte de un hijo en un contexto de pobreza, pone en un plano de igualdad a los casos presentados. Sin embargo la experiencia histórica de cada familia e individuo es única y singular, así como lo es su forma de ver la vida, el mundo y su ubicación dentro de él. La pobreza como fenómeno social y la muerte como fenómeno personal, no es uniforme entre los miembros de un mismo grupo social. Las técnicas cualitativas dan lugar al intento de dilucidar lo heterogéneo dentro de lo homogéneo. Por otra parte permite examinar las condiciones y circunstancias en que se produjo la muerte de ese niño, desde las concepciones y significados que los protagonistas de estas historias, en particular aquellos que la madre atribuye a los procesos que han vivido.

No se ha pretendido tomar casos presentándolos como paradigmáticos y representativos de los sectores pobres urbanos de la ciudad de Salta, sino como ejemplos de familias pobres que han tenido un caso de Mortalidad Infantil. No entra entonces en juego la representatividad de los mismos dentro de un grupo social, sino el análisis de historias que pueden repetirse de muy diversas maneras. No son por lo tanto *los casos* de Mortalidad Infantil, sino *casos* de familias donde se produjo una muerte de un menor de un año.

Se tomaron seis defunciones que acontecieron durante el transcurso del año 1994, tomando la precaución de que las visitas a la familia se realizaran en un período que se extendiera entre el segundo y sexto mes de producido el fallecimiento. Esta medida se tomó por respeto al dolor durante las primeras

semanas, pero no dejando pasar mucho tiempo, para que la vivencia de lo sucedido fuera parte de la historia reciente de la familia, facilitando una mayor fidelidad en el relato de los hechos.

La investigación llevada a cabo por Sara Pacqué-Margolis y colaboradores, sobre la aplicación de la autopsia oral demostró su validez como herramienta, especialmente para áreas alejadas, donde generalmente el certificado de defunción no es un recurso de información confiable. La concordancia entre el certificado de defunción y la autopsia oral depende también del tiempo transcurrido entre la muerte y la entrevista, de allí la importancia de efectuarlas no dejando pasar mucho tiempo después de producido el deceso. (Pacqué-Margolis S. y colaboradores, 1990)

Para detectar los casos se hizo un relevamiento de los Centros de Salud de la ciudad de Salta que estuvieran dentro del Programa de Atención Primaria de la Salud, por tener la posibilidad de una mejor llegada a la familia a través del agente sanitario.

De ellos se seleccionó los que tenían un área de influencia en los barrios más pobres, buscando en los Centros de Salud el registro de casos recientes de Mortalidad Infantil. De los tres primeros considerados, en dos de ellos se habían producido defunciones en los últimos meses.

Fueron los supervisores de los agentes sanitarios de dichos centros asistenciales los que proporcionaron la información, ocasión que permitió una serie de encuentros con todo el equipo del Programa de Atención Primaria de la Salud en cada uno de los lugares. En estas reuniones hubo un rico intercambio de ideas y experiencias acerca de su trabajo, las características del barrio y su gente, y luego más específicamente sobre las familias que habían tenido un caso de Mortalidad Infantil.

Se tomaron cuatro casos de un Centro de Salud y dos de otro, ambos ubicados en barrios de la periferia de la ciudad, teniendo como único criterio de selección que hubieran sucedido en los últimos meses. Salvo en uno de los casos (que fue reemplazado) donde hubo un par de encuentros trunco con la madre del niño fallecido, que daban cuenta de su reticencia a las entrevistas, en los otros no se presentó ninguna dificultad.

Es necesario señalar la buena disposición de los agentes sanitarios y sus supervisores, que desde el primer momento se mostraron solícitos y dispuestos a colaborar.

El primer contacto con la familia se hizo con el agente sanitario que ya las

visitaba, y a partir de ese momento se realizaron entre dos y tres visitas, previamente acordadas, con una duración promedio de dos horas en cada encuentro. En cada una de ellas se utilizó un grabador que permitió registrar no solo *lo que se decía* sino *cómo se decía*: los distintos matices de expresión, las risas, el llanto, la duda... Si bien al principio, la presencia del grabador se hacía sentir, muy rápidamente paso a ser un objeto más de la casa. En todos los casos las entrevistas se realizaron en sus hogares y a las madres, siendo su relato (salvo cuando oportunamente se especifique) el transcripto literalmente en cada una de las historias.

El hecho de que las charlas transcurrieran en el mismo ámbito de la casa facilitó el diálogo y la apertura, y también permitió observar distintos aspectos de las condiciones de vida: la vivienda, la disposición de las cosas en su interior, el orden, los alimentos o la preparación de la comida. Permitió además, aunque sea por algunas horas, compartir el devenir de la familia, con la presencia de algunos de sus miembros y la relación que espontáneamente se establecía.

Si bien la entrevista no estuvo estructurada, dejando a la madre que hablara libre y desordenadamente, se mantuvieron en cada uno de los casos algunos ejes para recoger información y luego analizarla.

Ellos fueron: el nivel socioeconómico de la familia (trabajo, ingreso familiar, nivel de instrucción, condiciones de la vivienda, entre otros); el proceso salud-enfermedad (episodios de enfermedad en la familia, los embarazos y los partos, la relación con el sistema formal y no formal de salud) y el episodio de la muerte del niño (percepción del problema, conductas seguidas, actitud frente a la muerte).

Cada uno de ellos procurando contextualizarlos en la historia particular de la familia y de la madre particularmente, que como ya se ha dicho ha sido el sujeto principal de los relatos. A partir de sus propias concepciones y representaciones tratando de dilucidar la significación que le atribuían a sentimientos, cosas, vínculos y hechos muy diversos: desde las tareas de la casa hasta el sentido de la vida o la muerte.

Es así que gracias al vínculo positivo que pudo establecerse con cada una de ellas, fueron surgiendo aspectos que enriquecieron el análisis, pero sobretodo tuvieron la virtud de ayudar a acercar o al menos a hacer más estrecha la distancia entre el entrevistador y el entrevistado.

Tal vez este sea el momento de expresar lo que significó el contacto con cada una de las familias y la experiencia de *compartir* de alguna manera un episodio tan doloroso como la muerte de un hijo. En lo personal, ha sido una

experiencia fuerte y muy humana, donde no fue difícil despojarse del rol de «investigador» para situarse en el de mujer y madre, metamorfosis que se dio espontáneamente y que facilitó sin buscarlo, el diálogo y la apertura. Desde el punto de vista profesional, constatar la enorme riqueza que brinda la técnica de entrevista abierta, riqueza que compensa con holgura la dificultad posterior por ordenar y sistematizar la información.

CAPITULO 4

ESTEBAN

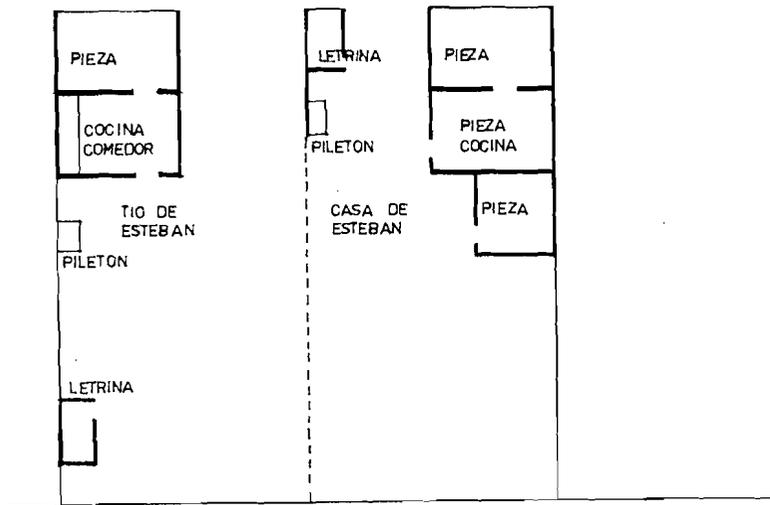
«Por acá dicen que cuando un bebito nace bien bonito Dios se lo recoge. Y él no tenía nada parecido ni a él ni a mí. Era bonito, era blanco...»

(mamá de Esteban)

LA SITUACION FAMILIAR

El hogar donde nació Esteban es un terreno donde se construyeron dos casitas de bloques con piso de tierra. En una vive su abuela con sus seis hijos solteros, incluida su mamá Margarita y su hermanito de dos años. En una de las dos piezas vive un tío casado esperando su quinto hijo.

En la otra casa, que consta de una cocina y una pieza vive el hermano mayor de su mamá que tiene tres hijos, uno de ellos fallecido.



Afuera de la casa hay amontonadas cajones, latas, cartones, pedazos de juguetes y basura donde los chicos juegan todo el día. Hay un cerco que marca el inicio de la propiedad privada y una canilla de agua para satisfacer las necesidades de higiene y alimento, y también una suerte de letrina. Los cordeles con ropa colgada dan un tono de color al ambiente seco y polvoriento. A unos pocos metros de la calle hay un río seco donde todos los vecinos tiran la basura y los niños juegan deslizándose como un tobogán por sus laderas.

El tío tiene 22 años y ocupa una pieza con su esposa y sus cuatro hijos, están esperando el quinto conformando una escalerita de primos que van de uno en uno desde los cinco años.

Margarita, la mamá de Esteban, es la cuarta de nueve hermanos y la mayor de las mujeres. Cuando tenía solo diez años la enviaron a trabajar en una casa de familia en Jujuy.

«Cuando estaba mi papá me han mandado con una señora a trabajar y era para cuidar dos chicos...No me pagaban, me daban la ropa y me daban el estudio».

Después de un año se volvió a Salta donde siguió trabajando cuidando chicos pero viviendo en la casa de sus padres. Allí terminó la primaria y cuando tenía 15 años quedó embarazada de su primer hijo que hoy tiene más de dos años.

El papá de Margarita trabajó siempre de albañil, y hace siete años un accidente cuando lo llevaban en una camioneta al trabajo, lo mató dejando a su esposa con su noveno hijo recién nacido. Este último hijo, es criado desde entonces donde una tía, y la abuela de Esteban que hasta ahora se había dedicado a criar a sus hijos, tuvo que comenzar a trabajar en casas de familia.

El único ingreso estable es el de la madre de Margarita. Gana \$ 250 por mes como empleada en una casa de familia y una pequeña pensión por sus hijos. Con eso mantiene a sus seis hijos y a su nieto. «La única que trabaja es mi mamá. Viene a las diez de la noche y re cansada. Cuando cobra tiene que pagar las cuentas y queda sin un peso...»

Existe un cuestionamiento solapado de parte de Margarita hacia sus hermanos en cuanto a la actitud en la búsqueda de trabajo y el traer dinero a la casa. A pesar de que ella tampoco trabaja afuera, cuida a su hijo y a sus hermanos menores y también se ocupa de la casa. Remarca así por un lado el rol femenino de cuidado de los niños y la casa, y por el otro el masculino de manutención del hogar, como había sido en su casa hasta que murió su padre.

Sus hermanos que tienen familia se han quedado sin trabajo y suelen hacer changas. Algunos días encuentran, otro días no buscan. « Ahora ninguno está trabajando pero el que tiene mujer va a hacer changuitas y por la tarde trae plata. Ayer se ha puesto a tomar y hoy no ha ido a trabajar»...»Mi otro hermano (de 20 años) se la pasa durmiendo o anda en la calle con sus amigos».

La inestabilidad es la constante. El no tener, en el caso de los hermanos, un trabajo permanente, no solo significa un ingreso fluctuante sino también un empezar todos los días nuevamente.

«Mi hermano le ayuda a Manlisa (la empresa recolectora de residuos) a levantar la basura y los muchachos de Manlisa cuando cobran le pagan a él, no trabaja directo. Antes si trabajaba directamente y lo han dejado porque sobra mucha gente.»

El ingreso exiguo se refleja en la precariedad de la vivienda, en el hacinamiento en que viven, en la ropa que visten y en la alimentación de todos los días. «Tenemos la cocina de mi cuñada que es a gas y ahí cocinamos nosotros. Al mediodía comemos y a la noche ya es un mate, si cocinamos a la noche ya no hay para el otro día».

La comida del mediodía suele ser un guiso de papa, zanahoria, tomate y carne que con tres billetes de un peso -bien guardados en el bolsillo-, representa el presupuesto para preparar la única comida del día para ella, sus cinco hermanos y su hijo.

La carencia es absoluta y traspasa el ámbito material para mostrarse en espacios que tienen que ver con otros aspectos del ser humano, en cuanto ciudadano. El relato de la muerte del padre es significativo en cuanto nos muestra la desprotección y la carencia de derechos.

Guillermo O'Donnell introduce el concepto de *ciudadanía de baja intensidad* para describir la situación de sectores de la población los cuales, a pesar de vivir en regímenes democráticos (con igualdad de deberes y derechos) tienen un ejercicio diferenciado en su calidad de ciudadanos.

«Este concepto alude específicamente a la esfera política (no tanto a la democratización social y económica)... En las democracias nuevas por lo general se cumplen las condiciones políticas específicas para la existencia de la poliarquía. Pero los campesinos, los habitantes de los barrios pobres, los indígenas, las mujeres y demás, muchas veces no logran un trato justo de la justicia, o no pueden obtener los servicios de los organismos estatales a los que tienen derecho, o no están libres de la violencia policial y de un montón de etcéteras... Ellas connotan la ineficiencia del Estado como ley y, la reducción de ciertas garantías y derechos, que son tan constitutivos de la ciudadanía como el votar sin coacción.»
(O'Donnell G., 1993)

La denegación de los derechos liberales a los sectores más pobres, es analíticamente diferente al concepto de equidad que se relaciona con procesos de democratización social y económica. Sin embargo generalmente van asociados ya que como en el caso del abuelo de Esteban, se conjugan la pobreza con el limitado ejercicio de sus derechos como ciudadano.

El relato de Margarita acerca de los acontecimientos de la muerte de su padre, ilustra la situación de un ciudadano que ejerce una *ciudadanía de baja intensidad*. (O'Donnell G.)

«El hombre de la esquina (donde trabajaba su padre) le ha exigido que vaya un año a trabajar en el campo. Al campo cortando leña. Y el hombre le ha mandado que vaya en la caja del camión, y entonces mi papá como dicen que estaba «mareado» se dio vuelta y se enganchó el saco con el que venía y se cayó... En el Hospital San Bernardo no le han sacado nada de alcohol, quizás fue el destino, eso es lo que mi mamá dice.» ¿Por qué decían que estaba mareado? «Algunos decían que estaba «machado» (borracho) y que por eso no quería ir dentro (del camión), pero es mentira y el otro ha ganado porque tenía abogado y no le pueden dar la pensión a mi mamá...»

Acababa de nacer el último hermano de Margarita y ella agrega: « Encima le han hecho vender a mi mamá las chapas, las viguetas que mi papá había dejado antes de morir para cobrar por su muerte, y ha quedado con que ha vendido las cosas y no nos devuelve. A veces cuando mi mamá no tiene le manda pedir y él no le quiere dar nada. Ella sabe llorar por lo que se ve así, se preocupa por los hijos más chicos, por los grandes no, porque ya son hombres y mujeres, pero por los más chicos se aflige»...

Su padre no tuvo posibilidad de defensa, y aunque en el análisis del Hospital no encontraron restos de alcohol en su sangre, no pudieron demostrar lo contrario.

«¿Cómo se puede capacitar a los más débiles y a los más pobres, aun si siguen siendo pobres, en términos consistentes con la legalidad democrática y, de esta manera, obtener su ciudadanía plena, democrática y liberal?», se pregunta O'Donnell.

Esteban y su hermanito son hijos del mismo padre, que hoy tiene 22 años, trabaja en el Ejército y vive ahora en Buenos Aires. Nunca vivieron juntos con su madre que tiene 18 años.

Durante el embarazo Margarita no tuvo problemas. No se hizo ningún control durante el mismo, se fue directamente al Hospital a dar a luz. Esteban nació a término y pesó 3 kilos.

«Mi mamá me acompañó a la Maternidad. Ella se había vuelto para traerme un camisón, y hasta que ella volvió yo ya lo había tenido... Apenas llegué a la Maternidad lo he tenido, no he tenido que esperar nada».

Manifiesta orgullo de su hijo, resaltando que era muy bonito y que todos en el Hospital lo querían («Todos querían ser madrinas del gordo»), y paralelamente inseguridad por no saber cómo afrontar la responsabilidad de estar sin compañero y con dos hijos.

«...la enfermera quería que se lo dé. Yo a ninguno he querido dar... Como me vieron chica y tenía dos, pero mi mamá no ha querido que lo dé al otro».

La posibilidad de poder darlo estuvo presente en cierto momento ante la dificultad de poder mantenerlos a los dos, la intervención de su madre donde ella seguramente se vio reflejada fue determinante. « Si, porque ella (su mamá) dice que a ninguno de nosotros nos ha regalado, cómo lo iba a regalar yo. Ella no me ha dejado regalarlo».

La madre de Margarita es quien ejerce el rol de apoyo y contención. No solo es quien la mantiene a ella y a sus hijo, sino que también fue ella quien la acompañó en cada parto al Hospital y quien le dio la fuerza que necesitaba ante la posibilidad de regalar a su hijo.

Manuel, el hermanito de Esteban fue reconocido por su padre, llevando su apellido. Sin embargo, su madre ha querido que tenga el apellido de ella y ha hecho los trámites en el Registro Civil para cambiarlo. Ante la pregunta de por qué quiso cambiarlo ella responde: «Porque sí, desde que ha nacido quería que lleve mi apellido. Mi mamá siempre ha querido que lleve nuestro apellido».

Este cambio en cuanto a la identidad de Manuel hace que también los roles al interior de la familia sean modificados. «... a mí no me dice mamá, me dice mi nombre y a mi mamá sí le dice mami. Mi hermano le ha enseñado que mi mamá es su mamá y que yo soy su hermana».

Este cambio de roles, también podría o debería significar un cambio en las responsabilidades en cuanto a la manutención, no así respecto al cuidado ya que la responsabilidad de cuidar a los niños no es privativa de la madre biológica, sino de quien esté a cargo de los menores, haciéndose extensiva a hermanas, tías, primas e incluso vecinas.

«Yo quiero empezar a trabajar y que deje ella (su mamá) para que cuide al chiquito...Yo digo que para que trabaje yo debe dejar de trabajar ella, por lo que ella todas las noches viene con dolor de cintura»...

EL PROCESO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Manuel, el hermanito de Esteban tiene dos años y medio, nació con un peso de 2,700 kg. y según su mamá relata es un niño muy enfermizo. «El ha nacido con el pecho enfermo y ahora no puedo bañarlo ni mojarlo con agua fría porque le hace mal. Ayer lo estaba bañando y ya está con tos y le

dio fiebre. Le he puesto un trapo mojado y le he dado una aspirinetita y se le ha pasado».

Lo lleva a control al Centro de Salud pero sobretodo porque eso le permite obtener la leche. No existe una valoración del seguimiento que pueda hacerse del niño sino la posibilidad de conseguir la leche que ella no puede comprar. «En el Centro de Salud ya no le dan la leche...Hasta los dos años es nomás, y él tiene dos años y cinco meses. Se acostumbró con la leche y yo no tengo plata para comprarla, y por eso yo no quise llevarlo más a control porque no me quieren dar la leche...»

Tiene episodios recurrentes de enfermedad, que le han producido en su corta vida ya varias internaciones. «Cuando era chiquito vivía internado. Un montón de veces lo hemos internado por los bronquios. La última vez le ha agarrado neumonía así que prefiero que esté sin bañarse antes de que se me enferme. Desde que él ha nacido ha estado un montón de veces internado, el mes pasado ha estado...»

La explicación de la causa por la cual su hijo se enferma tan seguido pareciera que es como algo «congénito», que lo marcó desde su nacimiento y desde sus primeras horas de vida. Sería bueno preguntarse si esta visión un poco determinista de la causa de las enfermedades no la lleva a tener una baja capacidad de intervención para modificar esa situación.

«...me han dicho que se enferma tanto porque cuando yo estaba embarazada comía mucho «juguito» (especie de refresco que se congela y se come como un helado) y eso le ha afectado al pechito cuando yo estaba embarazada y cuando ha nacido lo han llevado directamente a la incubadora y cuando lo han sacado de ahí lo han llevado a otra sala.»

Manuel es muy menudo, parece más chico que la edad que tiene y a pesar que su madre no manifiesta que esté bajo de peso, el agente sanitario que la visita le ha dicho que otros niños a su edad están pesando más. La alimentación no es percibida como un elemento básico para que pueda estar sano, e incluso la leche que obtiene del Centro de Salud, que ella valora en gran medida, lo es más porque «está acostumbrado a la leche» que porque sea un componente alimenticio básico para su desarrollo. «Le doy guiso, ensalada pero no las come... será por el resfío».

El problema de la falta de apetito puede deberse como le dijo su madre a que tiene parásitos. Los residentes del Centro de Salud le han dicho que tiene que comprar un remedio dárselo tres días y luego suspender una semana y repetirlo. «Yo no tengo plata para comprar remedios, y así

nomás está pero come muy poquito».

¿Los médicos le recetan sabiendo que le es imposible comprarlo? Su función no es conseguir los medicamentos para sus pacientes. Pero cabe preguntarse: Cuando vuelvan a verlo y constaten que el chico sigue con los parásitos, ¿culpabilizarán a la madre de no habérselo dado?

Si el Centro de Salud no lo tiene ¿existe alguna forma en que pueda conseguirlo? ¿Es una preocupación para Margarita los parásitos que no puede ver ni escuchar, y sí lo es la tos, la fiebre y el ronquido en el pecho que puede percibir? ¿Le impedirá ésto relacionarlo con la falta de apetito o el bajo peso?

Las personas como Margarita, son *crudamente empiristas* (Llovet, 1984). Esto significa que tienen una actitud que privilegia el dato inmediatamente sensible y visible, y es a partir de estos signos donde establece una lectura que la llevara a buscar una solución al problema que ha percibido a través de sus sentidos. Los parásitos no son datos visibles o audibles, si lo es la tos, el vomito, la diarrea.

De todos modos, el conseguir el remedio le permitirá a Manuel expulsar los parásitos de su cuerpo, pero no por mucho tiempo... El basural próximo, la suciedad que lo rodea, la falta de cloacas y el pan que come recogido muchas veces del suelo, favorecerán su vuelta una y otra vez.

Margarita no conoce medios alternativos de conseguir alimentos o remedios y tampoco recurre a curanderos. «Ellos cobran y no tengo plata. Estaban cobrando \$ 20 para curarle el pechito y yo no tengo ni \$10, *si a veces comen y a veces no comen*, menos plata para curanderos tengo...»

La limitación de dinero es extrema. A pesar que expresa preferencia en el servicio del Hospital siempre recurre primero a la salita porque «no tengo que pagar colectivo».

Sin embargo hay una aparente carencia de interés por conocer otros recursos que podrían serle de utilidad para completar por ejemplo la dieta, como ser el Bolsón de la Cooperadora, o los remedios que pueden conseguirse en forma gratuita haciendo una serie de trámites un poco engorrosos. ¿No sabe, no quiere, no puede?

Un recurso fundamental que explica o por lo menos nos aproxima a entender los comportamientos relativos a la atención de la salud es el *capital de información*.

Como claramente lo define Silvina Ramos:

Este recurso de carácter grupal y básicamente acumulado por la experiencia, es el conjunto de informaciones que una familia posee sobre el mercado de bienes y servicios requeridos para las actividades ligadas a la satisfacción de una necesidad».

(Ramos S., CEDES vol 6)

En el caso de Margarita resulta un recurso muy escaso, contrariamente a lo observado en otros casos donde representa una de las estrategias más importantes de supervivencia. Ella desconoce si podría o no conseguir el Bolsón de la Cooperadora que le suministra mensualmente alimentos no perecederos, así como formas alternativas de conseguir los medicamentos que no puede comprar, o la posible obtención de comida preparada que pueda recibir de comedores comunitarios.

El capital de información se acumula por la experiencia, y es también relativo a la posibilidad de tener acceso a esa información y a las facilidades o dificultades que se brindan para la satisfacción de una necesidad concreta.

¿Quiénes tienen la responsabilidad y de qué modo pueden facilitar, especialmente a quienes viven situaciones más críticas, los canales de comunicación, información y acceso a aquellos recursos, que les permitan satisfacer algunas de sus necesidades? ¿Qué otros factores intervienen para facilitar o impedir el incremento de este recurso?

En el caso concreto que estamos describiendo, la falta de capital de información, va de la mano con cierto grado de inmadurez propia de la edad de esta madre adolescente, sumado a una relación más fraterna que materna con su hijo, que produce que el sujeto decisor sea su madre más que ella misma.

Un bajo nivel de intervención podría ser el resultado de la combinación de distintos elementos que entre sí se potencian: madre soltera, situación de extrema pobreza, juventud e inmadurez de la madre, dependencia económica y sobretodo afectiva con su propia madre, escaso capital de información, mono causalidad y determinismo en el proceso de salud enfermedad.

LA MUERTE DE ESTEBAN

Esteban nació un 24 de Marzo, a los nueve meses de un parto normal. Pesaba 3 kilos y se alimentaba de pecho y mamadera. «Cuando nació estaba bien, no tenía nada hasta los 28 días» (momento en que falleció). No

lo había llevado a ningún control todavía, ya que según relata su madre «...comía y dormía bien. Sanito estaba.»

Lo sucedido el día de la muerte del bebé es narrado por su madre de la siguiente manera. «...a las doce yo le habré dado la leche y hasta las cuatro de la tarde no se despertaba. Estaba durmiendo de costadito y eran las dos de la tarde y lloraba pero se volvía a dormir, a las tres lo mismo y a las cuatro ya no lloraba y me parecía muy raro porque no pedía otra mamadera y dormía tanto, y fui a verlo y me asusté...»

El relato lo cuenta sentada en una mesa de madera con dos sillas, en la cocina de la casa de su hermano (en el mismo terreno de su casa), donde sucedió lo que nos estaba contando. Al lado hay una pieza donde descansaba Esteban solo en una cama el día en que murió.

Margarita no se daba cuenta de la gravedad de la situación. «Yo pensaba que era así no más, no creía que era una enfermedad». Ese bajo sentido de alarma la llevó a actuar cuando ya se hacía evidente la presencia de un problema con su hijo.

«Yo estaba lavando ahí (señala la pileta con el único grifo de agua de la casa, que se encuentra afuera de la misma), y lavaba un ratito y venía a verlo. Yo estaba viviendo acá con mi hermano y la última vez yo pensaba que era por el sol, cuando uno está mucho en el sol se ve negro para adentro. Entonces yo lo agarré y no sabía si yo veía mal o estaba negrito y la llamé a la mujer de mi hermano para que me diga si estaba negro o yo lo veía negro. Ella me ha dicho que llame a la ambulancia para que venga o llevarlo, y negrito como estaba lo he llevado para allá. Lo habíamos sacado a la puerta para darle aire y se estaba componiendo y quería tomar pecho, y no podía parece, y tenía hambre y buscaba».

Margarita fue al Centro de Salud que queda aproximadamente a cuatro cuadras de su casa y como era domingo no había ambulancia. Allí la atendió el enfermero de guardia, que ella creyó que era un médico. «...fui a llamar a la ambulancia en el Centro de Salud y ahí lo han visto que estaba negrito, le han destapado los pañales y me han dicho que lo lleve al Hospital».

A pesar de que era domingo, la madre de Margarita estaba trabajando. No tenía dinero para el pasaje. «*Tenés con qué llevarlo* (le preguntaron), y le dije que no tenía porque mi mamá se había ido a trabajar. *Tomá dos pesos, andá con tu hermana*. Me dio los dos pesos el *médico* que estaba de turno».

Finalmente partió sola ya que con el dinero que le habían dado no podía pagar los dos pasajes que necesitaba para llegar al Hospital.

«No lo revisaron nada. Apenas lo ha visto que estaba negro y me ha dicho que lo lleve al Hospital...Me he ido a tomar el colectivo y en la mitad, antes de llegar a Lavalle se ha «cortado», y una señora no se que le habrá hecho al chiquito que ha vuelto, y en Lavalle se estaba volviendo a «cortar» y nos hemos bajado en el Centro de Salud de Villa Lavalle porque la ambulancia iba a ser más rápido porque el colectivo va parando y no han querido llamar a la ambulancia...»

Dos veces, en distintos Centros de Salud, Margarita intenta pedir una ambulancia, y en ambos casos fracasa porque los domingos no puede haber urgencias, no hay ambulancia... Todo era una carrera contra el tiempo. «En Lavalle no se había cortado todavía y la enfermera paró un colectivo y le ha dicho que urgentemente me lleve al Hospital de Niños, y el colectivo iba rápido pero parando por la gente que tiene que bajar, y el chiquito se iba empeorando y el colectivo me ha llevado a la puerta del San Bernardo, y lo cargó en sus brazos al chiquito hasta la Guardia (el colectivo)».

El Hospital San Bernardo es el Policlínico de agudos de mayor complejidad de Salta, donde seguramente el colectivo decidió bajar al bebé ya que faltaba un trecho bastante largo todavía hasta llegar al Hospital de Niños.

Margarita durante este largo y penoso trayecto tenía confianza en que una vez que llegara su hijo podría estar a salvo. «...en el colectivo el chiquito estaba negrito, mal, pero respiraba y abría la boquita y yo decía que tal vez en el Hospital le den algo para que se componga...»

En el Hospital, quien le dio algún tipo de explicación fue una enfermera que trató de tranquilizarla. «...Una enfermera me ha dicho que iba a vivir y que estaban esperando a una doctora del Hospital de Niños, y cuando ha llegado al rato, ha salido la doctora y me ha dicho que ha fallecido. Los de acá lo tenían con vida. Yo lo llevé a las seis y a las nueve ha venido la doctora del Hospital de Niños. Ella me ha dicho que le han puesto oxígeno y que no ha vuelto...»

Durante todo este recorrido, Margarita estuvo sola, en el sentido más absoluto de la palabra. Es importante este hecho, porque habla de otro elemento que en circunstancias críticas puede marcar una diferencia entre una asistencia rápida o tardía, entre la vida y la muerte. Este elemento es el grado de *integración social*, es decir la inserción dentro de las redes de relaciones sociales del lugar. (Minujin A., 1995)

Las carencias de Margarita como se ha visto son muchas, pero existen recursos para poder suplir algunas de ellas, en la medida que el protagonista de la historia sea «conocido» o no en el barrio. Algún vecino con automóvil que pudiera haber llevado a su hijo al Hospital; algún negocio de la zona que pudiera haberle prestado un teléfono. Ante una emergencia, si uno es «conocido» puede pedir más fácilmente ayuda a quienes pueden brindarla.

Pero ésta es otra carencia de Margarita. Su baja integración social, producto de su propia historia como madre soltera adolescente, es un impedimento para pedir ayuda o que se la ofrezcan.

El certificado de defunción del bebé dice *Broncoaspiración*, sin embargo la *autopsia oral* relatada por su madre manifiesta como causa de muerte de su hijo, el sufrir problemas de corazón. «Era enfermito del corazón parece, porque él estaba bien, no estaba resfriadito, nada...»

Aparece nuevamente la visualización del problema causante de la enfermedad como algo «dado», igual que la debilidad de los bronquios de su hijo mayor por tomar «juguitos» cuando estaba esperando el bebé. Significa una determinación que no puede modificarse, una especie de fatalismo que le facilita la comprensión y aceptación de los episodios de enfermedad y muerte que le ha tocado vivir. La creencia en un condicionamiento previo ¿puede llegar a inhibir posibles intervenciones?

Pero lo que resulta más significativo es que ella se siente de alguna manera la causante de la adquisición de la enfermedad de su bebé. «El médico legal me ha dicho que si yo renegaba y lo tomaba por dentro se iba al corazoncito del bebé... Porque yo renegaba mucho y por eso debe ser que se enfermó del corazón cuando yo estaba embarazada.»

El sentimiento de culpa o responsabilidad se pone de manifiesto en otros comentarios que hace. «Ellos creyeron que yo lo había matado, porque no lo habían revisado bien y me preguntaban qué había pasado con el chiquito, si lo había dejado solo».

La mamá de Esteban tiene distintas versiones de la causa de muerte de su bebé. «Una (la doctora del Hospital San Bernardo) ha dicho que se había ahogado con la misma salivita y se le había ido a los pulmones y la del Hospital de Niños me ha dicho que le había agarrado un paro cardíaco».

Sin embargo la que ella considera como definitiva es que estaba enfermo del corazón, algo que ella no podía saber, ya que no había percibido duran-

te los 28 días de vida de Esteban, algo de lo que ella tuvo que ver pero como una causalidad que ignoraba que podía provocarle daño y que incluso no hubiera podido controlar. «Me molestaba lo que hablaba la gente de acá porque estaba embarazada. Vivía llorando y lo que hablaban me lo tragaba, y todo eso dicen que le ha afectado al corazoncito. Lo mismo de lo que renegaba me lo tragaba por dentro, y eso le ha afectado al bebé porque dicen que no es bueno renegar cuando uno está embarazada porque le afecta al corazón del bebé. Así me han dicho a mi...»

La pobre diferenciación de las funciones orgánicas, la escasez de sofisticación conceptual acerca de las patologías, sumadas a la confusión sobre las distintas versiones sobre la muerte de su hijo van a su vez acompañadas de la impresión de que el cuerpo puede incubar fuerzas incontrolables y misteriosas desencadenantes de enfermedades de muy diversa gravedad. (Llovet, 1984)

Sin caer en determinismos, la precariedad del hogar de Esteban viene signada desde sus comienzos y es difícilmente revertible.

«El hecho de convertirse en madres a temprana edad implica una mayor vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos... Hay indicaciones, además, de la transmisión intergeneracional de la vulnerabilidad y precariedad: las mujeres que inician su maternidad a edades tempranas a menudo provienen de familias donde ésta ha sido una práctica preexistente».

(Jelin E., 1994)

Esteban nació en el seno de una familia crítica, su mamá era muy joven y si bien llevaba el apellido de su padre, nunca lo tuvo. Durante su vida intrauterina su madre «renegaba y se tragaba todo» y cuando nació podría haber sido regalado. No llegó a tener asistencia médica ni durante los nueve meses que estuvo en el vientre de su madre, ni durante su primer y único mes de vida. Únicamente en el momento de nacer y en el momento de morir.

CAPITULO 5

JIMENA

«Hay hombres grandes que matan o violan a gente chiquita y siguen vivos, y en cambio hay otros que recién están naciendo y que no pueden vivir».

(mamá de Jimena)

LA FAMILIA EXTENDIDA

Los papás de Jimena son muy jóvenes. Tenían 17 y 18 años cuando fueron papás por primera vez de Bárbara, su hermana mayor que hoy tiene casi dos años. Se casaron cuando Silvia quedó embarazada y se fueron a vivir a la casa de sus padres. Ambos nacieron en la ciudad de Salta y se conocieron en el barrio. «El vive a la vuelta pero yo nunca lo había visto. Un día yo estaba ahí afuera y él ha aparecido y de ahí nos hemos empezado a ver seguido y hemos empezado a salir».

El papá de Jimena estudió hasta segundo año de secundaria y aprendió carpintería. Ahora trabaja en la construcción de manera independiente. «A veces trabaja con mi papá. Ahora tiene otro trabajo y trabaja solo, pero sino trabaja con mi papá».

Silvia es la mayor de cuatro hermanos, su padre trabaja en la construcción y su madre como empleada doméstica. «Mi mamá siempre ha trabajado desde que yo era chiquita, así que siempre los cuidaba a ellos (sus hermanos)».

Sus hermanos van todos a la escuela y ella abandonó la secundaria faltándole dos años. «Fui a la escuela del Sagrado Corazón hasta 7o. grado, y después estudié tres años en la Dr. Joaquín Castellanos y después hice otro a la noche y también dejé y después estaba estudiando secretariado comercial y también dejé».

No está en sus planes seguir estudiando, ya que tiene el oficio de peluquera que es lo que realmente quiere desarrollar. «Soy peluquera recibida, y aquí en mi casa casi no trabajo porque no tengo lugar para poner la peluquería, pero cuando tenga mi casa sí voy a trabajar». Este es su gran proyecto que podrá materializarse cuando se muden a su propia casa en un terreno que están pagando en cuotas.

Mientras pagan las cuotas del terreno viven en una pieza en la casa de sus padres que fue construida por su propio padre en un terreno fiscal. La casa es muy amplia, de material con piso y muebles que demuestran un medianamente bueno nivel socio-económico. La entrevista se desarrolló en dos cómodos sillones mientras se escuchaba la televisión prendida en otro cuarto. De afuera la casa es bonita, resalta entre las vecinas, con buenas ventanas y una sólida puerta de madera.

Silvia cuenta con ilusión el plan de construir su casa. «Nosotros hemos comprado un terreno en el barrio, lo estamos pagando. Vamos a hacer la casa. Es un terreno grande como este, la mitad es de mi hermana que mi papá ha

comprado para ella. El pagó el adelanto y nosotros pagamos las otras cuotas que nos quedan.»

El ingreso del papá de Jimena es bajo, pero el vivir con sus suegros les permite invertir casi todo lo que gana en el proyecto de la casa. «Casi no cobra mensual, cobra semanal. Saca \$ 100 por semana y a veces tiene trabajos donde lo ocupan tres meses y estamos seguros». La inestabilidad laboral que conlleva la condición de trabajador independiente sobretodo en el campo de la construcción, no facilita la concreción de proyectos a largo plazo. En el caso que se analiza, los abuelos de Jimena cumplen un rol fundamental en el soporte económico para facilitar que esta joven pareja pueda independizarse y autosostenerse.

«Ahora no se puede construir porque con lo que él saca del trabajo pagamos las cuotas y casi no nos queda para comprar las cosas. Así que cuando termine de pagar nos va a quedar más».

La *familia ampliada* cumple en este caso un papel preponderante. Es con el abuelo de Jimena que su papá mayormente trabaja; es en su casa donde viven hecho que les permite solucionar no solo el problema habitacional sino también la posibilidad de ahorrar para la vivienda, y es además quien hizo el pago inicial del terreno que están comprando. Más adelante se verán otros roles que cumple facilitando o resolviendo muchos de los problemas que surgen en la vida cotidiana.

La apoyo afectivo así como la ayuda en servicios o económica tiene un peso socialmente aceptado y deseado al interior de una familia. En este caso la ayuda de los padres de Silvia es fundamental para el logro de ciertos objetivos, donde evidentemente, la edad de ella y su marido tiene mucho que ver en esta relación de apoyo. La relación de parentesco aparece con mayor peso dentro de las relaciones de reciprocidad y ayuda mutua, y mucho más aún en el vínculo padres-hijos. En este caso cumple un rol decisivo ya que con el único ingreso del papá de Jimena, sin casa propia, de no tener la ayuda que le proporcionan los padres de Silvia se hubieran visto obligados a alquilar, quedando un recurso escaso para solventar los otros gastos y entrando en un círculo vicioso donde la falta de capacidad de ahorro les impediría poder comprar un terreno y construir su propia casa.

De la misma manera que Silvia vivió como algo *natural* el hacerse cargo del cuidado de la casa y sus hermanos menores para que su madre pudiera salir a trabajar como la función lógica de hermana mayor-mujer, tanto ella como su familia consideran que el deber de ellos es acogerlos en su casa y ayudarlos a formar su propio hogar.

«El flujo de intercambios y ayudas responde a las restricciones a la que los enfrenta la pobreza y a la recreación de una relación familiar que se necesita tanto como el pan y que aparece como continente afectivo y material más importante precisamente porque siempre está «a mano».

(Silvina Ramos, 1981)

Cuando se analice los partos de Silvia podrá verse cómo opera ese *continente afectivo* al que S. Ramos alude, y que su ausencia en algunos de los otros casos presentados, significó una historia de vida completamente diferente.

LA MATERNIDAD

En sus dos embarazos Silvia fue a los controles. Su primer experiencia de maternidad fue en un servicio público y la segunda en uno privado. Es interesante resaltar lo bueno y lo malo de cada una de éstas experiencias según su relato.

El embarazo de Bárbara, la hermanita de Jimena fue sin problemas. Iba todos los meses a la Salita ha hacerse los controles. Allí Silvia, como se verá en otros casos, tuvo que verse sometida a reproches por parte del personal de salud que trajeron como consecuencia el abandono de la concurrencia a los Centros Asistenciales, que en este caso afortunadamente, fue solo de modo momentáneo.

«La primera vez que yo fui (al Centro de Salud) cuando estaba embarazada de la Bárbara, al mes o los dos meses, yo todavía no estaba casada y cuando fui a la ginecóloga del barrio me preguntó si estaba casada y le dije que no, y ella me comenzó a retar y nunca más he vuelto hasta que se ha ido. Después volvió otra y no me retaba...»

Dos elementos surgen del relato de Silvia. En primer lugar, la posibilidad que no volviera al Centro de Salud por la actitud de la única ginecóloga que allí atendía, que afortunadamente fue reemplazada por otro profesional. En caso contrario ¿qué hubiera hecho Silvia? ¿Buscar otro Centro de Salud, espaciar los controles para evitar pasar por una situación similar, o en el caso más extremo abandonarlos? En segundo lugar, la intromisión en la vida privada de las personas, que con la «libertad» de tratarse de una persona joven, se siente con el derecho y el deber de decirle cómo conducir su vida. No se trataba de un comentario acerca del cuidado de la salud, que hubiera sido en todo caso más pertinente, sino de su vida íntima.

El trabajo de parto fue largo pero nació sin complicaciones, pesando 3,200 kilos. «Fue lindo. Era mi primer embarazo así que no sentía nada. El parto más o menos porque me pasó un día entero en la Maternidad y me decían que me venga porque todavía no iba a tener y mi mamá me decía que no, que me quede en la noche y si no lo tenía que me venga a la casa... El parto fue más o menos porque ella no podía salir y yo no sabía cómo era, así que me apretaron la panza hasta que ha salido y después me dejaron ahí porque justo vino una emergencia. Una chica que estaba embarazada de siete meses y estaba por tener y todos los médicos se han ido para allá y a mi me dejaron ahí y pasó como una hora y el efecto de la anestesia había pasado y me empezaron a hacer puntos.»

En el relato de Silvia la familia en general y su madre en particular está siempre presente, por algún comentario que le hiciera, porque estuvo físicamente a su lado, o en referencia a alguna norma o conducta que le inculcara. Ejercen un rol de acompañamiento y contención. «Estaban mi suegra, mi mamá, mi marido y a cada rato iban personas».

Cuando quedó embarazada de Jimena, que nació justo un año después que su hermana, Silvia sintió vergüenza de que su madre lo supiera y no lo comunicó hasta después del cuarto mes. «A mi mamá no le dije nada hasta que estaba de cuatro meses porque pensaba que me iba a retar».

Durante el embarazo de Jimena, tenían cobertura con la obra social del Sindicato de amas de casa al cual se inscribió por sugerencia de su madre. «Hay que pagar una cuota de inscripción y si uno quieren que la atiendan en ese momento tiene que pagar dos cuotas juntas y le dan un carnet, y después le dan el recibo que paga las cuotas (de \$ 8.- en ese momento). Por la orden médica hay que pagar \$ 3,50 y con eso ya lo atienden».

Durante este embarazo Silvia tuvo que guardar reposo varios meses porque existía el riesgo de perderlo. «En ese estaba más feo porque cuando estaba embarazada de cinco, seis meses me han empezado a venir los dolores como de parto. En este embarazo siempre andaba con dolores, que lo iba a perder y la doctora me daba siempre pastillas o inyecciones para que lo retenga, para que si nacía prematuro no se muera y siempre andaba comprando remedios y con esos problemas. Siempre tenía que hacer reposo, me he pasado en cama en ese embarazo».

Nuevamente la familia está presente al lado de Silvia para poder atenderla a ella y a su pequeña hija. «Me atendían mi mamá, mi suegra, mis hermanos porque si me levantaba empezaba con dolores... En el embarazo todos me tenían *«cuidadito que no vaya a hacer esto, cuidadito que no vaya a hacer lo otro...»*

No solo en el embarazo tuvo problemas, también en el parto que se produjo cuando ya había cumplido los nueve meses. «Ella (Jimena) nació con el cordoncito atado, hecho un nudo. El pediatra que la atendió decía que era un milagro que haya nacido porque estaba hecho un nudo bien fuerte y no tuvo ningún problema...Y cuando estaban sacando la placenta se ha roto y me han quedado fragmentos adentro y me tenían que sacar eso, con la Bárbara no me ha pasado eso».

A pesar de todos los inconvenientes del embarazo y el parto, Jimena nació a término, sin problemas y pesando 3,020 kilos. Después de dos días de internación Silvia volvió a su casa, feliz de poder desplazarse sin problemas, como recuperada de una enfermedad. «Me sentía como si me hubiese sanado de una enfermedad porque me he tenido que cuidar tanto... Ya estaba bien, ya podía moverme».

En este caso, existen dos experiencias cercanas (un año entre una y otra) y similares (embarazo - parto) pero en instituciones diferentes. La primera en un servicio público y la segunda en uno privado.

¿Qué valoración hace Silvia de cada una de éstas experiencias? Haciendo referencia a los controles pre-natales en la obra social, comenta: «En este embarazo (Jimena) me hice los controles por el SACRA. La atención es linda, también hay que sacar número como en todas partes, pero para mí era mejor porque la doctora era bien buenita».

Existe por un lado una valoración del tiempo dedicado a la atención. El buen *trato* entre los profesionales de salud y la gente es rescatado y apreciado muy claramente. «En los Centros maternos los médicos andan siempre apurados y no tienen tiempo...»

Pero también se da en el caso de Silvia, la asociación de que aquello que es pago es mejor y lo que es gratuito es peor, expresado de manera muy simplista. Esta idea subyace en la preferencia de muchos de los demandantes de los servicios privados de salud, y está muy estimulado por las corrientes de opinión que favorecen el arancelamiento de los servicios públicos. Sin entrar a discutir en este momento la validez o no de dichas argumentaciones, el caso presentado es un claro ejemplo de lo dicho anteriormente. «... en cambio allá (en la obra social) cuando uno paga siempre lo atienden mejor».

La antinomia privado/pago - público/gratuito lleva a una falsa antinomia superior - inferior. No son necesariamente mejores los servicios privados (obras sociales) respecto a los públicos, hay una amplia y variada gama de ofertas en ambos, donde la calidad de las prestaciones y los suministros en recursos

diagnósticos y terapéuticos es muy diversa. La diferencia no pasa siempre por el hecho de ser pago o no, sino que tiene que ver con una compleja serie de elementos que tienen que ver con la fragmentación de nuestro Sistema de Salud, con las políticas de ajuste, con el incremento de la desocupación y con muchos otros aspectos que no es el objetivo de este trabajo analizar. Sí es importante señalar cómo un *discurso privatizador* que atraviesa nuestra sociedad, se materializa en la percepción y la vivencia de lo que es mejor o peor en términos de pago de un servicio. Para la madre de Jimena, lo pago simboliza una mejor prestación.

Otro elemento que Silvia menciona como diferente entre el servicio público y privado es el grado de privacidad que ofrece uno u otro. «Era más lindo en la Clínica porque hay una tranquilidad que no se siente en el Hospital, en el Hospital hay muchos médicos. Cuando estaba por tener a Bárbara, había muchísimos médicos y yo con las piernas abiertas. En cambio allá hay un solo médico que la atiende a uno y es mejor. No hay personas que pasan y miran, pasan y miran como si fuera un circo...»

Este aspecto que parece poco relevante también opera como un factor inhibitorio para los controles, especialmente ginecológicos.

LA PERDIDA DE JIMENA

Jimena pudo hacerse un solo control, a la semana de nacida y ya no llegó a hacerse el segundo al mes siguiente.

«Le hice un solo control de peso, cuando nació la de los siete días, y después me han dicho que vuelva al mes y después ya no le hice el otro».

Estaba creciendo bien, alimentada de pecho y mamadera. «El pecho también tomaba ella, tenía bastante leche así que... Después sí tomaba mamadera, los dos le daba».

Silvia cuenta con muchos detalles el episodio de la muerte de su hija, cuando estaba por cumplir su primer mes de vida, teniendo muy presente cada momento. «Ese día a la novecita, era el día ocho y yo le estaba dando la leche en la mamadera, ya era como las doce, y estaba tomando y justo mi esposo le estaba haciendo el agujerito más grande a la mamadera porque *«se cansa de tomar y no chupa nada la pobre»*. Entonces se levantó y le hizo un agujerito más grande a la mamadera, y yo le seguía dando, y después yo la ponía media paradita para que empiece a dar los eructitos. El (su marido) estaba al lado mío y como si lo estuviera mirando a él, ha hecho el provechito en su

cara y nosotros nos reíamos. Después yo la he hecho dormir en mis brazos y la he puesto en el moisés».

Jimena vuelve a despertarse a las dos de la mañana, y su mamá va directamente a prepararle otra mamadera suponiendo que llora por hambre. Se vuelve a dormir. «Ya que se ha vuelto a dormir no voy a hacer ruido y con la luz prendida me dormí porque yo digo «*ya se va a volver a despertar*» y agarré la mamadera y la puse en la punta de la cama».

A las siete de la mañana, cuando su marido se va a trabajar, Silvia medio se despierta pero Jimena no hacía ningún ruido. «El se fue y yo me he vuelto a dormir hasta las nueve y cuando me desperté la fui a ver y digo «*que raro que no se haya despertado*» y me he fijado y ya estaba durita, con los bracitos dobladitos y estaba con los ojitos entrecerrados».

Silvia va en busca a su madre que no encuentra, ya que ese día se había ido a trabajar temprano. «Entonces yo le dije a él (su hermano) que la vaya a llamar a su suegra (vive a la vuelta de su casa). Cuando vino mi suegra, yo ya me había vestido y salió ella primero con la chiquita en los brazos y yo detrás. Iba corriendo también a la Salita, tenía un pánico yo... y cuando hemos llegado, ella decía «*la chiquita se ha muerto, la chiquita se ha muerto!*». Entonces la enfermera ha entrado en la Enfermería y ha abierto el oxígeno y ella dijo «*no, sí se ha muerto...*»

En todo momento Silvia busca la compañía de algún familiar. Incluso en el Centro de Salud le preguntan primero donde trabaja su madre para poder ubicarla. Silvia es vista como una mamá adolescente, siendo requerida la presencia de sus padres. Cuando van llegando los familiares, toman una actitud que pasa por una relación adulto-niña, retándola por lo sucedido. «Después todos los que han llegado me han retado porque decían que yo la había descuidado y por eso se ha muerto. El que más me ha retado ha sido mi suegro. Me decían «*esto te ha pasado por descuidada, por eso se te ha muerto la chiquita*».

Silvia parece no entender lo que ha sucedido, igual que sus familiares, que como reacción ante lo inevitable buscan un responsable. El certificado de defunción afirma como causa de muerte *broncoaspiración*. Sin embargo, por el comentario que el médico forense hace a la mamá de Jimena pareciera que más bien fue una *muerte súbita*. «La causa de muerte fue broncoaspiración. El médico forense me ha dicho que muchos hijos de médicos se mueren así. Que es la muerte blanca».

Y es aquí donde se pone de manifiesto el registro *real* de las causas de mortalidad infantil. Muchos certificados de defunción ponen como causa

el «paro cardíaco», que es evidentemente la causa final que interrumpe una vida, pero que no dice nada acerca de qué enfermedad, proceso o acontecimiento lo produjo. Lo mismo sucede con la desnutrición como causa de muerte. No está registrada como tal, siendo en definitiva la verdadera razón que lleva a la muerte a muchos de los niños durante su primer año de vida.

¿Jimena murió de una broncoaspiración o de una muerte súbita? No se quiere caer en la tentación de especular cuál debe haber sido la causa más probable de su fallecimiento, pero sí poner de manifiesto la relativa seriedad de los registros que se manejan, y la importancia que cobra para los estudios epidemiológicos.

LA CASA, LOS HIJOS Y EL FUTURO

A pesar de ser joven la mamá de Jimena tiene proyectos propios y bien definidos. Esta posibilidad la diferencia radicalmente de otras mujeres que siendo jóvenes han sido madres. Silvia no está sola, tiene un compañero que la apoya y tiene una familia ampliada que la contiene en lo afectivo y la ayuda en lo económico.

Quiere tener otro hijo y para eso ha dejado de cuidarse con métodos anticonceptivos. «Ahora dejé de tomar la pastilla. Estaba cuidándome pero ahora no». La decisión de un hijo es de ella más que de su marido, repitiendo los roles tradicionales del hombre responsable de la producción y la mujer de la reproducción. Refiriéndose a su esposo dice: «A veces no quiere pero a veces sí quiere. Total, yo soy la que los cuido». Sin embargo, aunque este rol tradicional se reproduce en Silvia, no excluye sino más bien se suma con la posibilidad de trabajar para ayudar al ingreso familiar, marcando la tendencia a que la responsabilidad en la producción sea compartida por el hombre y la mujer.

El solo hecho de planificar el número y el momento de tener los hijos ya significa un importante ejemplo de locus de control interno. No fue así con sus dos embarazos anteriores. En ambos casos Silvia relata «quedé embarazada», dejando ver una situación no prevista ni planificada, por lo menos conscientemente.

Esta posibilidad de control interno, marca una clara diferencia de la situación de Margarita, la mamá de Ezequiel, teniendo casi la misma edad. Esta *diferencia* obedece a nuestro modo de ver, a distintos factores que entre sí se relacionan y potencian positiva o negativamente. Por un lado un mayor nivel de desarrollo individual producto del nivel de instrucción y de las características del entorno familiar, con mayores estímulos y valoración de la educa-

ción. Vínculos más estables tanto en la relación de pareja como en la propia situación familiar y además y en relación a los anteriores, por las condiciones de vida.

«Las que tuvieron una familia protectora, afectuosa y solidaria -fue- ra ésta completa o monoparental, intacta o reconstituida, biológica o adoptiva- pudieron a su vez constituir una familia viable». (Rosa N. Geldstein, 1994)

Y este pareciera ser el destino de la familia de Silvia por las características que hoy pueden observarse.

Sin darles un orden estricto de importancia, los elementos antes mencionados se van potenciando o condicionando mutuamente formando un círculo vicioso en el caso de Margarita, y facilitando un espiral ascendente de desarrollo personal en el caso de Silvia, que se refleja entre otras cosas, en la capacidad de ver más allá del día a día, y proponerse metas a lograr.

Silvia va madurando y creciendo como mujer y madre, capitalizando sus propias experiencias lo que le permite además de planificar y verse proyectada en el futuro, encarar su vida de manera diferente. «Cuando la Bárbara era chiquita es como que uno no la disfruta. Más bien uno está aprendiendo lo que tiene que hacer, aprender a ser mamá. A ella casi no la disfruté como bebé y cuando la Jimena ha nacido dije que con ella iba a ser diferente: yo le acariciaba la carita y cuando la cambiaba le hablaba...»

La secuencia de sus planes es primero la casa, luego el trabajo y tercero más hijos. «Quiero tener dos hijos. Cuando sean más grandes, cuando tenga mi casa, cuando esté establecida tal vez tenga otro...»

Dentro del proyecto de construir la casa propia, está la posibilidad de instalarse allí para trabajar como peluquera. «El año que viene y en cuanto pueda me voy para allá. Uno siempre quiere su casa. Quiero poner la peluquería, aquí no se puede porque no hay lugar y somos muchos».

Una infancia y adolescencia sin holguras pero sin sobresaltos, una familia contenedora, un nivel socio-económico sencillo pero no precario, conforman un cimiento lo suficientemente sólido como para que pueda edificarse una familia donde no debiera repetirse un caso de mortalidad infantil, ya que en términos objetivos estarían dadas las condiciones para que así fuera.

CAPITULO 6

MICAELA

«Quizás por eso yo no creo en las imágenes, porque yo por mi hija le hecho promesa al Señor de Sumalao. En esos días mi marido se había ido caminando de aquí a Sumalao. Y después pasó esto y yo digo, ¿por qué, Señor?»

(mamá de Micaela)

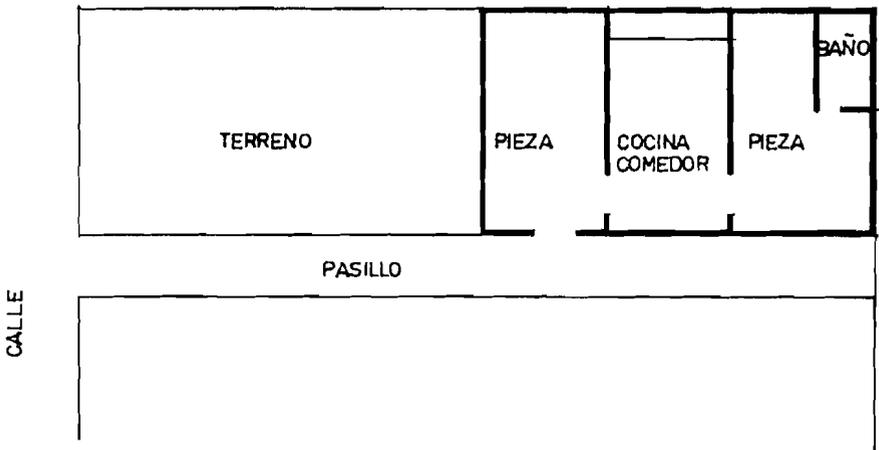
EL HOGAR DE MICAELA

El papá de Micaela tiene 35 y su mamá 23. El trabaja de ayudante de albañil ganando aproximadamente \$ 250 por mes. Para completar el sueldo que no alcanza, ya que tienen una serie de gastos fijos (la cuota del terreno donde viven, la cuota del juego de dormitorio, el seguro del entierro de su hija), es sereno el fin de semana en la obra donde trabaja.

Tienen obra social de la empresa constructora pero está contratado por obras, cuando se termina no saben si se quedará sin trabajo. «El ahora se está sacrificando, va los días sábados y domingos de sereno. Entonces yo casi nunca lo veo a él».

Tanto el padre como la madre son originarios de distintos pueblitos de Jujuy y ambos comenzaron a trabajar desde muy jóvenes, hecho que les impidió seguir estudiando en la escuela secundaria.

La vivienda es de material con techo de loza y piso y consta de tres piezas incluyendo la cocina. Las conversaciones con la mamá de Micaela y la presencia de sus dos hermanitas, transcurrieron en el dormitorio de sus papás, con un juego de dormitorio nuevo, que aún están pagando y con el fondo de un televisor que estaba en otro cuarto. Tienen heladera e incluso un equipo de música. El aspecto general de la casa es muy limpio y ordenado. La casa la construyeron ellos con ayuda de un hermano de Viviana y el terreno aún lo están pagando.



Aunque el ingreso es bajo y hay gastos fuertes que afrontar, la forma de administrar el dinero y la obtención de otros recursos permiten un pasar apretado pero que da lugar a un mínimo de planificación y de proyecto futuro. «Poco él gana, pero una divide la plata en la casa y hace alcanzar...»

Reciben cada mes el bolsón de la Cooperativa de Bienestar Social que trae alimentos como arroz, azúcar y legumbres que aprovecha íntegramente, además de obtener la leche del Centro de Salud. «...compro de a poquito la verdura y de la mercadería poco compro porque retiro el bolsón de la Cooperativa». Estos apoyos, más la ayuda que le propicia la tía de Micaela mandándoles verduras o quedándose en su casa a comer (ya que ella siempre cocina para dar pensión), resultan distintos granitos de arena que permiten una vida con muchas privaciones pero donde lo básico no falta.

Como en el caso del hogar de Jimena, esta relativa *estabilidad*, les permite además ver más allá de lo cotidiano y hacer proyectos futuros, para satisfacer necesidades mediatas e inmediatas e incluso tener más tiempo libre para compartir en familia. Distintos momentos de las entrevistas así lo reflejan.

«Como planeo hacer mi casita, al frente, bien hechita, no como esto, pero en este mismo terreno. Entonces quería comprar todas las cosas para hacer el cimiento. «Esta casa no tiene cimiento ni columnas y me da miedo».

Tiene pensado enviar a sus hijas con su mamá en Jujuy, así ella puede trabajar todo el verano y ayudar a pagar el terreno, cuya cuota de \$ 80 se les hace pesado para pagar. «Quiero dejarlas todo el verano, hasta que empieza el tiempo de la escuela. Yo decía así, para irme a trabajar para ayudarlo a mi marido porque sino no se puede, hasta que termine de pagar el terreno, y cuando termine eso estoy mejor, puedo comprarle ropa a mis hijas e incluso a él mismo porque también necesita».

Pero como se mencionaba anteriormente, el interés de la mamá de Micaela de poder trabajar es para aliviar a su marido y que él pueda dejar su trabajo de sereno. «...estaríamos el sábado y el domingo juntos, y como él dice nos iríamos por lo menos de campo, porque ellos también lo necesitan para pasear con los chicos».

Quien maneja el dinero en la casa es Viviana, y eso tiene una doble significación. Por un lado, la capacidad de distribuir a lo largo del mes los gastos de acuerdo al ingreso que denota una planificación que se expresa también en otros ámbitos de la vida. La capacidad de administrar, permite preveer mínimamente y priorizar aquello que se considere más importante.

Pero el otro aspecto a destacar, es que en un medio socio-cultural como el que provienen los papás de Micaela, que sea la mujer y no el hombre el que administra el dinero denota una relación horizontal de pareja, y no una subordinación como podrá verse en otros casos.

Esta relación de pareja horizontal tiene diversas manifestaciones, en la ayuda que se propician mutuamente, marido y mujer en las distintas obligaciones de la vida. De la misma manera que el papá de Micaela, ayuda en la cocina, con los pañales y lo que sea necesario en la casa, Viviana quiere volver a salir a trabajar en la fábrica para aliviar a su marido del trabajo de sereno.

«Me ayuda en todo, hasta a cocinar me ayuda...Por eso yo no quisiera que le pasara nada a él. Incluso con las chicas me ayuda, por ejemplo por las noches me daba flojera levantarme a mí, y él se levantaba a hacerle la leche, *a él no le importaba eso*». Hay una actitud no-machista reconocida y valorada. Este sentido de solidaridad y apoyo mutuo representa la base de una relación de pareja sólida y contenedora.

LOS NACIMIENTOS Y LAS PERDIDAS

Micaela nació a los seis meses con un peso de 1300 gramos. No fue el único caso en su familia, ya que de los cinco embarazos que tuvo su madre, de los cuales ella fue el último, solo uno llegó a término, los demás fueron todos prematuros. En uno de ellos la pérdida resultó antes de los cinco meses, pero en los otros tres que llegaron a nacer, solo uno pudo sobrevivir.

Esto significa que Micaela ha tenido dos hermanas que hoy tienen una 5 años y la otra un año y nueve meses. Las otras dos, que también fueron prematuras, no sobrevivieron como ella.

En el *primer embarazo*, Viviana, la mamá de Micaela, no se había hecho ningún control pre natal. Estaba teniendo un buen embarazo, sin dolores ni molestias hasta que la rotura de la bolsa en el sexto mes de gestación la obligó a internarse de urgencia. Como desconocía los síntomas del parto y como le faltaban aún muchos días hasta el alumbramiento, lo último que pensó era que su bebé estaba por nacer.

Su marido trabajaba en una fábrica durante la noche y esperó hasta las 6 de la mañana que él volviera para que la lleve en bicicleta al Hospital. Durante una semana de internación trataron de retener a su bebé que terminó naciendo de parto normal cuando tenía seis meses y medio de gestación. Yanina pesó al

nacer 1,470 kilos, pero luego de 15 días pudo ir a su casa. Su mamá primeriza soñaba con llevársela a casa y pudo más su deseo que las condiciones médicas objetivas para determinar la vuelta al hogar. Ese deseo materializado en afecto y cuidados le permitieron un desarrollo normal y sostenido.

«En Neonatología la trataron super bien porque la doctora era muy buena. Quizás yo la he retirado antes de que tenga su peso normal porque yo le decía que la quería tener en mi casa y ella me decía que no porque puede haber complicaciones después, y yo le he insistido tanto que me la ha dado, y después no podía creer porque había crecido mucho, estaba gordita...»

El *segundo embarazo* fue diferente. «Fue malo, porque desde que me quedé embarazada he empezado a sufrir, no podía comer, todo lo vomitaba...» Fue a hacerse un único control al Centro de Salud pero como no podía ni levantarse no realizó los análisis que le habían mandado.

«La he tenido a ella a los cinco meses. Directamente casi la he perdido porque ha nacido y a los 20 minutos ha fallecido porque era muy chiquitita, pesaba 800 gramos, nena también era... Me hicieron cesárea.»

En su estancia en la Maternidad, al saber sus dos antecedentes de niños prematuros le explican de la importancia de hacerse controlar.

Y es así que en su *tercer embarazo*, Viviana se hace control con la ginecóloga del Centro de Salud y además toma contacto con una doctora en la Maternidad «que se especializa en estos temas», iniciando una serie de estudios.

«Ha nacido mi bebita a los seis meses cuando yo me he enfermado cuando estaba haciendo los papeles. No sabía bien la doctora lo que tenía porque recién me había empezado a atender, me estaban haciendo estudios».

Estuvo internada en Neonatología durante *cuatro meses*, donde paulatinamente fue subiendo de peso, acercándose el momento de ir a su casa, cuando una complicación la llevó a Terapia, falleciendo a los pocos días. «Cuando yo la he visto a mi nenita así yo me ponía mal, porque yo la quería mucho, la quería traer a la casa, ya le había comprado de todo para ella...»

El *cuarto embarazo* tuvo afortunadamente un final feliz. A pesar de sufrir al comienzo del mismo, de baja presión y vómitos, sumado o tal vez asociado al temor al inicio porque «tenía mucho miedo porque pensaba que se me iba a morir», logró llegar al fin de su embarazo sin problemas. «...andaba bien, no tenía nada, iba a la casa de mi cuñada, la ayudaba y no tenía

miedo de perderlo, estaba tranquila. Y ella nació justo a los nueve meses. Me tenían que hacer cesárea pero no me la han hecho, nació normal. Fue en la Maternidad».

Viviana manifiesta desconfianza en la atención del Centro de Salud, donde se hizo controlar solo el primer mes. «Yo no tenía confianza en la Salita porque yo les contaba mi problema y ellos no sabían hacer nada, ningún estudio. Entonces empecé a hacerme control con la Mutual de mi marido».

A los seis meses de embarazo su marido se queda sin trabajo y por lo tanto sin Obra Social. Viviana se sigue atendiendo entonces en el Hospital donde expresa satisfacción por el control recibido.

¿Qué factores contribuyeron a que llegara a término su embarazo? No se pretende dar una respuesta acabada a semejante pregunta, pero parece importante señalar algunos elementos, que en el relato de Viviana, tienen una significación especial.

La diferencia cualitativa que produjo su elección por la Obra Social y más tarde por el Hospital tiene distintos componentes: el trato con el personal médico (la relación interpersonal), la posibilidad de tratarse con un especialista, la realización de estudios diagnósticos que le posibilitaban un mejor seguimiento y mayor seguridad, la explicación de la evolución del estado de salud, son algunos de los factores que posibilitaron una mejor atención y consecuentemente una mayor seguridad y contención.

Su crítica al Centro de Salud no es extensiva a todo el Sistema Público. «En el Hospital también atienden bien pero hay que esperar y esperar. Yendo a una Clínica atienden instantáneamente y los ven y están limpios y la comida...La atendieron super bien a mi nena cuando estuvo internada en la Clínica, así fue».(por una cuadro de neumonía)

Como señala Susana Lumi varias son las razones por las cuales el Hospital Público, mucho más que los Centros de Salud son «*el destinatario final de la demanda, y no siempre debido a la complejidad del caso, sino a la capacidad de respuesta*». (Lumi S., 1994)

Esta capacidad de respuesta está dada por la *seguridad* de ser siempre atendido, ya sea en los Consultorios Externos o en los Servicios de Guardia donde ningún paciente queda sin atención, en contraposición al reducido número de horas de consulta de los Centros de Salud.

Pero en el caso de Viviana su cuestionamiento apunta a otras de las características de los Centros de Salud que S.Lumi explica, que es la limitación en todos aquellos recursos diagnósticos o terapéuticos de los cuales el Hospital tiene una mayor ventaja.

«Los recursos materiales son, en el ámbito de la atención de la salud, elementos tan importantes como los recursos humanos, porque en algunos casos condicionan seriamente la actividad de éstos últimos». (Lumi S., 1994)

La posibilidad de hacerse estudios ya sea en la Obra Social como en el Hospital (ecografías, análisis, etc.) no solo permitió un seguimiento más cercano y profundo del embarazo sino la representación simbólica en Viviana de que todos estos elementos le daban confianza y en definitiva seguridad.

Existe además una idea clara de lo que significa una buena prestación de un servicio en salud. «Cuando me atendían en la Salita, la ginecóloga no me revisaba bien. Cuando a una la atienden le tienen que ver la panza, medirle, escuchar el corazoncito del bebé... A mí me hacían sentar, y sólo me preguntaban qué me pasaba.»

EL NACIMIENTO DE MICAELA

El embarazo de Micaela fue controlado en la Obra Social. «Me hice controlar en la Obra Social porque mi marido ya tenía trabajo, y la doctora era muy buena. Ella también me mandó a hacer análisis y ecografías. Ella quería saber por qué los pierdo a ese tiempo a los chiquitos, tal vez yo tenga la matriz abierta. Ella me explicaba bien, como ningún otro médico.»

En ese momento, Viviana estaba trabajando en una fábrica, en un trabajo que ella consideraba tranquilo ya que era contar unas semillas y embolsarlas. Tenía que estar sentada, y la ginecóloga le autorizó para que pueda seguir haciéndolo. «Yo le he contado lo que hacía (a la ginecóloga), y me decía que no había problema porque estaba quieta. Además me decía que el bebé estaba bien, que cuando pasen esos días me iba a hacer el control más seguido, cada diez días.»

Fue en el trabajo donde Viviana comenzó el trabajo de parto, cuando estaba aún de seis meses. Allí rompió la bolsa y fue llevada en ambulancia a la Maternidad, a pesar de que ella quería ir a la Clínica para que la atienda su médica. En medio del apuro, la ambulancia la lleva al Hospital.

Era la primera vez que no era su marido quien la llevaba. Eso le producía

angustia por no estar con él, por no tener sus documentos, por ir a la Maternidad, por volver a perder su bebé...

«... cuando el doctor ha venido y me ha puesto el aparato para escuchar los latidos, dice *«no tiene latidos, hay que pasarla urgente al quirófano»*, en ese momento yo sentía que me ataba uno de una mano otro de la otra, y me han empezado a poner las sondas. Ya tenía la anestesia pero de aquí para abajo nada más, y en la anterior me habían tenido que anestesiarse total porque yo gritaba, sentía los dolores. Entonces yo pensaba que iba a ser lo mismo, que iba a sentir los dolores. Ellos me pillaban con la pinza y yo gritaba. Antes de entrar en la sala de parto me han dejado en el pasillo y ahí estaba y yo decía que mi nenita se iba a morir (bueno, yo no creía que iba a ser una nena, pensaba que iba a ser un varón). Yo decía que capaz que se va a asfixiar, que se iba a morir porque ya tenía dura la panza y ahí me han dejado sola en el pasillo, y tenía miedo y lloraba...»

Durante todo este proceso, Viviana está presa del pánico, revive otros momentos que la angustian y no hay nadie que pueda calmarla. El apuro de la situación hace que la operen en la misma camilla, y en pocos minutos nace Micaela con 1300 gramos, quien es llevada muy rápidamente para ponerle oxígeno.

Todo el relato traduce la presencia de una respuesta rápida del personal de salud y una ausencia de contención más emocional, que probablemente la misma situación no favorecía, pero que era tan necesaria como la asistencia física.

Viviana es sedada con un medicamento y despierta con su marido al lado. Recién entonces sabe que es una nena y que está en Neonatología asistida con oxígeno.

Después de algunos días vuelve a su trabajo, quedando Micaela internada, repartiendo su tiempo entre la casa, el trabajo y el Hospital, donde fallece Micaela a los 26 días de vida. Causa: muerte súbita.

El relato de la muerte de Micaela narrado por su madre, representa la «historia no oficial», donde la causa aparece como un error o descuido del personal de enfermería. No es nuestro propósito indagar cuál ha sido la verdadera causa de muerte, pero como en cada uno de los casos presentados, reconstruir la corta vida de éstos niños a partir de las representaciones y percepciones de sus respectivas madres.

El relato es largo y muy detallado, como que hubiera quedado muy fijo

en la memoria de Viviana cada diálogo, cada imagen. Se trataba de extraer las partes más significativas con el fin de que se pueda tener con la mayor claridad posible, la secuencia de lo sucedido.

Viviana siguió trabajando hasta que se le terminó su contrato y no lo renovó porque tenía que ir diariamente al Hospital a ver a su beba internada, llevarle los pañales y a que le extrajeran su leche para alimentarla. Así van sucediendo los días, en los cuales Micaela va evolucionando porque como los mismos médicos le habían dicho a sus padres: «ella va a salir adelante porque no tiene ningún problema, sus pulmones estaban bien...»

Según cuenta su madre, Micaela se puso mal por un problema en sus piernitas causado por unas medias...» Unas monjitas pasaban regalando unas medicitas nuevas que yo llevé para Neonatología para mi nena, y con esas medias fue que tuvo el problema de los piecitos pero no fue porque le han puesto bien... Como eran grandes y se le salían, la enfermera que anteriormente estaba se las sabía poner atadas con una gasa pero no ajustada, y ella estaba bien... Después de eso vine un día viernes por la tarde y estaban envueltos sus piecitos con las medias y en la terminación le han puesto cinta adhesiva, y a mí me ha parecido tan raro, porque cómo le van a envolver así...»

Viviana a pesar de percibir que no estaba bien lo que habían hecho, no interviene pero sí le muestra a su marido, como buscando otra opinión. «En esos días ella estaba molesta, lloraba y lloraba y yo no sabía por qué y había sido por los piecitos.»

El domingo cuando van a bañarla, le comunican al doctor lo que han visto. La primera reacción del médico es de acusar a la madre del hecho, pero Viviana rápidamente se defiende afirmando que ha sido una enfermera. «Tenía hasta las piernitas super hinchadas, parecía que se le iban a explotar, color de uva toda la plantita de los pies».

El lunes la pasan a Terapia y la doctora llama a su madre para explicarle: «Ella me explicó, me dijo que se le habían reventado las venitas de los pies, todas las venitas, y yo entonces me asusté y he pensado que ella iba a quedar así, porque de acá de los tobillitos no iba a mover los pies, que iba a quedar inválida... Eso le ha afectado muchísimo, me ha dicho ella porque claro, cuando ella me ha explicado me ha dicho *«no se cómo van a sanar los pies de tu hija, por ahora está evolucionando así»*.

Viviana observaba la cantidad de aparatos y sondas que entraban y salían del pequeño cuerpecito de Micaela sin entender realmente qué estaba pasando pero intuendo que la situación era grave. *«¿Para qué es esto?»*, le

pregunta a una enfermera que al responderle que era para el corazón, Viviana vuelve a preguntarse: «*si ella nunca ha tenido problemas con el corazón, ¿por qué le ponen eso ...?*»

Otra doctora que conocía bien a Viviana porque había atendido a su otra hija durante una internación, aprovecha la presencia del papá de Micaela para hacerlos pasar a los dos a su consultorio y explicarles lo que estaba pasando. «*Tu hija está bien pero no sabemos cómo va a evolucionar de los pies*», me ha dicho ella, «*no sabemos cómo va a quedar*», me ha dicho. «*Eso hay que ver cuando se vaya deshinchando ...*» y hemos charlado un buen rato y ella me dice: «*mirá yo no quiero que ustedes hagan una denuncia...*» Porque nosotros teníamos la posibilidad de denunciarla a la enfermera, entonces dice: «*yo no quiero que haya más problemas, que esto se cierre así no más*».

Los papás de Micaela tenían esperanzas de que iba a mejorar, ya que empezaba a mover un poco los pies y las piernas se estaban deshinchando. Sin embargo, al llegar el viernes Viviana al Hospital: «... yo iba contenta con los pañales de mi hija en las manos, y estaba parada pensando que los médicos le estaban haciendo cambio de las gasas de los piecitos, y resulta que ya en ese minuto había fallecido...»

Según el certificado de defunción la causa de muerte fue *muerte súbita*, según sus padres un problema de los pies originado por un descuido del personal que le produjo complicaciones llevándola a la muerte. Visto el caso «desde afuera», las posibilidades de vida de un bebé prematuro y de bajo peso son limitadas, pero también es sabido el avance en la Ciencias de la salud en general y en Neonatología en particular, respecto a la sobrevivencia de estos bebés. Es necesario también destacar, que el Servicio de Neonatología del Hospital Materno-Infantil de la ciudad de Salta, goza de mucho prestigio y seriedad en la comunidad médica y en los usuarios. Esto es importante resaltarlo, porque podría argumentarse que en un servicio público de neonatología de una provincia del NOA, existen muchas dificultades y limitaciones para salvar estas vidas.

Existe un elemento en el relato de la mamá de Micaela, que hace pensar en la posibilidad concreta de una mala praxis, que es la mención que ella realiza sobre la posibilidad de hacer una *denuncia*, e incluso el pedido de una médica de hacerle una autopsia, a la cual sus padres se niegan.

Existe en Viviana un absoluto convencimiento de que fue un descuido y hasta cree poder identificar quien fue la persona responsable. Aquí es interesante la necesidad de la madre de encontrar un culpable que no es azarosa. Ella relata en distintos momentos (que se desarrollaran más adelante), la

relación con una enfermera que la reta continuamente porque en vez de ir todo el día al Hospital, se va a trabajar. Viviana está convencida que es ella la que ha colocado las medias con tal fuerza que le ha causado daño, eximiendo de responsabilidad al resto del personal, con quien ha tenido una buena relación.

Se da un paralelismo entre el vínculo que ella establece con el personal de salud y el que éste tiene con su hija. Quienes han sido amables y comprensivos con ella, también le han prodigado buenos cuidados a Micaela. Y al contrario, quien la «maltrató» también descuidó a su hija.

Está fuera de los propósitos del presente trabajo, «verificar» la información e indagar su veracidad. Lo importante es resaltar la importancia del vínculo entre los distintos actores y los alcances que pueden llegar a tener.

LAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES

Para Viviana las causas de las enfermedades son debidas a *descuidos* de ella, de su marido, o del personal de salud. Durante distintos momentos de su relato así lo manifiesta. En el caso extremo de la pérdida de sus dos hijas que llegaron a nacer y que estuvieron internadas, la causa de su muerte no lo atribuye al bajo peso, o a ser prematuras sino a una interrupción de una evolución lenta pero sostenida, provocado por un descuido, en ambos casos del personal de enfermería.

En el caso de la beba nacida (fruto de su tercer embarazo), también prematura y que llegó a estar internada cuatro meses, la causa de su muerte, según Viviana, fue el descuido de una enfermera que por no tomar las medidas de higiene necesarias, facilitó el contagio de otro bebé con neumonía. Evidentemente, las infecciones intrahospitalarias, son una lamentable moneda corriente en nuestros Hospitales, resultan un factor de riesgo permanente, independientemente del descuido o no de los profesionales de la salud.

Pero no es nuestra intención aquí, especular si fueron o no descuidos del personal de salud los que provocaron estas muertes infantiles. Sí constatar la necesidad de Viviana de encontrar un responsable, que en cada caso fue el que estaba a cargo de su cuidado.

En los episodios de enfermedad de sus hijas vivas, Viviana menciona al descuido como la causa del problema. «...como yo estaba internada (acababa de nacer Micaela), mi marido venía y se acostaba a dormir y ella se destapaba de noche, y él se dormía y no la volvía a tapar, y le agarró bronconeumonía a la gorda».

En otro momento señala:» Por ahí cuando me *descuido* parece que se quiere resfriar, ahí sí, pero sino no porque yo la tengo *cuidada* porque se que es una enfermiza, y siempre la tengo un poco abrigada».

El cuidado va muy asociado al estar cerca, al abrigo, al calor. Algo que pareciera ella no tuvo de sus padres todo el tiempo. A pesar de que Viviana tiene padre y madre y solo dos hermanos varones más grandes, ella vivió mucho tiempo con su madrina ya que según cuenta su padre no la quería. «...tenía muchos problemas con mi papá. Un día antes que sea el final de las clases de 7o. grado, él me ha votado de la casa».

Hoy día siendo adulta, esa situación se ha revertido. «Pero gracias a Dios mi papá ahora me quiere muchísimo, y fue mi mamá la que ha cambiado». En todo este relato, mucho más largo por cierto, Viviana transmite mucho dolor y carencia de afecto en distintos momentos de su vida. A pesar que no explicita las causas de estas distintas actitudes de sus padres, hay en la base un sentimiento de no ser querida y de celos hacia sus hermanos *varones* y a otros hermanos de crianza, que a pesar de tener otro «status», como ella deja entrever, son preferidos a ella. «... porque yo la quiero muchísimo a mi mamá, entonces digo por qué en ese sentido a mi no me corresponde. Por ejemplo a veces yo siento celos porque ella los quiere mucho más a mis hermanos. Ella nunca se ha enojado con ellos, en cambio conmigo sí».

Resulta importante mencionar estos detalles ya que resultaron muy significativos, por la carga emocional vivenciada en la entrevista. Sin ánimo de establecer una relación entre esos hechos y la personalidad de Viviana, cabe preguntar si esa percepción de falta de afecto tan primaria no tendrá algo que ver con sus pérdidas recurrentes, su dificultad por retener un embarazo.

Cuando se relataba su único embarazo a término, y se describía los posibles factores que pudieron haber contribuido, los que primaban era la buena relación con el personal médico, la explicación y diálogo acerca de su problema, en definitiva la posibilidad de seguridad y contención.

Este es un elemento que surge en la entrevista con Viviana de muy distintas maneras. Sería pecar de falta de seriedad, afirmar como absolutamente válida y explicativa las afirmaciones hechas precedentemente, pero consideramos también importante mencionarlas como *posibles* causas concomitantes, necesarias para tomar en cuenta.

Aquí se cree valioso señalar, la riqueza que representa la entrevista en profundidad, mucho más si se realiza en el propio ámbito del hogar. Podrá

advertirse sobre la carga «subjetiva» de la visión del investigador en cuanto recepción de sentimientos por parte del entrevistado, pero es justo señalar también, que sin hacer de ellos la panacea que todo lo explica, es necesario incorporarlos al análisis, ya que permite ver un problema a través de ángulos muy diferentes, como son las emociones que el entrevistado deja asomar a lo largo del diálogo.

Pero volviendo al descuido como causal de enfermedad, es en la madre de Micaela el conocimiento y la información lo que facilita un buen cuidado. Se nota mucha avidez e interés por saber y de allí su alta valoración a los profesionales que se toman el tiempo de explicarle cuáles son los problemas de salud, sus causas y su evolución.

Este interés por aprender está en Viviana desde pequeña. A pesar de que tuvo que salir a trabajar desde muy joven, lo prioritario era que pudiera terminar la primaria. «Ellos (sus empleadores) me habían dicho que me iban a poner en la escuela, me iban a hacer el pase y no fue así, por eso yo me he vuelto (al pueblito de Jujuy donde nació), porque no quería perder, allá estaba estudiando 6o. grado y he terminado allá».

A pesar de no poder seguir estudiando, Viviana aprende distintas cosas que le permiten reducir sus gastos. «Yo hago de todo. Les hago los vestidos para las fiestas de la escuela. Ahora sale de pájaro campana (refiriéndose a su hija de 5 años). Antes había estudiado corte y confección, también estudié peluquería (yo les corto el pelo) y repostería».

Este interés por conocer la ha llevado a querer leer y entender la historia clínica de Micaela, para saber con mayor precisión qué le estaba pasando a su hija. «...yo estaba queriendo leer la historia clínica, que va asentado allá, y la enfermera venía y me retaba. Porque a veces a uno le interesa porque los médicos no le explican bien.»

Es importante resaltar la actitud de la madre de Micaela en sus dos caras: el descuido como causa de problemas de salud, y su correlato, el interés por informarse y aprender. Estas patas dan sustento a un piso en cuanto a la posibilidad de control de aquellos factores que hacen al cuidado de la salud.

A pesar de que el hogar de Micaela es humilde, existe el recurso, que **justamente** en el caso de la madre de Esteban faltaba, que es el capital de información que se potencia por la disposición de la madre a la información, visualizada como herramienta necesaria para el control de los problemas en general.

LOS RETOS Y LA CULPA

Durante muchos de los momentos en que Viviana tuvo que acudir al sistema de Salud, en sus partos, en las internaciones de sus hijas, en los controles, ha experimentado situaciones en las cuales fue objeto de retos y culpabilizaciones.

Es importante señalarlas ya que fueron manifestadas en muy distintos momentos y sin ningún tipo de inducción, y como se vio en el caso de Jimena y se verá en otros, pueden operar como un mecanismo de alejamiento del Sistema de Salud.

Cuando nació Micaela, después de los días que su mamá estuvo internada, volvió a su trabajo de la fábrica. Todos los días iba al Hospital, repartiéndose entre el trabajo y la casa. «La enfermera me retaba porque yo trabajaba y ella me decía que yo no tenía que trabajar porque tenía mi hijita internada, y yo le decía: «si yo no trabajo, cómo quiere que le traiga las vitaminas, que le compre todo si son caras las cosas que piden para prematuros, trabaja mi esposo pero a él no le alcanza...» pero ella me insistía que yo tenía que venir y me retaba todos los días».

Cuando Micaela tuvo el problema de los pies, su madre quería saber qué era lo que estaba pasando y no satisfecha con las explicaciones que le daban «...no me dejaban leer el..., cómo es eso que está anotado con los datos, cuánto pesa, ah sí! la historia clínica, yo ya estaba queriendo leer y la enfermera venía y me retaba».

En los controles en el Centro de Salud, cuando por algún motivo no había podido llevar a su hija, el personal de salud que ella siempre identifica como las enfermeras, la hacían sentir culpable de no haberla traído.

El cuestionamiento es fundamentalmente al personal de enfermería y no al personal médico, al cual tal vez por una percepción de distinto nivel socio-cultural la inhibe. A los enfermeros los puede ver más de igual a igual, y eso le da licencia para cuestionarlos, criticarlos e incluso contestarles cuando fuera necesario.

«...Yo me reía porque en las dos últimas cesáreas los médicos han renegado con los enfermeros.»

A diferencia de Silvia (la mamá de Jimena) que también fue objeto de retos por parte del personal de salud, Viviana no se calla sino que pone freno a esa actitud reprobatoria. ¿Qué es lo que las distingue? Lo que surge como

primer explicación es la diferencia de edad de una y otra, que le impide a Silvia, por ser una madre tan joven, enfrentarse y cuestionarlas. Otro elemento que se percibe es la personalidad de Silvia, que siendo comparativamente mucho más tímida que Viviana limita la posibilidad de intervenir.

Pero existe, a nuestro modo de ver, otro conjunto de aspectos que están a la base de la actitud de Viviana y es como en las palabras de Pierre Bordieu, su *capital cultural y social*. (Bordieu P., 1980)

El origen social, la educación recibida, el tipo de experiencias y la posición ocupada en distintos ámbitos sociales que se han transitado van forjando formas casi inconscientes de mirar al mundo y de representarse su propio lugar en él. Todo esto va originando disposiciones a percibir, a actuar, a reflexionar, a demandar o no, que varían según las distintas clases sociales. (Minujin A., 1995).

Si bien Silvia y Viviana podría afirmarse que comparten una posición social similar (estando en todo caso mejor posicionada Silvia) el tipo de experiencias vividas por Viviana le confieren un mayor capital cultural.

Las múltiples experiencias de embarazos, partos, pérdidas e internaciones, con el consiguiente nutrido intercambio con el personal de salud, junto con la avidez natural de Viviana por preguntar y saber sobre los problemas de salud que ha vivido, la han llevado a ir acumulando un capital que le permite «pararse» de distinta manera frente a un profesional de la salud, máxime si lo visualiza de modo más horizontal como en el caso del personal de enfermería.

Este capital, que diferencia muy claramente a los nuevos pobres de los pobres estructurales en nuestro país, se da también al interior de cada uno de estos grupos sociales, y puede ser lo que modifique el curso de la vida de muchos de ellos.

En el caso más extremo de Margarita, la mamá de Esteban, el escaso capital social y cultural la hace extremadamente vulnerable a ella y a sus hijos. Para muchas personas en situación de pobreza, este capital representa una de sus mayores herramientas para poder ir venciendo la adversidad.

CAPITULO 7

GABRIEL

«Fue el primero que se enfermó tan feo. Siempre me decían que vaya al médico, y ahora no confío tanto en los médicos».

(mamá de Gabriel)

EL HOGAR DE GABRIEL

Su papá tiene 27 años y su mamá 26. Tiene tres hermanitas de 5, 3 y 2 años y una media-hermana de 8, hija de su mamá, criada con su abuela materna y que pasa temporadas con ellos. Ella va a cuarto grado y su hermanita recién comenzará a ir a Jardín de Infantes, así que todavía las tres niñas permanecen en la casa con su mamá, quien al momento de las entrevistas estaba embarazada de cinco meses.

Hace cuatro años que viven en la casa donde se realizaron las visitas, que es de sus suegros y que tiene dos cuartos de bloque con piso de tierra. Uno de cocina-comedor y el otro de dormitorio con una cama matrimonial y dos camitas que ocupan todo su espacio. Hay un enorme televisor blanco y negro que tiene su historia, ya que el abuelo de Gabriel lo compró cuando nació su papá hace casi 28 años. El baño (una letrina) queda afuera junto a la pileta. La conversación se desarrolló en la cocina, visitadas por gallinas y uno de los tres perros de la casa montando guardia en la puerta. La vivienda es precaria y muy pequeña, pero allí todo está muy limpio y ordenado. En las distintas visitas que se realizaron, las hijas estaban jugando sin perder de vista a su mamá, aseadas y bien vestidas y en la casa todo parecía en su lugar.

Antes vivían con sus suegros en otro barrio de la Capital, y es en ese período que Joaquina podía trabajar, cuando solo tenía una hija que su suegra podía cuidar. Ellos le prestan la casa a cambio de que paguen los impuestos que no pueden llegar a cubrir. «Ahora estamos en deuda con mi suegro, tenemos que ver cómo le vamos a pagar la casa. Nosotros habíamos quedado en venir a vivir acá pero pagando los impuestos y nos hemos dejado estar y ya le debemos como \$ 300 de impuestos de la casa, del terreno, de la luz. Ya que nos da para vivir, eso tenemos que pagar nosotros».

El hecho de que en esa casa hayan vivido sus suegros, les permitió una buena integración al barrio. «Acá vivía mi suegra y toda la gente que vive por acá es gente grande, así que lo conocen a mi marido desde que era chiquito. Todos lo quieren a él, a los chicos. No tengo problemas con los vecinos».

La mamá de Gabriel, Joaquina, perdió a su padre cuando era muy pequeña y ella junto a sus tres hermanos fue criada por una tía, mientras su madre trabajaba de empleada doméstica en casa adentro. Comenzó a trabajar a los doce años en casa de familia combinando trabajo y estudio, pudiendo así terminar la primaria. «Trabajaba medio día y medio día iba a la escuela. Quería terminar séptimo grado, así que iba a la nocturna».

El papá de Gabriel trabaja en un carrito tirado por un caballo que lleva a pastar cuando termina su jornada. «En el tiempo de las frutas vende frutas, cuando no hay frutas vende verduras. Anda aquí en el barrio o se va para Villa San Antonio. Primero se va al mercado y carga, y de ahí se va». Desde que era chico trabajaba de eso, ya que su papá también lo hacía y lamenta no tener un hijo varón para que lo acompañe en sus labores. Expresa una especie de *tradición familiar* en el trabajo, dejando sentado una continuidad en el mismo.

Su precaria inserción laboral produce un ingreso muy fluctuante, ya que además de depender del producto de las ventas diarias, está sujeto a que el papá de Gabriel salga a trabajar. Joaquina cuenta que por ejemplo por la infección de una muela su marido no pudo trabajar durante dos semanas. Como no había dinero para comprar, lo que les permitió seguir comiendo fue el haber tenido crianza de gallinas. «Aquí por ejemplo si no hay carne, hay huevos o se mata una gallina y ya se tiene la comida... Cuando no hay trabajo y no hay plata se carnea una».

No reciben ningún tipo de ayuda en leche o alimentos, siendo el único ingreso el de su papá que como antes mencionábamos es muy inestable. La mamá de Gabriel sabe de la dación de leche en el Centro de Salud a los niños menores de dos años pero solo una vez fue a buscarla. «Había que pasar por la nutricionista y esa es más *idiota*. Una sola vez he ido y me ha retado y no he vuelto a ir más». Nuevamente el trato entre los profesionales de la salud y la gente opera como un factor de rechazo al sistema y la sub-utilización de los servicios que presta.

Joaquina no ha vuelto a trabajar porque sus hijas son pequeñas y sobre todo porque su marido no la deja. Ella como en otros casos, vive el trabajo fuera de la casa como una actividad gratificante y quisiera poder volver a realizarla. «Sí me gusta trabajar, ahora extraño».

Aunque sus hijas son chicas y ella no estaría dispuesta a dejarlas solas, tampoco se plantea la posibilidad de buscar ayuda. Ni los vecinos, con quienes tiene una muy buena relación, ni sus suegros que si bien viven en otro barrio, tal vez podrían cuidarlas. Estas especulaciones, nos llevan a ver que posiblemente sea la no autorización de su marido la que opera como determinante. Este aspecto, que se analizara separadamente, hace a una configuración particular de vínculos intrafamiliares, que establece una dinámica propia al hogar que se manifiesta en actitudes y comportamientos.

EL EMBARAZO Y EL ALUMBRAMIENTO

El embarazo de Gabriel fue sin problemas, e igual que en los otros embarazos, su madre no se realizó controles pre-natales. «No me hice controlar, ni las vacunas me he hecho poner. Es mucha complicación porque en la Salita a veces no tienen, a veces sí tienen, así que no me hecho control de ninguno».

La *complicación* a la que hace referencia Joaquina, la mamá de Gabriel, se debe también a que no puede ir a ver al ginecólogo con sus hijas («no las dejan entrar»), y no teniendo con quien dejarlas sumado a las esperas que tiene que hacer, dificulta su asistencia a los controles.

Sin embargo, la razón fundamental radica en que no son percibidos como necesarios y que son más bien una pérdida de tiempo, máxime en el caso que estamos presentando donde la historia de los embarazos no trajo aparejada ningún problema de salud.

La evolución de un embarazo es un proceso, que salvo la presencia de alguna complicación, no requiere un seguimiento específico de parte de algún profesional. Tal es la percepción y el consecuente proceder de Joaquina como de muchas otras mujeres. Esta idea complementada con la falta de facilidades en horarios, y las esperas que supone provoca una baja o nula concurrencia a los controles pre-natales.

Es así como la mamá de Gabriel va directamente a la Maternidad. «Yo siempre he ido cuando los chiquitos estaban por nacer, con la bolsa rota o con muchos dolores y en quince minutos ya los tenía».

Sin embargo, en el caso de Gabriel fue diferente. Este es su relato: «Yo me había puesto a correr las camas, acomodar ahí justo un día antes de las Fiestas. Tuve que internarme porque tenía la bolsa rota y perdía mucho líquido. Así que he llegado y me han revisado y me han dejado internada. Nació dos días después que me interné».

A pesar de este comienzo accidentado de trabajo de parto, Gabriel nació sin complicaciones, a término y pesando 3,600 kg.

Por ser el primer varón, su papá estaba feliz, a pesar de que no le entusiasmaba el hecho de tener otro hijo. «Era la locura que yo tenga el changuito. Cuando nació estaba re contento».

Los embarazos son vividos con culpa por Joaquina que la ha llevado incluso a ocultarlos. «Durante todos los embarazos yo siempre me mezquinaba

por mis suegros. Decían que no les gusta que yo tenga chicos. A él (su marido) le gusta tener uno o docitos nomás dice, por eso siempre que andaba con la panza bien ajustada cuando iba para allá y más ajustada así (mostrando cómo lo hacía), para que no se entere y me rete...»

El pudor de Joaquina con sus suegros sobre sus embarazos responde más a vivirlo como una imprudencia dada su situación económica, y porque mantiene con ellos una relación deudora debido a que la casa se la prestan y ni siquiera pueden pagar los impuestos correspondientes que se comprometió a abonar.

Sus suegros, mucho más que su propia madre ejercen un rol de autoridad en éste como en otros aspectos. El fajarse solo dilataba el hecho de que se enteren, pero pudo también haber ejercido sobre ella misma, una especie de negación del embarazo o de no aceptación del mismo, que puede haber sido un ingrediente más para que no se hiciera controlar.

Con estos antecedentes podría haberse esperado de Joaquina una actitud poco maternal hacia sus hijos o de cierto fastidio. Sin embargo, todas las veces que se realizaron las visitas mostró signos de mucho afecto, paciencia y preocupación por sus hijos. Durante todos los momentos en que se produjeron los encuentros, tenía a sus hijas «*colgadas de sus faldas*» y con mucho cariño procuraba atenderlas y seguir la conversación.

LA ENFERMEDAD DE GABRIEL

Gabriel fue un bebé sano, que tomaba pecho de su mamá y salvo algún resfrío sin fiebre, no había presentado episodios de enfermedad.

Cuando tenía cuatro meses y medio, estando de visita en la casa de su abuela materna fuera de la capital, comenzó con un cuadro de vómitos que hizo que lo llevara a un Centro de Salud del lugar. «Fui a una Salita de Cerrillos y allí me han dicho que quizás se ha enfriado el estómago, que lo refriegue con *Mentisan* y lo refregué con *Mentisan* y ni aún así se le pasaba el vómito.»

El cuadro se fue complicando ya que además empezó a levantar fiebre y a tener diarrea.» Estaba con vómitos, fiebre y diarrea, empezó el 24 así; el 25 de Mayo era feriado así que digo «*donde lo van a atender*» y lo he dejado y el 26 he ido aquí a la mañana al médico (al Centro de Salud) y le he preguntado qué era lo que tenía, qué podía ser y me han dado que le de suero nada más porque era chiquitito y no le podían darle medicamentos y para la fiebre le han dado inyecciones.»

Como en la tarde no mejoraba y la fiebre tampoco cedía, Joaquina decide ir al Hospital. ¿Qué es lo que la lleva a buscar atención en el Hospital? ¿Por qué no insiste con el médico de la Salita? Igual que Viviana (el caso anterior) Joaquina manifiesta preferencia por el Hospital porque tiene la seguridad de que la van a atender. «El Hospital de Niños es más seguro, aquí terminan de atender y ya se van los médicos, a las cuatro o cinco de la tarde ya no están los médicos, así que uno tiene que ir para allá nomás».

Susana Lumi (1993), explica cómo la posibilidad de una Guardia permanente en un Hospital ofrece la garantía de atención en cualquier momento y cualquier día del año, facilitando una cobertura de atención las 24 horas del día, brindando una *seguridad* nada despreciable cuando el dinero y el tiempo son recursos escasos. En las propias palabras de Joaquina: «La Guardia, por más que demoren mucho, siempre atienden».

Pero la Guardia no solo es utilizada fuera del horario convencional de los consultorios externos o los días feriados, sino que suele estar abarrotada de pacientes durante cualquier momento del día por la respuesta inmediata que ofrece a una demanda de atención.

«Tradicionalmente las Guardias de los hospitales eran los lugares a los que acudían los sectores de más bajos ingresos, lo que estableció cierta rutina organizativa y una capacidad resolutive que es reconocida por la población». (A. Gershanik, 1993)

Esta *tradicción* tiene su origen en la posibilidad de solución inmediata al problema, pero también en la búsqueda de ayuda cuando el cuadro ya es muy serio siendo en muchos casos una verdadera emergencia su atención.

Pero es necesario señalar que la *facilidad* en la prestación no supone en absoluto calidad de la misma, sino en general todo lo contrario. Una Guardia está organizada para responder a emergencias y todo aquello que no lo sea, es atendido superficialmente o de manera muy focalizada sin contemplar el cuadro integralmente, solo procurando dar respuesta de manera puntual. La estructura organizativa del Hospital y el incremento de la demanda lleva a que sea la Guardia hospitalaria un servicio sobredimensionado.

Joaquina tiene entonces *seguridad* que en el Hospital van a atenderla y por eso allí acude, pero también juega otro elemento: la visualización del Centro de Salud como un lugar para dar solución a problemas de salud más banales (primeros auxilios; vacunación) y el Hospital como la institución que sabrá dar una respuesta a aquellos que son más serios. Dado que el cuadro de su bebé no se revertía se dirige al Hospital que cuenta con mayores

recursos humanos y terapéuticos. Esta idea, muy arraigada en no pocos sectores de la población, potenciada también por la creencia de que los profesionales de la salud de los Hospitales son mejores, produce también una sobre carga en los servicios hospitalarios para atender problemas de salud que podrían haber sido resueltos en los Centros de Salud.

Como su hija menor presentaba la misma sintomatología de Gabriel, Joaquina se va a la tarde al Hospital de Niños con sus dos hijos. «...Entonces los he llevado a los dos, y hemos llegado como a las seis de la tarde y a las diez nos han atendido, era el tiempo que estaban de paro. Nos han hecho sacar análisis de sangre a ella y al bebé; le he sacado el análisis de sangre y hasta las doce de la noche me he quedado ahí, a las doce y media hemos llegado aquí.»

Joaquina vuelve a su casa tranquila, ya que los análisis habían dado bien y no había sido necesario internar al bebé. «Me han hecho hacer los análisis y se los he presentado a la doctora esa noche nomás y me ha dicho que estaba bien, que no tenía nada grave que me lo trajera a la casa, que con el remedio que le habían dado se iba a componer. Ella (por su hija) se ha compuesto pero el bebé no».

Al día siguiente, el cuarto día desde que comenzó o fue percibido el problema de salud, Gabriel seguía con mucha fiebre, no retenía nada en el estómago ya que el suero que su mamá le daba lo vomitaba inmediatamente. Joaquina decide llevarlo nuevamente a la Salita. «Yo esa mañana le veía que se le cruzaba la vista para atrás, y lloraba y lloraba». En el Centro de Salud del barrio la doctora evalúa que está mejor que lo siga hidratando con suero por vía oral y que mandará a los agentes sanitarios *«para controlar si Ud. le está dando el suero y los medicamentos»*.

Joaquina insiste en distintos momentos del diálogo que ella lo veía mal al bebé, pero tanto en el Hospital como ese día nuevamente en el Centro de Salud le aseguran que el cuadro no es grave y que está evolucionando favorablemente. «La doctora esa (la de la Salita) me ha dicho que estaba bien, que ella lo veía bien al bebé y *yo me confiaba porque ellos son médicos»*.

Aunque durante el relato de la enfermedad de Gabriel, su mamá menciona el haber acudido a curanderos no queda claro en qué momento busca su ayuda por primera vez, siendo explícitas las intervenciones simultáneas de los dos recursos humanos, el oficial y el no-oficial.

«Yo le decía (a la doctora del Centro de Salud) que estaba mal y ella decía que estaba bien que ya estaba mejor y lo traje aquí y a la tarde estaba peor y mi marido dice *«tal vez los curanderos de acá no le hacen bien, lo llevemos allá que hay un hombrecito que cura de susto»*.

Joaquina nos cuenta entonces que ya lo había llevado a dos curanderos, a una viejita y a un hombre, y el *hombrecito* que su marido menciona es el tercero. En la tarde lo lleva y *lo hace curar* teniendo que volver durante dos días más. Eso no fue posible porque Gabriel fallece en las primeras horas de la mañana siguiente. «...lloraba mucho y se quejaba mucho esa noche. Después yo le he dado el pecho y me he dormido. Cuando ella avisa (su hija) que quería orinar lo hemos visto que estaba fallecido...»

La causa del deceso, de acuerdo al certificado efectuado por el médico forense fue *deshidratación*.

Hay que destacar tres elementos del relato de la enfermedad y muerte de Gabriel. En primer lugar, la recurrente percepción de su madre de que su bebé empeoraba cuando los profesionales de la salud le aseguraban lo contrario. De la misma manera que se considera fundamental el manejo de los signos de alarma por parte de la madre ante un problema de salud, se relativiza como en este caso, la *mirada* de quien conoce desde otro ángulo al enfermo y puede llegar a percibir cambios en su comportamiento o estado anímico. Este conocimiento no-profesional, intuitivo, a-científico no es tomado realmente en cuenta precisamente por eso. No obstante, es de mucho valor y es en general poco rescatado como aporte para comprender un cuadro clínico, máxime si la persona que lo hace es de un bajo nivel de instrucción.

Si bien es cierta la dificultad de interpretación de los procesos mórbidos que desde el discurso médico realizan los miembros de los sectores populares, y que lo hacen (como se verá más adelante) de manera confusa y fragmentada, también es cierto que esta lectura suele homologarse a cualquier interpretación acerca de los síntomas o signos de enfermedad por ellos percibidos.

Se da entonces, una sobrevaloración de los signos clínicos evaluados por un profesional de la salud y una subvaloración de aquellos que surgen de la observación cotidiana, sin más herramientas que el conocimiento más cercano y el sentido común.

En segundo lugar, el peregrinaje efectuado por Joaquina para que su hijo se curara, que significó en cuatro días: una consulta en un Centro de Salud fuera de Salta; dos consultas en la Salita del barrio; una consulta en el Hospital y otras donde curanderos. ¿Qué pasó en esta larga cadena de intervenciones? ¿Hubo un mal diagnóstico, un tratamiento equivocado o un mal seguimiento del mismo?

No corresponde y no es el objetivo de éste trabajo indagar las posibles «fallas» en estas intervenciones, ya sea del sistema oficial, del no-oficial como

de su propia familia, pero si analizar a partir del relato de la madre de Gabriel la representación que ella y su familia se hacen sobre la causa de la muerte de su hijo. Y es en éste sentido importante señalar que, a partir de un *comentario* que una médica les hiciera, acerca de la posibilidad de que haya sido meningitis la enfermedad de Gabriel, sus padres quedan con el convencimiento que una meningitis no tratada fue la causa de su muerte.

Resaltamos que fue un comentario y no una comprobación clínica ya que la médica que lo efectuó nunca llegó a ver a Gabriel, sino que fue una deducción a partir de los síntomas descritos por Joaquina. Es muy poco probable este argumento, por el marco y la circunstancia en que fue dicho y además porque su hermanita (que presentaba los mismos síntomas pero de manera más leve) pudo superar la enfermedad, con un tratamiento que no era para meningitis.

Lo significativo del caso es que tanto el padre como la madre de Gabriel, están convencidos que fue una meningitis lo que mató a su bebé. Esto se debe por un lado a la necesidad natural de buscar una responsabilidad que explique semejante desenlace. Si fue diagnosticado y se siguieron los cuidados que requería, ¿por qué no se curó? Los papás de Gabriel piensan que porque era otra la enfermedad. Por otro lado, en la historia familiar no hubo ningún episodio de enfermedad tan serio y sí hubo casos de diarrea o de vómitos, que fueron controlados sin mayores complicaciones. Esto se ve legitimado por la creencia de que las causas de las diarreas son generalmente «porque a veces se les afloja la panza porque comen mucha fruta», o los vómitos porque el chico estaba «asustado» como se verá en seguida. Para ellos entonces hubo otra enfermedad como la meningitis que no fue diagnosticada y tratada oportunamente. Joaquina dice de su marido: «él dice que fue por descuido de los médicos, porque no me han dicho antes de que era meningitis, porque las chinas (sus hijas) nunca se me habían enfermado tan feo.»

Y en tercer lugar, la utilización paralelamente del sistema oficial y no-oficial de salud. Para Joaquina, cuando Gabriel comienza con vómitos, cree que tiene *susto*. «Nosotros pensamos que era susto porque empezó con vómitos. Ha visto, todo chico que se asusta empieza con vómitos.»

La seguridad de Joaquina en la causa de los problemas de salud de su hijo, la lleva a ir a tres curanderos sucesivamente. «La primera vez me lo curó una viejita, y lo he vuelto a llevar a un hombre que decían que era mejor que ella y me lo ha curado pero él seguía así y le dije al curandero y él me dijo que entonces lo lleve al médico. Ya lo había llevado al médico esa mañana (fue el día antes que muriera, en el Centro de Salud) y en la espera a que me atiendan me fui a otro curandero.» Este último le dijo que

tenía que volver dos días más que el bebé estaba «muy asustado», pero Gabriel fallece a la mañana siguiente.

Cabe aclarar que *curar* en los términos de la medicina tradicional, no quiere decir que el paciente se halla efectivamente curado, sino que significa el proceso terapéutico. *Hacerse curares* entonces, someterse a la intervención de un curandero para dar solución a un problema de salud, independientemente de su resultado. Por otro lado, ¿qué es el *susto*?

«Es un trastorno provocado por un acontecimiento que asusta a la persona. En algunas regiones se le interpreta como «pérdida del alma» o «espíritu» por parte del paciente, a causa de una emoción fuerte, un susto o la ruptura de un tabú. Se describe como un proceso que provoca vómitos, diarrea, deshidratación y problemas en el sueño. Generalmente afecta a los niños, pero también puede ser un padecimiento de jóvenes y adultos. Hay diferentes formas de tratamiento, desde los caseros, con o sin plantas medicinales, hasta los rituales. Estos últimos consisten en recoger, levantar o llamar al espíritu para que se reintegre al cuerpo y mejore al enfermo, y es conducido por un curandero». (Kroeger A., Luna R., 1992)

Si la percepción de la enfermedad era el susto, era evidente que la intervención debía ser de parte de un curandero. Así lo entiende y procede en consecuencia la mamá de Gabriel. Sin embargo, no se queda únicamente con sus curaciones, sino que paralelamente acude al Sistema oficial de salud. Joaquina no abandona ninguno de los dos, pero ninguno logra controlar la enfermedad de su hijo. Sin embargo, percibe que después que lo llevara al último curandero, Gabriel «estaba más animado, miraba para todos lados».

Es difícil establecer a quien le tenía más confianza Joaquina para que su hijo se recuperara. Se da una síntesis entre lo que podríamos llamar «medicina oficial o moderna» y la «medicina tradicional». En casos como éste, no son incompatibles las propuestas terapéuticas de uno y otro y así lo entiende su madre. Que la etiología de la enfermedad sea un desequilibrio de la persona con la naturaleza, lo sobrenatural o las relaciones sociales, tal como lo entiende la medicina tradicional, no impide que los síntomas como fiebre o diarrea sean también controlados con recursos de la medicina moderna (jarabes; inyecciones). Esto es lo que Duncan Pedersen (Medicamentos y salud popular, 1988) denomina «medicina popular» y que está presente en cada uno de nosotros y se ve claramente en la madre de Gabriel. Ella tenía planeado llevarlo al Hospital para que lo internen y seguramente llevarlo primero a que le hagan otra curación donde el curandero. Ambos eran importantes, ambos podían salvarlo. Ninguno fue posible.

Pero si hay un cuestionamiento de los padres de Gabriel es a los médicos y no a los curanderos. ¿Por qué? ¿Por qué serán los médicos más responsables que los curanderos en la muerte de su hijo? ¿Acaso ellos muestran una seguridad en sus diagnósticos que los convierte en principales culpables cuando se equivocan? ¿La medicina moderna es visualizada como infalible? Sería de sumo interés poder indagar qué significación tienen uno u otro sistema en cuanto a eficacia y eficiencia, para así poder comprender un poco más el complejo conjunto de motivaciones y expectativas que están a la base de la búsqueda de ayuda ante un problema de salud.

LA RELACION DE PAREJA

Joaquina mantiene una relación de subordinación con su marido que se expresa en distintos ámbitos de su vida. Uno es el anteriormente señalado respecto a que ella trabaje fuera del hogar. «A él no le gusta, así que no creo que me deje salir a trabajar».

Esos otros ámbitos se fueron desprendiendo a lo largo de los distintos encuentros que se han tenido. Se tratara de analizar alguno de ellos.

En el caso de esta familia más que en ninguna otra, se tuvieron que hacer muchas visitas antes que se hiciera efectivo el dialogo con Joaquina. En varias de estas visitas, con quien se tuvo contacto fue con el marido, que con gesto amable pero desconfiado excusaba a su mujer de no poder atendernos por muy distintas razones. Finalmente, pudieron concretarse los encuentros, en el horario en que Joaquina tenía la seguridad que su marido no estuviera en la casa y con la precaución de concluir antes de que el pudiera llegar.

Contrariamente al caso anterior (la familia de Micaela), el manejo del dinero de la casa es efectuado completamente por el padre. El le deja a su esposa cada día una suma para hacer las compras de la comida, no pudiendo ella tampoco precisar el monto de sus ganancias diarias. De él depende para comprar cada cosa y resultó significativo el relato acerca del combustible empleado para cocinar. Aunque se había observado que en la cocina había una cocina a gas, Joaquina menciona entre los gastos diarios la compra de carbón.

«Se me terminó el gas. Hace como un mes que se me terminó y como mi marido no estaba trabajando...Así que con carbón me doy vuelta». Ella no decide que es lo prioritario para comprar. El dinero diario está pautado por la venta de cada día pero también es una forma de ejercer *control*. Es así como recurre a ciertas artimañas para que su marido le compre el gas. «Ahora me ha comprado el gas así que no tengo que estar lidiando con la leña. Ahora a

propósito he dejado el carbón para que se moje con la lluvia, para que me compre el gas».

Como veíamos en el caso de Viviana, el manejo del dinero por parte de la madre y además la posibilidad de un ingreso semanal o quincenal estable, favorecen la planificación del gasto, permitiendo una mayor racionalización en la asignación de los recursos. Este caso es justamente lo opuesto, y cabe preguntarse si esta dependencia de la mujer al marido no tendrá alguna influencia en otros aspectos de la vida, como la crianza de los hijos, la decisión de ir o no al médico, el pedir ayuda, en definitiva la capacidad autónoma de respuesta ante cualquier situación.

En distintos pasajes de las entrevistas Joaquina menciona que es su marido quien le dice lo que tiene que hacer, como legitimando su proceder. Ahora que está embarazada dice «...ahora me estoy haciendo control porque mi marido me dice que vaya.»

«A él le gusta que cuando él viene de trabajar yo lo atienda, sino se enoja. El no es de decir *«He llegado, no está ella yo me voy a cocinar lo que ella ha hecho, o me voy a calentar...»*, no, en todo es servido, tienen que servirle, así que tengo que estar aquí, si no va a renegar...»

Joaquina transmite una clara dependencia hacia su marido, él es quien le permite o no salir a trabajar; quien le dice de ir o no al médico; quien decide cómo distribuir el ingreso. Paralelamente, y como reforzando lo anterior, su marido normalmente no la ayuda en las tareas de la casa o en el cuidado de las hijas.

Sin embargo, queremos poner el énfasis en esta *situación habitual* en el hogar de Gabriel y los cambios que se avizoran desde la circunstancia de su muerte. Para ello es muy instrumental la diferenciación que Silvina Ramos realiza entre condiciones socioeconómicas y circunstancias críticas:

«La distinción entre condiciones y circunstancias apunta a perfilar dos dimensiones de la realidad social que estamos analizando, la vida cotidiana de una familia pobre urbana. Las condiciones dan cuenta de características estructurales de los sujetos. Me refiero a lo que comúnmente se da en llamar las «condiciones socio-económicas»... Las circunstancias apuntan a señalar aquellos acontecimientos o situaciones que, aunque predictibles y en cierta medida planificados, constituyen períodos o momentos de aguda tensión, de stress en la vida de los sujetos... y por otro lado, aquellas situaciones menos predictibles e incluso a veces sorpresivas, que deben enfrentar las familias y a las cuales deben

responder inmediatamente, como por ejemplo situaciones de enfermedad, muerte, desocupación y accidente, entre otras». (S.Ramos, 1981)

Se podría hacer extensivo el concepto de *condiciones* no solo a las socio-económicas sino a la red de vínculos y relaciones intra-familiares que están determinadas por una tradición socio-cultural que aunque es dinámica y va modificándose en la interacción social que cada generación y sujeto ejercen, tienden a reproducirse y son un marco de referencia para el análisis de las conductas observadas.

Es en la relación marido-mujer; padre-hijos y madre-hijos donde se imprimen los valores, las expectativas, los significados del rol que cada uno debe ejercer. En la familia de Gabriel, lo «normal», lo cotidiano, es la subordinación de la madre y los hijos al padre, y el ejercicio casi absoluto de su autoridad. Sin embargo la crisis familiar que suscitó la muerte de Gabriel fue una *circunstancia* que tuvo y está teniendo una repercusión significativa en la dinámica de la familia.

«El (marido) sí me ayuda ahora, después de lo que nos ha pasado me ayuda. Es que él antes tomaba mucho, vivía en la calle. Venía de vender y discutíamos y volvía a salir a tomar. En cambio ahora no, sabe lo que es andar de un lado para otro, ir a los médicos, volver...»

La circunstancia de la muerte de Gabriel marcó un antes y un después en el vínculo entre sus padres, en la relación del papá con sus hijos y con él mismo. «Ahora no toma, porque si él toma va a ser peor para él porque lo va a recordar mucho (a Gabriel), por eso no quiere tomar».

Esta crisis ofrece otro contexto a través del cual se puede comprender el cambio o la adecuación de las relaciones sociales, en nuestro caso intra-familiares. La pérdida de un hijo produjo un disturbio del hábito y la adaptación a una nueva situación. Esta crisis puede comprenderse entonces como disruptora de la rutina en las relaciones al interior de la familia y como generadora de nuevos hábitos de relación y convivencia.

Puede ser el germen de un proceso de democratización al interior de la familia de Gabriel, para que como reza el lema del Año Internacional de la Familia (1994) se pueda «*Erigir la democracia más pequeña en el corazón de la sociedad*».

CAPITULO 8

ROSARIO

«Si parece que era para que se muera. Qué va a hacer... Dios se la ha querido llevar y bueno, se la ha llevado...»

(papá de Rosario)

LA FAMILIA

Los papás de Rosario no son originarios de la capital. Su papá es boliviano y su mamá de Santa Victoria, una región al norte de la provincia. Ambos migraron siendo muy jóvenes, trabajando de lo que podían, buscando mejores oportunidades de vida. Hace 17 años que están juntos, tuvieron cinco hijos (incluida Rosario) y están esperando el sexto. Ellos tienen 13, 12, 10 y 4 años.

La vivienda tiene cuatro cuartos levantados por el padre, con piso de tierra y bloques revocados por dentro. Algunas de las aberturas no tienen ventanas y al costado hay una letrina junto a un piletón. También tienen un horno de pan. «Algún fin de semana cuando me da la «guapeza» amaso pan», nos cuenta la madre. La casa está construida en la parte de atrás del terreno, bastante precariamente, con la idea de construir otra mejor en la parte delantera, donde ahora los chicos juegan en un terreno muy bien barrido y sin restos de basura.

«Siempre vivimos alquilando nosotros. Después nos hemos inscrito en este terreno y nos ha salido y vinimos para acá. Vamos haciendo el rancho poco a poco. Lo estamos pagando en cuotas, no hemos terminado todavía, diez y siete faltan». Hace un mes que le han puesto cloacas en el barrio y su próximo paso es poder hacer el baño.

Parte del terreno lo utilizan de huerta, y muy orgullosa cuenta de la cosecha de maíz que compartió con sus vecinos, dejando asomar su origen rural y comunitario.

El papá de Rosario es analfabeto. Ha trabajado por distintos puntos del país. «Iba a trabajar en las fincas, a cosechar tomates, papas, frutas, así ha andado trabajando». Ya después empezó a trabajar de albañil, pero no de manera permanente. «Mi esposo quincenal cobra \$90 o \$100, no cobra mucho...Lo máximo haciendo horas extras».

Antonia, la mamá, estudió hasta cuarto grado y trabaja desde hace 12 años en una oficina como ordenanza donde tiene Obra Social. Trabaja medio día, aunque en el período en el cual se le realizaron las entrevistas estaba trabajando mañana y tarde, en reemplazo de otra persona. Gana con el salario familiar \$300 por mes, bastante más que su marido, hecho que tiene implicancias que se desarrollarán más adelante.

A Antonia le gusta mucho salir a trabajar. «Me gusta porque yo desde chica he trabajado». Aunque está embarazada de 7 meses no le pesa tener que

ir a su trabajo.»Estoy acostumbrada a trabajar. En serio, *me enferma* cuando estoy acá. No veo las horas de estar bajando».

Para la mamá de Rosario, el trabajo significa mucho más que un ingreso económico necesario para la manutención del hogar. Uno de los días en que se realizó la entrevista se pudo ver el cambio que se operaba en Antonia cuando se alistaba para ir a su trabajo. Antes de la misma, había estado lavando ropa y estaba con una remera vieja y rota y muy desarreglada. Cuando llegó la hora de irse al trabajo y salió de su cuarto cambiada, era otra persona: el cabello recogido con un moño y una pollera marrón con una blusa blanca impecable. Preocupada por no llegar tarde, avisó que se iba a sus hijas, que estaban viendo televisión donde unas amigas. Esa transformación externa expresa un cambio también interior. La experiencia de trabajo fuera de la casa tiene consecuencias que van más allá de las estrictamente económicas: robustece la autonomía y el sentido del propio valer, favoreciendo, como se verá más adelante, la horizontalidad en la toma de decisiones al interior de la familia, un aspecto importante en el proceso de democratización que anteriormente se mencionaba.

Los hermanos de Rosario van todos a la escuela, menos la más pequeña que recién comenzará éste año. Los padres valoran en gran medida la posibilidad de que los hijos asistan a la escuela, justamente porque ellos no la han tenido. «Que estudien lo que puedan, no digo que hagan títulos altos, pero algo...»

Los papás de Rosario ven una estrecha asociación entre nivel de instrucción y tipo de trabajo e ingreso, como un claro medio de ascenso social. Según su mamá «El que no estudia tiene que agarrar la escoba...» y hablando de su marido cuenta: «Les pega cuando no van a la escuela. Sí, porque él tiene un trabajo muy duro y dice *«así van a trabajar igual que yo»* dice, así que los manda a la escuela».

El estudio es el camino para lograr un buen trabajo y con él la posibilidad de una mejor calidad de vida. Si bien Antonia no niega su origen rural e incluso lo deja ver en varios momentos del diálogo, no se arrepiente de haber vendido a la ciudad y tampoco volvería a vivir donde nació. Lo urbano simboliza mayores posibilidades laborales y de desarrollo de sus hijos, representado en la escuela fundamentalmente. En la mayoría de las localidades del campo salteño, las escuelas son muy distantes y las posibilidades de acceder a un colegio secundario son limitadas.

Como se observaba en el hogar de Jimena y Micaela, hay además una proyección de futuro de los hijos que cabe en una situación de al menos mínima

estabilidad interna familiar. La hija mayor quiere hacer computación y el varón ir a una escuela técnica, quieren darles la posibilidad de capacitarse para «ganarse la vida».

LA MUERTE DE ROSARIO

En la historia de Rosario el relato de su muerte es claro y contundente, la historia oficial y no-oficial coinciden plenamente. Esta beba de 10 meses, que nació a término, pesando 3 kilos falleció por una *broncoaspiración*.

Antes de pasar al relato de su madre, es necesario destacar dos cosas. Por un lado éste fue el único caso donde tuvo que preguntarse directamente por el niño fallecido, ya que en el relato de la familia no había sido mencionado. En todas las otras entrevistas, surgió naturalmente del diálogo con la madre, y no fue necesario inducir el tema, objeto de este estudio. Esta situación no es fortuita y no se debe, como podría pensarse en primera instancia por ser un hecho de relativa importancia, o por falta de confianza con el entrevistador. Existe un reconocimiento en la responsabilidad del hecho, y éste es el otro elemento que queremos destacar. El ocultamiento de la beba fallecida tiene su origen en el pudor de quien reconoce un grado de responsabilidad. En este caso el padre de Rosario.

«Como yo trabajaba a la mañana, ella (su hija mayor de 13 años) me la cuidaba a la mañana, y después cuando me han pasado a la tarde ya no tenía quien me la cuide, me esperaba mi esposo, justo estaba sin trabajo y me la cuidaba él y ha visto que *el hombre no sabe cuidar chicos* y ese fue el problema, como ella estaba enfermita, él la había acostado y la chiquita estaba con vómitos y se ahogó con el vómito, eso dice el doctor...»

Fue Antonia, que al volver del trabajo encuentra a su hija muerta, cuando creían que estaba durmiendo. La llevó inmediatamente al Centro de Salud pero ya nada podía hacerse. «Cuando la he llevado a la Salita corriendo ya estaba pasada».

Este «accidente» que provocó la muerte de una beba de casi un año que estaba bien de peso y según relata su mamá nunca se había enfermado nos muestra una realidad social cada vez más cotidiana: los niños bajo el cuidado del padre, que por estar desocupado o tener un trabajo temporario quedan en la casa con los hijos.

Hasta ahora las campañas de educación y promoción de la salud tenían

como población meta la madre, por ser tradicionalmente la responsable de la salud y el cuidado de los niños. Una tarea ejercida casi siempre por la madre o en todo caso por alguna mujer, convirtiéndose en una labor básicamente femenina, que se hace extensiva a algunas profesiones de la salud como la enfermería, que tiene como centro de su accionar el *cuidado*.

Sin embargo, como menciona Alicia Gershanik :

«Durante los últimos años se observa en los hospitales, cambios en el tipo de acompañamiento que hace la familia al niño internado o que llega a consulta. En varios de los servicios consultados se señaló que la presencia del padre es considerablemente mayor» (Gershanik, 1992)

Luego agrega, *«Esta modificación en el «paisaje» del hospital debe estar generando cambios en las propias instituciones ya que la modalidad organizativa, los métodos de educación para la salud y otras acciones estaban orientadas a recibir y atender a madres acompañantes»*.(op,cit.)

En el caso concreto de Rosario, su mamá es la que tiene un trabajo estable y mejor remunerado, mientras que su padre tiene una precaria inserción laboral que produce que en períodos esté desocupado. Esta situación es «típica» de la configuración de los roles al interior de la familia en estos últimos años donde en muchas familias el principal sostén ya no es el hombre sino la mujer.

Estas modificaciones en los roles tradicionales de manutención del hogar va generando otros de mucha importancia para la mujer. En el caso de la familia que estamos analizando, el ingreso que Antonia trae a la casa, no es solamente más permanente que el de su marido, que es trabajador independiente, sino que incluso es mayor. Estos hechos le confieren a Antonia ciertos derechos en la casa, que muy probablemente no se hubieran dado de haber sido la situación inversa.

A pesar de que el marido «se hace servir» y no ayuda en las tareas de la casa, demostrando el rol tradicional del hombre y la mujer en el hogar, al contrario de Joaquina (mamá de Gabriel), en el manejo del dinero es Antonia quien tiene el «poder» absoluto. Lo dice con mucha convicción en la entrevista, no dejando lugar a duda alguna de que es a ella a quien le corresponde hacerlo. Antonia se siente con el derecho de administrar todo el dinero, incluso el que gana su marido. «Cuando el cobra me entrega el sueldo, sino no le doy de comer... porque sino él se va a chupar y se lo gasta.»

Su marido a veces se va a tomar los viernes con los amigos y cuando

Antonia se lo reprocha él le explica que son los amigos que lo llevan, que si no fuera parecería un «hombre dominado».

Sin embargo, el hecho de que sea Antonia la que maneja los ingresos le permite de alguna manera «controlar» este tipo de salidas de su marido, y preservar una erogación que puede desbaratar el presupuesto de la semana.

Pero lo importante a destacar es que difícilmente Antonia administraría el dinero si no fuera ella la que hace un aporte importante. Y esto tiene relevancia no solo para ella, en función de ejercer un poder que tradicionalmente era privativo del hombre, sino también es relevante para sus hijos.

Distintos estudios han demostrado que cuando es la madre la que tiene poder de decisión sobre la asignación de los recursos económicos, la proporción de gasto familiar dedicado al bienestar de los niños es mayor que en las familias donde esta asignación es efectuada por el padre. (Wainerman C., 1994)

En nuestro caso, que la administración del dinero sea manejada por la madre permite además, una planificación del gasto. «Voy al centro a hacer las compras, a veces encuentro más barato, me dura, compro \$ 20 de mercadería y me dura, me dura el resto del mes y sobra. Acá (en el barrio) es más caro. La verdura sí la compro acá, pero la mercadería, el azúcar, el fideo, el arroz, todo eso traigo del centro».

Tiene muy presente el monto de sus gastos, sabe cuanto paga de agua, la cuota del terreno, y los gastos de útiles que sus hijos siempre le reclaman. «El es el más exigente (el hijo varón). Lo que le pide la maestra que tiene que dar quiere que ya lo tengamos porque sino se enoja y le tiene que dar sí o sí, de donde sea hay que sacar...»

Haciendo un paralelismo entre Antonia y Viviana (la mamá de Micaela), donde ambas son las administradoras de la casa, tienen en común esta responsabilidad, pero que se ejerce, desde un punto de partida diferente. La relación de pareja de Viviana, como se señaló en su momento, es horizontal. Su marido le ayuda en la casa y en la crianza de sus hijos, de la misma manera que ella durante períodos trabaja afuera, aportando al ingreso familiar. En el presente caso, las responsabilidades de reproducción y producción no son compartidas en partes iguales. El marido trabaja pero no colabora en las tareas domésticas, mientras que Antonia asume las dos. Es una relación de pareja donde se mantienen los roles tradicionales, pero donde el hecho de compartir e incluso representar el mayor aporte al ingreso, produce que sea la mujer la que ejerce el rol de administrar los recursos económicos, que según esos mismos roles tradicionales, debería ser ejercido por el hombre.

La experiencia de ganar dinero en éste caso así como en muchos otros, tiene connotaciones que trasciende lo estrictamente económico, ya que fortalece la autoestima y permite ir conquistando espacios hasta este momento negados o limitados.

LOS CHICOS SOLOS

Estos cambios en los responsables del cuidado de los menores de edad se hace extensiva a los hermanos mayores, adolescentes o niños de corta edad que debido a la ausencia del padre y la madre se hacen cargo de los niños más pequeños. Ese *hacerse cargo* implica el cuidado en la higiene y el aseo, la alimentación, la prevención de accidentes domésticos, la capacidad de alarma ante un síntoma de enfermedad. Las conductas asociadas a estas situaciones son el resultado de una práctica, de un «ensayo-error», más que de una preparación previa brindada por un adulto.

Muy pocos son los programas destinados a la educación sanitaria de los niños. Incluso en la escuela, donde se pretende «educar para la vida», están en general ausentes contenidos y prácticas que busquen educar para la promoción de la salud.

Se organizan campañas específicas para prevención del cólera o el sida, muy importantes por cierto, pero se deja de lado una educación integral para protección y defensa de la vida y la salud. No se podrían evitar muchos problemas de salud e incluso muertes, si se tomara en cuenta a los niños como agentes de promoción de la salud?

Antonia siempre trabajó fuera de la casa, en general medio día y así crió a sus hijos. Desde que su hija mayor era muy pequeñita la dejaba sola con su hermano que aún era un bebé. «Cuando yo he comenzado a trabajar (en el mismo lugar donde está ahora), y bueno, la sabía dejar. Bajaba el colchón de la cama, lo ponía en el piso y así los dejaba, uno para un lado y el otro para el otro lado. Le preparaba la mamadera para cada uno y antes de salir los bañaba, se dormían y los dejaba solos. Tres horas nomás trabajaba. Así crié a mis hijos, de chiquitos los dejaba solos.»

Si bien la ausencia de la madre era de algunas horas, durante las mismas, una niña desde muy pequeña aprendía a jugar el rol de mamá. «Los cambiaba, no sé cómo los cambiaba pero ella se las arreglaba y yo le dejaba siempre la leche, le daba la fruta, todo. Los atendía como si fuese una *chica grande*».

La hermana mayor de Rosario tenía apenas tres años cuando se que-

daba sola con su hermanito bebé, y en las cuatro o cinco horas de ausencia de su madre, muchas eran las necesidades a satisfacer tanto físicas como afectivas. Desde el hambre o el frío, hasta el temor por una tarde tormentosa.

Aquí se combinan dos elementos que explican la situación que se acaba de describir. Por un lado la necesidad de la madre de salir a trabajar para incrementar un ingreso muy precario, y por el otro la ausencia de una familia ampliada que pueda brindarle ayuda en el cuidado de los hijos. Silvina E. Ramos muestra la importancia del intercambio y la ayuda mutua entre parientes fundamentalmente, o vecinos y amigos en sectores populares urbanos, que hacen a la organización de la vida cotidiana. (Ramos S., 1981)

La presencia de abuelos, hermanos o cuñadas viviendo en el barrio o por lo menos en la misma ciudad, favorece la ocasión de pedido de ayuda sobretodo en el cuidado de los menores de edad. Son sobretodo los parientes que ejercen estos roles, pero también se da entre vecinos o amigos. Estas acciones de intercambio de servicios (como en el caso del cuidado de los niños) o incluso de bienes (comida, ropa, dinero) representan un recurso fundamental para el «funcionamiento» de muchos hogares en sectores populares.

Los papás de Rosario no tienen familia en la ciudad de Salta, y tampoco se dan mucho con los vecinos.»Yo llego del trabajo y me meto adentro, no salgo más. No converso, no me doy, no hablo, siempre acá me quedo, viendo la tele, o tengo que coser algo o lavar...»

En quien recae la tarea del cuidado de los hermanos es en la hija mayor de la familia. Sobre esto es importante mencionar de que a pesar que la diferencia de edad entre los dos hijos mayores (la niña tiene aún 13 y el varón 12), la responsabilidad del cuidado es de la mujer y no del varón. Se sigue reproduciendo los roles tradicionales del hombre y la mujer e incluso en la actitud legitimadora de los padres hacia el varón de que sea callejero.»El chango (el varón) vive en la calle, apenas ha llegado ya estaba yendo para allá, ya había comido y allá se había ido».

Antonia afirma en distintos momentos del diálogo que fue su hija mayor la que crió a sus hijos, porque ella siempre trabajaba. El varón en cambio es eximido absolutamente del trabajo del cuidado de sus hermanos, y por el contrario reproduce el rol masculino de generar ingresos fuera del hogar. A pesar de tener 12 años él va los sábados a la Parroquia a ayudar en las tareas de albañilería. «Los sábados va a trabajar él solito. Allá en la Iglesia hay un señor que es amigo del papá, ahí se va a ayudarlo, él le paga. Le ayuda a hacer mezclas, a atar las columnas, a hacer unas piezas para que los chicos vayan a estudiar catecismo. Así que ahí se escapa los sábados, le gusta trabajar a él también».

El único hijo varón emula a su padre, no es bueno para los estudios pero sí para los trabajos de construcción, no ayuda en las tareas domésticas pero trabaja algunas horas fuera del hogar, y tiene una vida social fuera del ámbito familiar, ya que como a su padre sus amigos lo buscan y lo «sacan» de la casa permanentemente.

«Aunque no esté escrito, se espera mayor responsabilidad del varón en la generación de ingresos monetarios o en especie, y mayor responsabilidad de la mujer en el desempeño de las tareas domésticas». (Geldstein Rosa, 1994)

Estos roles se diferencian según sexo, imponiendo el cumplimiento de tareas diferenciales según el niño sea hombre o mujer e incluso de acuerdo a la posición que ocupan en el hogar, recayendo en la mayoría de los casos como en éste, en la hija *mujer mayor*, cuando se trata de las tareas domésticas.

Hoy, que podrían ser cualquiera de los dos los encargados del cuidado de los hermanos menores o de las labores domésticas, es siempre la hermana la que queda como responsable de las mismas, la que lava, cocina y cuida a sus hermanos y es el varón al que le es permitido salir y desentenderse de estos quehaceres.

LOS EMBARAZOS Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

Antonia manifiesta tener embarazos y partos sin complicaciones. Todos sus hijos nacieron con más de 2500 gramos, y salvo uno que fue octomesino, todos llegaron a término.

No suele hacerse controles durante el embarazo. «Voy directamente a la Maternidad». Argumenta las complicaciones que debido a su trabajo representa tener que sacar número temprano para ir a hacerse controlar a la Salita, pero en realidad ella no percibe como importante tener que hacerlo.

Antonia tiene cobertura social desde hace 12 años, eso significa que durante cuatro embarazos y partos podría haberse hecho atender en forma privada, sin tener que perder tiempo sacando número en los servicios públicos. A pesar de que eso le hubiera permitido atenderse en forma particular, no se hizo controles pre-natales, y sus hijos nacieron en el Hospital Público.

¿A qué se debe esta sub-utilización de un servicio por el cual ella paga mensualmente con sus aportes? En el caso concreto que estamos viendo creemos que se debe a dos razones. La lejanía de los centros de atención,

con el consiguiente costo en términos de tiempo y dinero (S. Lumi, 1993) y sobre todo el co-seguro que debe abonarse para cualquier tipo de prestación que muchas veces no está al alcance de sus usuarios. «Pago \$ 7 la orden».

Pero en el caso de Antonia, hay otro motivo que subyace al anterior y que es el que realmente opera como determinante. Para ella el embarazo y el parto son hechos propios de la naturaleza, y por lo mismo no necesitan de cuidados especiales. No hay que olvidar su origen rural y en este sentido es significativa una intervención de su hija de 10 años durante el diálogo. Cuando se le pregunta a Antonia sobre episodios de enfermedad de ella y su marido, ella responde que los dos son sanos que no han estado enfermos, y es allí que su hija interrumpe diciendo: «*Si se enferma, cuando tiene bebés...*», y su madre le contesta risueña y muy convencida que eso es *natural*.

Evidentemente un embarazo y un parto no son episodios de enfermedad, pero su hija nacida y criada en la ciudad tiene la representación simbólica de asistencia institucional. Para su madre, nacida y crecida en el campo, donde probablemente el parto de su propio nacimiento haya sido domiciliario, es *natural* su evolución y no requiere de mayores intervenciones, excepto el momento mismo del alumbramiento, que le ofrece a Antonia mayor seguridad el Hospital que su casa.

Salvo las vacunas, que ella tiene internalizadas como necesarias, el resto de los cuidados propios de los controles pre-natales no son visualizados como importantes.

El origen rural de Antonia está presente de muchas maneras en el proceso salud-enfermedad, siendo el anteriormente señalado sólo uno de ellos. Cuando sus hijos se enferman, hecho poco habitual, su madre recurre a remedios caseiros que aprendió en el campo. «Gracias a Dios que son sanos, no se enferman, no tengo problemas. Como prueba de eso, allí los tiene...» Cuando tienen algún resfrío le prepara azúcar tostada o algún yuyo. «Si allá (en el campo), nos curan así nomás, con yuyos del campo».

Cuando Antonia no percibe reprobación por el uso de yuyos se anima a dar más detalles. «Mi mamá y mi abuelita me enseñaron. Ellas se curan el resfriado con eso no más. Ese yuyo que le dicen el borracho y hay otro que le dicen huira-huira. Acá ese no se consigue, yo les curo con azúcar tostada, le hago hervir el laurel, ese de poner en la salsa. Lo hago hervir, a la brasa tiene que ser, y le tenés que poner en una taza, esas tazas de loza, se pone el azúcar necesaria, pones la bracita ahí y sale humo que se va quemando y yo los hago aspirar y eso les hace bien, les abre el pechito enseguida».

Como para legitimar su práctica agrega: «Algunas veces una no tiene para comprar y tiene que hacerle ésto que es más fácil y práctico, y además no tengo que estar gastando».

Cuando se le preguntó qué hace cuando se le enferman los chicos Antonia responde: «Al médico casi no los llevo». Esta respuesta tiene una doble significación: en el sentido que se enferman muy poco y de problemas que ella puede manejar (como los resfríos que antes contaba), pero además porque ella más que al médico prefiere llevarlos donde una curandera, como también hacían en su tierra cuando ella era pequeña.

Relata con mucho entusiasmo y convicción el episodio de enfermedad de su hija mayor cuando tenía ocho meses y la oportuna intervención de una curandera. Esta tal vez fue la enfermedad más seria que ha tenido hasta ahora algún miembro de su familia.

«Ella desde chiquita era muy inquieta. Corría la cama y no tenía dónde ponerla y yo me tenía que poner a lavar, a limpiar, así que me descuidaba un poco y ya estaba en el suelo. Tanto caerse y no se le iba ese vómito y diarrea que tenía, era mucho tiempo que estaba ya y estaba mal la chiquita, y la llevábamos a una curandera y ella me la ha curado, dice que estaba abierta la cabeza. Es buena la señora, vive acá, ella me la ha curado. La llevé a ella, la ha dejado durmiendo, le ha friccionado así los huesitos este de acá (señalando la cabeza). Creía que estaba desnucada, salido el huesito este de acá, y lo ha ubicado al huesito ese y así, fijate que ella te dice qué es lo que tiene y qué no tiene, todo. Se compuso. La ha dejado dormir, le ha dado una novalgina y eso es todo, le reza así... Más tarde se ha despertado comiendo como si no hubiese estado enferma nunca».

De acuerdo al relato, la curación de la niña fue casi mágica. Estuvo tres meses enferma y luego de la intervención de una curandera, despierta curada, animada y con apetito. Si ésta es la percepción del cambio operado en su hija, no cabe duda de que será la curandera el recurso humano requerido ante cualquier problema de salud. Y así es como sucede. Cuando Antonia vivía en el campo así se curaban su madre, su abuela, ella y sus hermanos. ¿Qué debería llevarla a modificar ese comportamiento, cuando su propia experiencia en la ciudad se lo confirma?

A pesar de manifestar de que sus hijos, salvo el caso antes mencionado, no han tenido problemas serios de salud, expresa que si algún problema de salud no puede controlarlo con remedios caseros, los lleva donde la curandera. «Cobra \$ 5 no más y le deja perfecto al chiquito. Acá vive en San Ignacio» (un barrio próximo a su casa).

¿Qué es lo que le ofrece a Antonia la curandera? Recurrir a una persona cuyo rol le es familiar (ya que en su casa así lo hacían); la convicción de que ella tendrá la solución al problema; la simplicidad del tratamiento y también la accesibilidad económica, geográfica y cultural.

Cuando se piensa en un Sistema de Salud que sea accesible a la gente, en general se piensa en que esté próximo a su vivienda y que no le signifique una erogación importante la atención a sus problemas de salud (ya sea por la misma prestación médica, así como por los elementos diagnósticos y terapéuticos).

Relativa importancia se le da a la distancia cultural que puede existir entre los oferentes de los servicios y los demandantes de los mismos y las consecuencias que origina. Cuando se hace referencia a la accesibilidad cultural se hace en su sentido más amplio, no solo en lo referente a pautas de alimentación o cuidado de la salud, sino también en lo que concierne a valores y creencias. Esta cercanía entre el mundo cultural de Antonia y la curandera, que muchas veces se convierte en un abismo entre la demanda y la oferta de los servicios, nos aproxima a uno de los elementos que influyen en la elección de una u otra prestación. La etilogía de las enfermedades así como los procedimientos terapéuticos para controlarlas pertenecen a cosmovisiones diferentes y a veces contrapuestas.

Cabe destacar, ya entrando en un análisis más lingüístico, que en los dos únicos momentos en que Antonia tutea al entrevistador es cuando hace el relato de la curandera y de utilización de los remedios caseros. Significa entrar en un terreno de confianza y de intimidad donde la distancia del «usted» ya no tiene lugar. Eran momentos en que se producía una mayor horizontalidad entrevistador-entrevistado cuando los temas dialogados tenían que ver con prácticas que hacían referencia a algo muy profundo como sus raíces.

UN MISMO HECHO Y DOS MIRADAS

No se quisiera cerrar este caso sin hacer mención a la distinta percepción que puede tenerse acerca de la actitud o comportamiento frente a una circunstancia, como es la muerte de un hijo. La referencia es concretamente a la percepción del agente sanitario y la nuestra respecto al duelo por el fallecimiento de Rosario.

Antes de acordar una visita con Antonia para hacerle las entrevistas, el agente sanitario a cargo de la familia nos acompañó a la casa y tuvimos oportunidad de conversar previamente sobre el caso. Con cierta carga de reproche

y fastidio explicaba como causal de la muerte de Rosario el descuido de su familia, y para reforzar su percepción de desidia hizo comentarios respecto al comportamiento de la familia durante el velorio de la bebita. Según el agente sanitario no había muestra alguna de dolor por la pérdida, dejando asomar un solapado juicio de valor hacia sus padres.

Como se mencionaba anteriormente Antonia no nombró a su hija fallecida cuando hablaba de su familia y se barajaron algunas posibles explicaciones al respecto. Sin embargo, cuando se hizo mención de Rosario la madre dio rienda suelta a sus sentimientos y pudo narrar lo que había sucedido. Durante su relato, muy interrumpido por el llanto que le provocaba revivirlo, transmitió un profundo dolor incluso confesando los problemas que había tenido con su marido, luego de la muerte, por hacerlo sentir culpable de lo que había sucedido.» Todos los días nos peleábamos por la chiquita...»

Este hecho que parece anecdótico tiene una connotación muy significativa y demuestra un pre-juicio muy delicado por parte del Agente Sanitario que sin lugar a dudas penetra en otros ámbitos y tiñe el vínculo *madre-agente sanitario/Sistema de Salud*.

Nos parece importante resaltarlo porque es una actitud recurrente en distintos miembros del personal de salud y está a la base de muchas actitudes reprobatorias y culposas de parte de los mismos.

Este agente sanitario, que visita regularmente ésta como otras familias, no sabía por ejemplo que Antonia trabajaba por las tardes desde hace 12 años y que tiene por lo tanto, entre otras cosas Obra Social. No es la intención cuestionar el rol puntual de este agente sanitario sino mostrar este hecho de manera paradigmática para poder analizar cuales son los mecanismos que mediatizan el conocimiento de las familias que visitan, y hasta que punto pueden estar sesgados por pre-conceptos y estereotipos que provocan en definitiva, el establecimiento de una *distancia* y consecuentemente un menor impacto en su labor.

La lectura que pude hacerse de esta situación tiene varios aspectos. Significa emitir un juicio de valor en base a lo manifiesto sin procurar indagar en lo que está profundo y latente. En relación a lo anterior, implica analizar una situación en base a un pre-concepto y no a un conocimiento real del hecho y además lleva consciente o inconscientemente a culpabilizar sobre lo sucedido.

Este último aspecto merece un análisis más integral. Como se menciona en la metodología del trabajo de investigación, antes de tomar contacto con las familias-caso, se tuvo una serie de reuniones con los agentes sanitarios, dialogando en conjunto e individualmente acerca de los proble-

mas del barrio y su quehacer. En algunos de esos encuentros se pudo notar en *algunos* agentes sanitarios un sentimiento de frustración. Ellos hacen una labor casa por casa, realizando acciones de prevención y de educación sanitaria, y a pesar de ello en muchas familias siguen teniendo problemas de salud recurrentes.

Si bien visualizan el problema considerando los determinantes más estructurales como las condiciones socio-económicas y la falta de saneamiento ambiental en el barrio, relatan no sin cierta frustración, cómo ellos no logran cambios de actitudes y comportamientos que evitarían muchos de esos problemas de salud que ellos diariamente relevan. Esta frustración los lleva en muchos casos a culpabilizar a la familia, como responsable de lo que les pasa.

Quisiéramos resaltar que esta actitud se vio en algunos agentes sanitarios, pero no en todos. Pero también se observa en otros profesionales de la salud, como se desprende en algunas de las entrevistas. Médicos, enfermeros, nutricionistas que ponen en la «voluntad de cambio de la gente» la llave para superar la mayoría de los problemas de salud, relativizando y a veces negando los condicionamientos de carácter más estructural, cuya modificación es un proceso, y no pueden superarse únicamente con acciones puntuales, sino que requieren de un conjunto de intervenciones de las cuales las provenientes del área de la salud son solo alguna de ellas.

Estas actitudes demuestran además la dificultad por entender las conductas en materia de salud de parte de la población. Entre el conocimiento-información que se tenga y el comportamiento-acción que se lleve a cabo, existe una serie de mediaciones y factores que distan mucho de permitir una relación directa causa-efecto entre ambos. Son en todo caso, una constelación de conocimientos y practicas, de hábitos y creencias, de valoraciones y prioridades que en conjunto llevan a la ejecución de ciertos actos.

El proceso de medicalización por otra parte, ha creado la ilusión de que todo lo referido a la salud es un problema médico y profesional. Esta ilusión opaca las condiciones reales que provocan la prevalencia de enfermedades que en su gran mayoría son evitables. (Modena M.E., 1983)

Del lado de la gente, este proceso claramente internalizado, donde el modelo médico curativo es el hegemónico, provoca la reducción de las demandas para mejores condiciones de salud, al reclamo por mayores y mejores servicios médicos, que como se ha visto en varios de los casos analizados, ha tenido un peso significativo, pero de ninguna manera el único o más importante.

El proceso de medicalización enfrenta además a los profesionales de la salud, con la impotencia (correlato de la omnipotencia de la profesión de la salud en general y médica en particular), de no poder modificar desde su práctica aquello que no depende básicamente de su accionar, sino de las condiciones materiales y sociales de vida y de las formas culturales e ideológicas con que se perciben la salud y la enfermedad.

CAPITULO 9

MARIANA DANIELA

«La bebida se ha muerto, Diocito se la lleva y la vuelve a traer, pero que la traiga chiquita y con juguetes. Decile a Diocito que la traiga rápido...»

(hermanita de Mariana D.)

EL PADRE, LA MADRE Y LOS HERMANOS

La mamá de Mariana Daniela nació en el Chaco salteño. Migró a la ciudad (primero a Jujuy y luego a Salta) con dos de sus nueve hermanos en busca de posibilidades de estudio y trabajo, empleándose como doméstica en casas de familia. «Es que allá en el campo no hay trabajo».

La decisión fue tomada por su padre, que la deja viviendo en la casa de otro hijo casado, de donde se fue por desavenencias con su cuñada. «Tercer año tengo yo en Jujuy de la secundaria. Sí, después he dejado y me fui a mi casa. Estaba en la casa de mi hermano y mi cuñada me trataba muy mal. Yo tenía que estudiar a la noche y me apagaba la luz. Siempre me ha tratado muy mal por eso me he vuelto a mi casa». No volvió a retomar sus estudios.

Cuando Esther (la mamá de Mariana Daniela) vuelve a Salta, conoce a su compañero con quien tendrá cuatro hijos: Daniela que hoy tiene seis años; Florencia Daniela que nació en 1990 y murió a los tres meses; Mariano que ahora tiene dos años y Mariana Daniela (el presente caso) que nació en 1995 y falleció a los quince días. Cuatro hijos, dos fallecidos y con nombres que se repiten. Este elemento llamó mucho la atención, por la significación que tiene o bien de reemplazo de una vida que se va y otra que vuelve, o bien por el convencimiento consciente o inconsciente de que alguna Daniela o Daniel, Mariana o Mariano sobrevivirá. «La mayor se llama Daniela sola, las tres se llaman Daniela y el bebe Mariano». Esta significación de que el niño que murió vuelve en otro que nace, se verá más claramente en los comentarios que Esther hace de su hija Daniela respecto a sus hermanitas fallecidas.

El papá de Mariana Daniela nació en Santiago del Estero y trabajaba como agente de policía hasta 1990, el año que falleció su primer hija. «Era agente. Lo han echado por mal comportamiento». En este caso, como en el de Antonia, el fallecimiento del hijo marca un antes y un después en la vida de su padre. «Y ya hemos tenido problemas cuando ha fallecido la bebida en el 90. El me ha acusado de que yo la he matado porque andaba mal con él y ha empezado a tomar y andar mal. Lo han echado de la Policía en el 90, cuando ha fallecido la chiquita, al poco tiempo se puso mal...»

En este caso, la circunstancia de la muerte de la hija ha producido un deterioro personal y familiar, lo contrario del caso de los padres de Gabriel, que dio lugar a un cambio favorable manifestado en una mejor relación de pareja de sus padres y en el abandono de la bebida por parte del papá.

La relación de los padres de Mariana Daniela fue siempre muy inestable,

con largos períodos de ausencia del padre. «Incluso él tiene otra mujer. Tiene un montón de hijos chicos que cuando él estaba acá venían a llorar porque no les daba leche. Si ni a mí que estaba conmigo me ayudó».

Desde el mes de Abril de 1994, antes que naciera Mariana, su papá no vive más con ellos. «El estaba acá viviendo. El se fue éste año (1994) recién. Lo he hecho sacar porque era el colmo, me vendía las cosas».

Esther, cuenta los distintos episodios donde su marido vendía lo que encontraba para sacar algo de dinero. «Cuando hemos vuelto de la escuela hemos encontrado la puerta bien abierta y se ha sacado el azúcar, toda la mercadería se ha sacado...»

Desde la leche en polvo para los chicos, hasta el aceite para las paspaduras tiene que dejar donde su vecino para no correr el riesgo que se lo lleve. Esther no tiene ninguna duda de que es su marido el que le saca las cosas ya que es un comportamiento muy conocido para ella. «Vende todo lo que encuentra porque no trabaja en nada».

El padre de Mariana representa desde hace varios años un problema más que un apoyo para su madre. De acuerdo a su relato, varios son los hechos que así lo demuestran.

No se hace cargo de la manutención de sus hijos, no dejándole ni dinero ni alimentos en las visitas que realiza. Por el contrario, hurta las pocas cosas que tienen para poder venderlas. Cuando todavía vivían juntos, durante distintos períodos se ausentaba de la casa sin explicación, teniendo otras parejas e hijos que probablemente vivan la misma situación que Esther y sus hijos. Todo este panorama llevó a que la mamá de Mariana Daniela se distanciara de sus hermanos que censuraban su relación de pareja.. «Mis hermanos son muy aparte de mí. No, no los veo. Ellos se han alejado mucho por el problema de que no lo quieren al padre de los chicos míos. Ellos dicen que lo corra. Pero, ¿qué pasa? Cuando él desaparece los chicos se enferman».

Esta es la única razón por la cual Esther no corta el vínculo con quien fuera su compañero, y es por la relación del padre con sus hijos, especialmente con Daniela. » ¿Sabe qué pasa? La chiquita se enferma cuando pasa un tiempo y no lo ve. Lo extraña al papá y es por eso que no lo corro. Directamente no le digo nada...»

Daniela sufrió una crisis cuando murió su primer hermanita. «Ha sufrido un trauma, pero los médicos la han sacado adelante y se ha compuesto. Ella hablaba y luego no podía hablar.»

Este antecedente produce en su madre un temor por una percepción indiferenciada de cierta vulnerabilidad afectiva, que la lleva a no causarle más daño emocional. «El (padre) va y viene, pero más por la nena más grande porque si él se pierde un tiempo, ella ya no come, no juega, está tirada en la cama como si estaría con sueño, y cuando está con él se le pasa todo.»

LAS CONDICIONES DE VIDA

Cuando nació Mariana Daniela, su mamá y sus hermanos se habían mudado a una pieza alquilada. Comparten con otra pieza que está alquilada, un baño que tiene pozo ciego y una pileta en un patio común. El cuarto es de material, carece de ventana, la puerta no puede cerrarse bien ya que le falta el picaporte, elemento faltante que ha permitido las sucesivas incursiones del papá y las consiguientes sustracciones.

Adentro hay dos camas contra la pared, una mesita con una pava y algunas frutas, y en una esquina un montón de ropa acumulada en el piso mezclada con juguetes rotos. No hay armario ni silla, ni una radio, ni cocina. Durante la semana no comen en la pieza y el fin de semana le piden a su vecino del cuarto del lado que les caliente algo. Un cable de dudosa seguridad proporciona con una bombilla muy tenue, la luz durante la noche. Todo está muy desordenado dando una sensación de dejadez y abandono.

Al momento de las entrevistas debía tres meses de alquiler, pero la señora que le alquila «la espera».

Describir las circunstancias en que Esther llega a esta pieza y se instala con sus dos hijos embarazada de Mariana Daniela, es detenerse como en una fotografía y observar minuciosamente los distintos *detalles* que allí se conjugan, ya que sintetizan muchos aspectos de su vida.

«Yo he comenzado a tener problemas con él, y él me ha denunciado que dejo los chicos solos todo el día y ya ha intervenido la defensora... Yo he tenido problemas con el asunto de los chicos, me han llevado los chicos detenidos a la Policía, la Seccional Primera, y me voy porque donde alquilaba antes se me goteaba la pieza y vengo del trabajo más o menos a las ocho o nueve, y me habían llevado los chicos para allí y me habían dejado una notita. Entonces me voy ese mismo rato y me han dicho que *no* estaban los chicos detenidos, sino que tenía que dar solución porque no podían quedar los chicos solos, que había una denuncia y que busque una pieza que sea segura, que no gotee, y me van a dar solución con una guardería si yo trabajara para que no queden los chicos solos.»

Esther tenía uno o dos días para buscar un cuarto y tomó el primero que se le presentó, pagó la pieza y se mudó al día siguiente. «...al otro día me he cambiado y ya me han entregado los chicos porque antes han venido a hacer la requisa».

Un hogar cuyo jefe es la madre, chicos muy pequeños que quedan solos, un ingreso escasisimo y fluctuante, la ausencia de una red familiar o social, la resolución de los problemas bajo presión, en definitiva vivir en el *límite* es la gráfica de una situación vivida por esta familia como seguramente muchas otras. Sin embargo esta situación claramente stressante (de la resolución del problema dependía que le devolvieran a sus hijos) es parte de su vida cotidiana. Más adelante podrá verse cómo se produce una cadena de problemas, unos ligados a otros que tienen como substrato una situación de carencia que abarca aspectos diversos y complejos. Los dos hijos fallecidos, la separación del padre de los chicos, intervenciones policiales, las penurias económicas, episodios recurrentes de enfermedad, temporadas de carencia absoluta, son parte de la vida cotidiana.

Lo que interesa aquí resaltar, es como una situación de pobreza extrema como la que se está analizando, tiene una diversidad de facetas que se interrelacionan y se potencian mutuamente y que escapan a los indicadores socioeconómicos que la miden.

«La pobreza ha sido extensamente considerada por la literatura sociológica. No solo se ha tratado de caracterizarla en su dimensión especialmente socioeconómica, sino que se ha intentado, al estilo de Oscar Lewis, caracterizar la cultura particular que en esta situación se crea. Desde la perspectiva socioeconómica, se reconoce la dificultad de listar y ponderar indicadores que permitan evaluar un estado o condición de pobreza. Los problemas de su medición distan de ser sencillos. La esencia de los esfuerzos en tal sentido consiste en separar a los pobres de los que no lo son. Para ello, se hace necesario elegir las dimensiones relevantes a analizar, establecer los «umbrales» a utilizar, definir los recursos y establecer la unidad de consumo a tener en cuenta (sea el individuo, la familia o el hogar, sea un grupo social determinado).» (Ramos S., 1981)

El hogar de Mariana Daniela es sin lugar a dudas un hogar pobre. La mayoría (sino todos) los indicadores socioeconómicos habituales así lo demuestran, pero los otros aspectos de la pobreza que esta familia muestra tan crudamente no son, evidentemente, puestos a la luz. Estos otros *aspectos de la pobreza* que se dan de muy diversa manera al interior de los hogares pobres, son seguramente los que contribuyen o a veces determinan la variación en los indicadores de mortalidad o morbilidad.

La realidad de la pobreza vista desde una óptica microsocia, permite así desentrañar en dimensiones más precisas y puntuales la compleja interrelación de factores sociales, políticos, económicos, legales, culturales, psicológicos, actitudinales e históricos particulares presentes en una situación concreta, que llevan a hechos de enfermedad o muerte en algunos hogares más que en otros.

Si bien por la naturaleza del presente estudio y por las características de los análisis de variables sociales, es muy difícil poder hacer una comparación con familias en situaciones similares, es necesario señalar que las especificidades que brindan estos *aspectos* tienen un peso relativo muy importante y por lo tanto insoslayable. La dificultad radica por supuesto, en la imposibilidad de analizar grupos poblacionales tomando en cuenta las particulares interrelaciones de los distintos aspectos de la pobreza. Sin embargo esta óptica permite, a partir del análisis de casos, comprender más profundamente las complejas situaciones familiares donde se producen estas muertes prematuras.

EL TRABAJO Y LA VIDA COTIDIANA

Esther trabaja como empleada doméstica y consigue su trabajo por medio de una Agencia. Cada día tiene que presentarse muy temprano para que le adjudiquen una casa, siendo normalmente cada vez una distinta. Trabaja cuatro horas por la mañana o cuatro horas en la tarde, teniendo que pasar también primero por la Agencia, en este caso después del mediodía.

«Antes de las siete de la mañana yo ya estaba en la Agencia para ser la primera en solicitar trabajo, porque si usted va tarde va a estar toda la mañana al vicio ahí y no trabaja. Más tempranito más seguro».

El sistema de pago de la Agencia es que cobra una hora de cada cuatro trabajadas, cobrando \$3.- la hora. «O sea nosotras cobramos seis horas y dos a la Agencia trabajando las ocho horas, y trabajando las cuatro horas le dejamos una hora».

Este sistema de tener que pasar por la Agencia cada día, incluso dos veces por día, resulta un desgaste de tiempo y energía entre idas y vueltas, complicándose por la distancia. Cuando se le pregunta si le pagan el pasaje hasta su casa Esther nos cuenta: «No, de acá hasta la Agencia no, pero de la Agencia hasta el trabajo si paga la clienta. Pero yo de acá no pagaba pasaje porque incluso me estaba yendo caminando al Centro, todos los días caminando, más de cuarenta y cinco minutos no tardo...»

Además de las horas trabajadas fuera de la casa se suman las de desplazamiento, que no solo le insumen tiempo sino también desgaste físico. Esta particularidad, la sobre-utilización del cuerpo es un elemento que a veces no se tiene presente como parte de la *cultura de la pobreza* y explica, como veremos más adelante no solo una jornada de trabajo mucho más larga sino también un desgaste mayor de energía a lo largo de la misma. En los sectores populares la falta de artefactos electrodomésticos para la ayuda en los quehaceres de la casa; la necesidad de hacer compras diariamente cuando el pago es por jornal y/o no existe una heladera para guardar los alimentos perecederos (como en el presente caso); el desplazamiento al lugar de trabajo combinado con el requerimiento de atender a los chicos resulta un esfuerzo adicional diario, mucho más acentuado cuando la madre es jefa del hogar y los hijos son menores de edad, como en el caso de Esther. Más adelante podrá verse la relación de lo anteriormente descrito, con la percepción de los procesos mórbidos.

«Yo me iba antes de la siete de la mañana. Cuando yo trabajaba a las cinco ya estaba levantada porque lo dejaba cambiado, lavado, todo a los chicos y ella (Daniela) a las seis ya tomaba la leche y yo ya me iba a la Agencia. Antes de las siete de la mañana yo ya estaba en la Agencia y después venía al mediodía con la comida para ellos, pero yo les dejaba fruta, todo a ellos».¹

Antes que los hermanitos de Mariana concurrieran a la Guardería, su mamá los dejaba solos las horas que ella trabajaba. Desde muy pequeña quedaba Daniela a cargo de sus hermanos menores, siendo visualizado por su madre como algo *natural*. «Cuando Mariano era bebuto me lo veía la nena. Ella lo sabe cambiar, lo baña, como muñeco lo trata». En esa circunstancia Esther había comenzado a trabajar a los quince días de nacido el bebe, resultando una situación de exceso de responsabilidad para Daniela que con solo cinco años quedaba a cargo de su hermano recién nacido. «La Dani me lo cuidaba. Incluso la nenita que falleció en el 90 ella la cuidaba, así que el para la Daniela era un muñeco».

Además, en distintos momentos del diálogo, la referencia que hace Esther de su hija de seis años pareciera que hablara de una adolescente y no de una niña, no solo por la responsabilidad que tiene desde muy chica sino también por el tipo de conversaciones que con ella mantiene (sobre el futuro de ellos, sobre su hermanito) y por el comportamiento que ha tenido en distintas circunstancias críticas. ¿Cabe preguntarse cómo será cuando sea adulta Daniela? ¿Qué tipo de huella dejará en su vida la niñez que ha tenido?

¹. Esta es la situación de Esther antes de la denuncia de su marido. En este momento ella cuenta con la Guardería para dejar a sus hijos, lugar donde también almuerzan.

A propósito de este punto, Elizabeth Jelin hace un análisis de la familia como instancia reproductora de patrones de desigualdad existentes dentro de una estructura social, y su análisis es muy pertinente para reflexionar sobre Daniela y su proyecto de vida. Haciendo referencia a los problemas sociales cuya incidencia más notoria es en los grupos adolescentes y juveniles (SIDA, embarazos adolescentes, abandono escolar, violencia, drogadicción) incorpora la noción de *daño* que afecta al proyecto de vida de los jóvenes y que tiende a ser acumulativo. (Jelin E., 1994)

«Este daño se refiere a dificultades graves que impiden que un individuo desarrolle sus potencialidades como persona, en distintos ámbitos de vida en sociedad (trabajo, familia y ciudadanía). Estas dificultades afectan tanto el presente como el futuro personal, restringiendo sus capacidades y su horizonte de oportunidades. El daño es, ante todo, un proceso de deterioro personal, pero que tiene un origen propiamente social ligado a la permanencia del individuo en un entorno conflictivo o «carenciado». Su manifestación extrema es la autodestrucción (en la combinación droga-SIDA).»

Si bien estas situaciones de riesgo juvenil pueden darse en cualquier clase social, la pobreza aumenta sin duda la vulnerabilidad por la mayor probabilidad de acumular *daños*. El papel que juega la familia en estos casos es fundamental, en la medida que pueda contener a pesar de la adversidad, como en los hogares de Jimena y Micaela. Pero es además importante, ya que la familia está inserta en un contexto social más amplio, que la acción estatal pueda orientarse a compensar las deficiencias familiares en la capacidad de socialización. (Jelin E., 1994)

En el caso de Daniela, su corta vida ya ha sido marcada por muchos daños que se van acumulando, y la perspectiva de disminución del riesgo no es muy alentadora.

Es difícil poder hacer una descripción de cómo es la vida cotidiana en el hogar de Mariana D., ya que está signado por contratiempos que cambian continuamente el curso de la rutina. Más bien podría decirse que no hay una rutina y que lo cotidiano son los problemas a resolver. Enfermedades de los chicos, internaciones, sucesivas mudanzas, sustracciones, embarazos con problemas, falta de dinero, hace que la vida en el hogar de Mariana Daniela sea un ciclo del *día a día*.

Resulta ser un círculo vicioso. Las condiciones de vida, en su sentido más amplio llevan a que Esther no pueda comprometerse a un trabajo más estable en una casa de familia o en otro lado, ya que continuamente sucede *algo* que produce un corte, una interrupción de lo que venía haciendo. Esto

le significa además de un ingreso inestable, la complicación de tener que ir a buscar trabajo diariamente. Por otro lado, esta situación cotidiana produce mayor tiempo de ausencia en la casa durante las jornadas laborales, con sus lógicas consecuencias y un mayor desgaste físico de la madre.

Esta *lógica* que parece poco racional se presenta como una forma de vida que inhibe e incluso bloquea las posibilidades de planificación al más corto plazo. A diferencia de algunos de los casos antes analizados, como el hogar de Rosario y el de Jimena, en la familia de Mariana Daniela existe una casi nula capacidad de poder ver más allá del *día a día*. Esta limitación se manifiesta de muy diversas maneras y explica algunas actitudes que tienen que ver con el proceso salud-enfermedad en cuanto a la prevención, los controles, el umbral de alarma ante un síntoma, como se verá más adelante.

LA VIDA Y LA MUERTE

Esther no se hizo control en ninguno de sus cuatro embarazos. «Ninguno, en los otros embarazos tampoco porque no tengo tiempo. Usted sabe que los controles son de lunes a viernes y los únicos días que yo puedo son los domingos y nadie va a hacerme el control ese día. Por no perder de trabajar...»

Nuevamente la no adecuación del Sistema de Salud a las necesidades de la gente, como se ha visto en otros casos. Este debería tener como prioridad justamente la cobertura de los sectores de mayor riesgo, que son aquellos que por su situación tienen menor disponibilidad horaria para acudir a los centros asistenciales. A pesar de esto, también se percibe en Esther, como en la mayoría de los casos analizados, una percepción de los controles prenatales como no necesarios o poco importantes.

Estudios de la UNICEF explican la asociación inversamente proporcional entre controles prenatales y mortalidad infantil: a mayor número de controles menor tasa de Mortalidad Infantil (UNICEF, 1992). Esta asociación, no muestra sin embargo las múltiples causas que llevan a la no asistencia a los controles. Nivel de instrucción, situaciones de pobreza crítica, valores culturales, organización del Sistema de Salud, son solo algunas.

A pesar de que en alguno de sus embarazos Esther tuvo problemas, nunca concurre al médico. Respecto al embarazo de Mariana Daniela nos cuenta: «Desde que he empezado el embarazo he estado enferma hasta el último día. Se me bajaba mucho la presión, me dolían mucho las caderas, me daban calambres».

Cuando nació Mariana D. su papá ya no vivía con ellos. Su mamá estaba sola con sus dos hermanos cuando tuvo los primeros signos de trabajo de parto. En su relato puede percibirse nuevamente el comportamiento de Daniela como si hubiera tenido más de cinco años en ese momento.

«Como a las diez de la noche me han empezado los dolores pero despacito. Pero como ya anteriormente había caído con esos dolores y no pasaba nada entonces yo digo: «estos deben ser dolores de lo que he caminado y hago mala fuerza» y después han aumentado más y más y digo: «voy a llevar a los chicos a la mañana a la guardería y después voy al médico». Y ya cuando eran cerca de las ocho no podía ni cambiarlo al bebe entonces le digo a la Daniela que yo me iba a ir a la Salita, que no vaya a la guardería que yo a lo mejor no puedo venir temprano y después, ¿quién los va a retirar? Y me dice la Daniela: «*andate mamá al médico*». Así que ella lo ha cambiado al bebe, los pañales, le ha lavado la cara, lo ha peinado y lo ha tirado de nuevo a la cama que duerma. Y ese día ella se ha preparado la leche porque yo ya no podía más y había unas frutas en la mesa. Les he dicho que coman que yo iba a volver a la tarde o a la noche pero que igual iba a venir, que no se vayan a ningún lado. Apenas he llegado a la Salita, el doctor me ha hecho el parto ahí y me han pasado a la Maternidad porque tenía mucha hemorragia».

Mariana Daniela nació a los nueve meses pesando 3,250 kilos sin ninguna complicación, salvo el enfriamiento al nacer en una mañana de Julio en un Centro de Salud sin estufa. Las trasladaron al Hospital, donde Esther llegó bastante debilitada por una fuerte hemorragia. El relato de su período pos parto es otra muestra clara y contundente de la situación de desprotección y soledad absoluta.

«Llegué a la Maternidad como a las doce, y ya eran más de las dos de la tarde cuando estaba un poco mejor. Me he sentado y me quería venir ya, y el médico ha llamado a la policía porque estaba mal, y corría el riesgo que me pase algo en la calle y la responsabilidad era de los médicos. Entonces la policía me ha preguntado cual era mi problema por el que me quería ir y le dije que eran los chicos que había dejado solos, que por eso tenía que volver. Entonces ahí nomás ha tomado medida la policía. Ha venido a buscar a los chicos... La Dani se ha alistado, ha agarrado la bolsa y ha metido ropa y se han ido con ellos, pero «*llevame donde mi mamá*» decía».

Después que su mamá les explicó que tenía que quedarse unos días internada, llevaron a Daniela y a Mariano a la Sala Cuna cerca del Hospital. Allí se quedaron desde el viernes hasta el domingo, día en que le dieron de alta a Esther. Luego de algunas dificultades para que le entreguen a los chicos, ya que necesitaba la autorización de la Defensora que por ser domingo no se

encontraba en el lugar (oportunidad donde Esther peleó como una fiera por sus cachorros), parten los cuatro de vuelta a la casa. «Y voy a la Sala Cuna y el chiquito me abrazaba, me besaba y la Daniela nada, la agarraba a la chiquita, la abrazaba fuerte y correteaba. Le decía a la directora «*ha vuelto mi bebe*». Como ella ha tenido trauma cuando ha fallecido la otra chiquita en el 90, ella piensa que es la misma y a todos le mostraba su bebe. Contenta estaba».

Esther recrea el ambiente vivido en ese momento transmitiendo una imagen de familia, donde ella con sus dos hijos comparten, a pesar de las dificultades, la alegría por el nacimiento de Mariana. No manifiesta preocupación por estar sola a cargo de tres criaturas, ni resentimiento por el padre de los chicos que recién de vuelta del Hospital fue a conocer a su hija. «...la Daniela estaba chocha y ¡Mariano cómo la quería a la chiquita! No le pegaba para nada, la abrazaba pero le quitaba de un tirón la leche...»

Durante todos esos días Esther estuvo sin trabajar, y pensaba reanudar cuando haya cumplido un mes. A pesar de estar en la casa no le dio de mamar a su bebe como tampoco lo hizo con sus otros hijos. La razón que esgrimió es la necesidad de salir a trabajar desde muy temprano y la mayor rapidez en el uso de la mamadera respecto al pecho. Sin embargo, durante los días en que estuvo en su casa con el bebe tampoco la amamantó. «Incluso en el Hospital ya le daba la *Vital*».

¿Hay un desconocimiento sobre la importancia de la leche materna? ¿O acaso una relativización de su importancia, producto de las condiciones de vida que la ubican como secundaria en sus prioridades? ¿O tal vez, la dación de leche «facilita» o «induce» el abandono de la lactancia materna?

A la semana Esther la lleva a su primer control al Centro de Salud. «La revisó y todo estaba bien, estaba ya en tres kilos porque dijo que el chico baja a la primer semana».

En este marco a Esther le resulta inexplicable la muerte de su hija cuando apenas tenía quince días. «No tenía nada, no estaba resfriada. Bien sanita estaba».

Así es como relata este triste episodio: «A ella le agarró ese día antes como a las doce de la noche una agitación, le faltaba el aire. La llevo a la Salita del barrio y estaba el enfermero de turno, le toma el pulso y no tenía nada. Le doy la leche a la una de la mañana. Ha tomado la leche, la he cambiado tranquila, ya no tenía nada y al otro día antes de las seis de la mañana me he despertado de un salto, he prendido la luz, estaba soñando: parece que yo no me quería

despertar porque la chiquita estaba muerta. Y en eso se despierta la chiquita más grande y dice: «*mamá, mamá, la bebe no respira*», entonces yo la movía y digo «*no puede ser*» y ya estaba toda dura. La llevo a la Salita y estaba el mismo enfermero de turno y el dice: «*no puede ser si a esta nenita yo la he visto anoche*».

Después que el médico forense la desnuda y revisa para descartar posibles signos de violencia, certifica como causa del deceso: paro cardíaco, que nuevamente no dice nada acerca de las causas *reales* de la muerte.

La circunstancia de la muerte de su hija la acerca a Dios: «Después que ha pasado esto no me ha dado ganas de trabajar pero he seguido luchando por los chicos porque ellos no tienen la culpa de lo que pasa. Le dejo todo a Dios, El sabe por qué hace las cosas. La Dani está convencida que Dios se la ha vuelto a llevar y la va a volver a traer, porque cuando íbamos a la escuela, últimamente vamos apuradas y ella dice «*mamá, Diocito, cuando la va a traer a la bebe, pero que la traiga chiquita, decile vos, ¿no?*».

La mamá de Mariana D. compara en todo momento su muerte con la de su hermanita en el 90. Según su percepción eran los mismos síntomas y murió de igual manera, mientras dormía.

La búsqueda de una explicación que sacie el dolor por lo incomprensible e irreparable lleva a Esther, así como a Juliana (la mamá de Gabriel) a aferrarse a una causa que explique, como en este caso, distintas pérdidas o enfermedades. «El médico me ha dicho que puede ser algún problema mío, que tenga chagas, como yo nunca me he hecho estudios... Porque la nena más grande también sufre, tiene ataques y el bebe es delicado también».

Hay una simplificación extrema que ayuda a *digerir* tantos problemas de salud. Pero hay también un mecanismo que se construye a partir del discurso médico, con el objeto de poder comprender la compleja explicación que de manera agregada las personas como Esther (proveniente de sectores populares), va incorporando de sus múltiples consultas médicas.

La referencia es a una suerte de síntesis construida desde el cristal social y cultural desde donde cada individuo percibe y luego elabora el resultado de la interacción médico-paciente. La distancia lingüística, la limitación en la capacidad de abstracción, la actitud que privilegia el dato sensible y visible, produce una interpretación del proceso salud-enfermedad distorsionada y confusa.

«Durante la consulta, la persona de los sectores populares, puede hallarse ante un farrago de palabras de extraña sonoridad que suponen un encade-

namiento ideacional aún más extraño. Sólo le queda salvar fragmentariamente algunos pocos términos, descontextuándolos de su contexto primigenio para ubicarlos en su propio encuadre cultural. En este ejercicio de reinterpretación, seleccionara las palabras que le resulten más evocadoras de otros vocablos de uso vulgar y, en algunos casos, cercenará de esas palabras letras y sílabas («torales» por pectorales, «pendis» por apéndice). Además convertirá a alguna de ellas en muletillas aplicables a cuanta futura experiencia mórbida se presente. Sobre esta plataforma, relatara enfermedades de descabeitado origen, superponiendo indiscriminadamente síntomas, etiologías y medicamentos». (Llovet J.J., 1984)

Si a este cuadro le sumamos que el marco del diálogo ha sido la muerte de un hijo, la descontextualización, reinterpretación y confusión, evidentemente se potencian. Esther no solo busca similitud en la causa de muerte de sus dos hijas sino que lo hace extensivo a las crisis de Daniela, que como ya se ha visto tienen un origen más bien psicológico, y a Mariano, que como se verá en seguida, tiene un cuadro de desnutrición crónica. Es la reinterpretación, distorsionada y fragmentada que busca una respuesta simple y contundente a tantos episodios de enfermedad y muerte.

LOS PROBLEMAS DE SALUD

Para la mamá de Mariana Daniela los problemas de salud son parte de su vida cotidiana. Tanto ella como sus hijos han tenido reiterado cuadros de enfermedad, algunos de ellos con internaciones prolongadas. «Incluso el (Mariano) tiene convulsiones cuando tiene fiebre. No son sanitos, sanitos, los chicos. Siempre en las enfermedades que han tenido han estado bien graves...»

Lo que es importante resaltar es por un lado, un desconocimiento o no puesta en práctica de algunos criterios para la alimentación y crianza de los chicos. Por otro lado, una limitada percepción de Esther de los procesos mórbidos que la lleva a acudir a los servicios asistenciales cuando el cuadro está muy avanzado, situación que se hace extrema cuando la enfermedad es de ella y no de alguno de sus hijos.

En relación al primer aspecto, en algunos pasajes de las entrevistas, la madre relata los alimentos que les dejaba cuando se quedaban solos. «Les dejaba leche, yogur, esas cosas, ¿ve? Les daba leche antes de irme, les metía mucha leche chocolatada, todas cosas envasadas.» Luego agrega: «El ha empezado a comer recién de grande, la comida de chico lo hacía vomitar, le hacía mal... Comía lo que comía Daniela, pero enseguida el estó-

mago lo devolvía». Esther no puede establecer una asociación entre el tipo de alimentos y las descomposturas de Mariano, como tampoco la correlación entre crecimiento y maduración y calidad de la comida.

Respecto a la percepción de signos de alarma en sus hijos, la internación de Daniela y de Mariano unas pocas semanas antes que se realizaran las entrevistas, muestra muy claramente la dificultad de Esther por reconocer el grado de seriedad de los problemas de salud de sus niños.

«Ellos vienen como hace seis meses con esos resfríos y siempre los médicos me han recetado esa Amoxicilina y nebulizar. Les pasa y les vuelve otra vez la tos y el pecho, y ha pasado mucho tiempo así hasta que un día domingo a la madrugada a empezado la Daniela ha llorar a los gritos porque decía que le dolía la costilla y no le lleve el apunte. Después se ha dormido. Al otro día temprano nos hemos levantado temprano para ir a la guardería y me dice: «*mamá, yo no voy a ir a la guardería*», cuando ella siempre estaba al salto para ir. «*¿Y por qué?*» le digo, «*Porque no puedo, no puedo caminar. Me duele muchísimo la cabeza*». Entonces la alzo y la dejo en la cama y le digo: «*llevo al bebe a la guardería y después vamos al médico, a la Salita te voy a llevar.*» Cuando vuelvo le había agarrado chucho, mucho frío y le agarro fiebre y le estaba por reventar el apéndice y la llevo a la Salita. Ahí la enfermera le toma la temperatura y la hacen pasar a la doctora y ella de inmediato me hace pedir una radiografía porque parece que era apéndice, le dolía el costado. La llevo al Hospital de Niños y le han hecho todos los estudios y ha salido bronconeumonía, así que de inmediato la internación».

De este relato se desprende primeramente lo que antes se señalaba respecto a la superposición de síntomas, causas y enfermedades. La dificultad de caminar la lleva a imaginar que el problema es apéndice, dejando en segundo plano los otros síntomas como la fiebre y el dolor de cabeza e incluso la historia reciente de la enfermedad por la cual estaba aún tomando medicamentos.

Pero además Esther, recién cuando vuelve de la guardería, se da cuenta que Daniela tiene fiebre, y lo cuenta como algo súbito, que aconteció de repente. No percibe que tanto la fiebre, como el cuadro general de la enfermedad de Daniela ha sido un proceso que se ha ido agudizando. La madre solo puede identificar un número limitado de sensaciones o pueden percibir sensaciones no habituales sin interpretarlas como signos alarmantes y no darles demasiada importancia, salvo cuando se vuelven muy intensos. (Boltanski, 1975) Recién cuando la voz del cuerpo de Daniela habla por si misma, mostrando incapacidad de movimiento, temblores y mucho calor es que su madre acude al médico.

Esta limitada percepción de los procesos de enfermedad queda tam-

bién evidenciada en lo sucedido con Mariano, quien presentaba los mismos síntomas que su hermana. «El tenía los mismos síntomas de ella, pero *no estaba enfermo*».

Mientras ya estaba internada Daniela, su mamá lleva al Hospital a Mariano donde el médico de guardia, ya que «...le atacaba el pecho y la tos. Y el lunes me ha atendido el médico de guardia y me ha dado esos remedios y no le ha hecho nada. Al otro día vuelvo y estaba otro médico de guardia y me da otros remedios y fisioterapia pero tampoco le han hecho nada y a la noche la he llevado a otra doctora». Allí comprueban mediante una placa radiográfica que también el tiene bronconeumonía y ordenan su inmediata internación, que se prolonga junto con su hermana durante quince días.

Esther hace un paralelismo entre los signos de sus dos hijos y deduce que tienen lo mismo, preocupada además por ver que Mariano no mejora. Sin embargo, es muy significativa su reflexión de que tenía los mismos síntomas que su hermana pero que *no estaba enfermo*. ¿Qué es entonces estar enfermo? El umbral de alarma frente a un síntoma de enfermedad tiene que ver con el conocimiento (a través de la información y de la educación) pero también y muy especialmente en los sectores más pobres, con el lugar no prioritario que ocupa la salud. Este lugar no prioritario tiene que ver fundamentalmente, con la preocupación primordial por la satisfacción de necesidades más primarias. La dificultad de dejar de cumplirlas, lleva a una menor percepción de los signos que presenten un problema de salud, hecho que se agudiza cuando se trata de un adulto mucho más que de un niño.

Este último punto nos lleva a otro aspecto del comportamiento y de las actitudes de Esther, en relación a los problemas de salud, que es frente a sus propias sensaciones mórbidas. Esther había manifestado tener descomposturas dentro y fuera de sus embarazos, pero nunca acudió al médico por ellas. «Nunca me he hecho revisar. Sabe, no tengo tiempo. Yo digo: *ah!, voy a perder tiempo en el médico, me va a dar receta, en vez de ir a trabajar*, y entonces no voy». Cuando se siente mal cuenta: «Me acuesto un rato y duermo. Cuando me levanto ya estoy bien. Yo con solo pensar que me tengo que componer, ya me compongo...»

Cuando la situación social es precaria, existe una menor disposición a registrar toda sensación mórbida y una cierta renuencia a tomarla en cuenta.

«Lo que posiblemente sería asumido como peligrosamente premonitorio en otros sectores, para los miembros de los sectores populares puede pasar como un dato irrelevante, como una molestia que no alcanza el status de síntoma de enfermedad y puede autocontrolarse

sin necesidad de ser expresada ante otros, o como un síntoma al que se reconoce como efectivamente mórbido pero con el cual se toma distancia una vez que desaparecen espontáneamente sus efectos más inmediatos». (Llovet J.J., 1984)

Cuando más intensivo es la utilización del cuerpo, por trabajo intra y/o extra doméstico, menor es la capacidad de percepción de las sensaciones físicas. Esta baja percepción lleva a la dilatación de la consulta hasta el momento en que la sensación se convierte en incapacidad de funcionamiento (Terris), o como Esther, directamente a la *no* búsqueda de asistencia.

EL PRESENTE Y EL FUTURO

La sobrevivencia de Esther y sus hijos está apoyada en gran medida en la asistencia de distintos Servicios públicos y gratuitos. El hecho de ser jefa de hogar con niños muy pequeños a su cargo, y una situación socio-económica de extrema pobreza, así como la falta de una red social y afectiva que le ayude como parientes, vecinos o amigos, no facilita una buena y estable inserción laboral.

La precariedad económica sumada a la ausencia de la madre por muchas horas, alimenta un círculo vicioso donde el resultado son recurrentes cuadros de enfermedad de los chicos que obliga a la madre a interrumpir su trabajo para poder ocuparse de los problemas de salud, ya sea mediante reiteradas visitas médicas o internaciones. «Toman siempre remedios. Siempre viven con el pecho o con la tos. Están compuestos dos o tres días, y están mal otra vez».

Las enfermedades, así como los problemas con el papa de los chicos, irrumpen cotidianamente haciendo difícil, casi imposible que Esther pueda comprometerse en un trabajo más permanente. Esta rutina del «día a día», plantea otra concepción del tiempo y de las prioridades, donde la capacidad de planificar y prevenir es prácticamente nula, donde la resolución de lo cotidiano no deja espacio para mirar más lejos.

Los problemas diarios rebazan la posibilidad de darles solución, y es aquí donde el papel de los servicios asistenciales cobra un peso muy significativo. Al menos algunos de ellos disminuyen o neutralizan el efecto negativo que podrían provocar.

En el cuidado de los chicos: «Este año empezaron a ir a la guardería. Pero es muy linda la guardería, los cuidan bien, les dan de comer en todos los horarios, los atienden las maestras».

En la provisión de alimentos: Además del Bolsón de la Cooperadora Asistencial que trae alimentos que utiliza el fin de semana, «los chicos comen en la guardería y después van a la escuela (Daniela va a primer grado), ahí toman la leche, incluso en la escuela me dan dos litros de leche preparada, así que ellos toman mucha leche. La Daniela en la escuela toma tres veces la leche, y el bebe también toma. Hasta yo a veces tomo leche. Y a la noche ya no comemos.»

En el suministro de medicamentos: «Los médicos que me atienden los chicos me dan los remedios, y cuando me dan receta si o si me los consiguen. Me dicen que vaya al Ministerio o a la Casa de Gobierno (al Gran Bourg), y de ahí me dan autorización para el Instituto de Seguros, remedios caros...»

En la atención de la salud: «Donde les hago el control en el Instituto Nutricional, allí me conocen, saben que yo trabajo y siempre me atienden primero. De los doctores no tengo queja. Cuando llego tarde, igual lo atienden.»

A quien se refiere es a Mariano que estaba en Canal 3, y gracias al control primero quincenal, luego mensual y a la provisión de leche «...ahora está en Canal 2, ha levantado muchísimo el peso.»

La función que cumplen estos Servicios Asistenciales en hogares como el de Mariana Daniela es fundamental y su vigencia y alcance a sectores de la población en situaciones críticas es fundamental.

Esta situación pone en evidencia que la sobrevivencia es en este caso, producto de un control externo a sus protagonistas y establece una fuerte dependencia en el suministro de estos servicios.

Como antes se señalaba, las condiciones de vida limitan la capacidad de planificar y prevenir, pero afortunadamente no inhiben la capacidad de soñar.

Esther no quiere volver a su pueblo a vivir, porque considera que la ciudad le dará mayores oportunidades a sus hijos. «Quiero que sigan alguna carrera. La Daniela quiere ser policía. Es una carrera linda porque se van a la mañana y vuelven a la tarde, están como internos. Y al bebe desde chiquito lo vamos a meter en el Seminario, así se nos ha metido en la cabeza con la Daniela.»

En ambos casos la madre se imagina a sus hijos dentro de una Institución: la Policía en el caso de la hija, el Seminario-la Iglesia en el caso del varón. Tanto uno como otro significan internación parcial o total, con la con-

secuente resolución de los problemas de alimento, vestido e incluso vivienda en el caso del Seminario. Hay una institución que los cuida, protege y contiene, una posibilidad de compartir un peso que hasta ahora lleva absolutamente sola.

Daniela quiere seguir los pasos de su padre que fue agente de policía, poniendo de manifiesto nuevamente, el fuerte vínculo que a él lo une, expresado a través de sus crisis cuando pasa largos períodos sin verlo. Pero hay también de parte de ella y de su madre como un deseo de hacer justicia: «Dice la Daniela que ella va a ser policía para matar a los malevos».

En el caso de Mariano, en su futuro la madre agrega un componente muy significativo en cuanto a su propia experiencia de relación con los hombres y a su condición como mujer. Su sueño, materializado en que su hijo llegue a ser sacerdote, representa una clara síntesis de lo que ella ha vivido.

«Me gusta mucho a mí. Por ejemplo el Padre tiene mucha utilidad. Desde que ha fallecido la chiquita de nosotros, él ha venido, la ha bendecido. Tienen *mucho respeto*, son unas personas muy educadas, las mujeres para ellos son sagradas, no les faltan el respeto. Porque yo digo que como es chango (varón) puede ser un borracho, un atrevido, puede ser un mujeriego...»

En el futuro de sus hijos, Esther proyecta todo aquello que hoy le falta: protección, contención, justicia, dignidad y respeto.

LA FAMILIA

La estructura y dinámica familiar es uno de los factores que permite desentrañar las dimensiones más particulares que aún dentro de la población pobre, contribuye a determinar la variación de indicadores de morbilidad y mortalidad.

Dentro de los grupos que viven en la pobreza, las madres solas, jefas de hogar, constituyen los hogares de mayor vulnerabilidad y riesgo (Najman J., 1993). Los datos demográficos muestran una tendencia creciente, también en nuestro país, de hogares constituidos con uno solo de los padres (generalmente las mujeres) y un incremento de madres solteras.

Estos cambios en la composición familiar tiene repercusiones en la calidad de vida de sus miembros y un impacto en su salud. Diversos estudios han comprobado los altos niveles de pobreza de los niños pertenecientes a hogares de madres solas (op. cit.).

En los casos aquí analizados, los dos casos de pobreza más extrema (Esteban y Mariana Daniela) coinciden en pertenecer a familias con ausencia del padre. Son hogares con un ingreso exiguo e inestable y con necesidades básicas insatisfechas que se traducen en las condiciones de vida, y en los reiterados episodios de enfermedad de los niños.

El hecho de que la manutención esté a cargo de la mujer únicamente, tiene implicancias no solo desde el punto de vista que es solo *un* ingreso el que se genera (en otros hogares, cuando la mujer trabaja, su ingreso se suma al que produce el hombre) sino a las características propias de la inserción laboral de la mujer.

En las ciudades de América Latina, la mayoría de las mujeres trabajan en el sector *informal*, en parte por la dificultad de acceder a un empleo más estable y lucrativo al tener un menor nivel de instrucción que los hombres (Browner C.H., 1989).

Las condiciones laborales de este sector tienen claras desventajas respecto al empleo formal o en relación de dependencia, desventajas que influyen en las condiciones de vida de la familia, máxime si depende únicamente de ese empleo como en el caso de las mujeres jefa de hogar. Los pagos son más bajos; no hay contratos de trabajo (mayor inestabilidad); están excluidos los beneficios sociales (cobertura médica, licencia por enfermedad); carece de legislación laboral (horas de trabajo, días de descanso). (Op.cit.)

En la casa de Esteban (cuyo jefe era la abuela) y de Mariana Daniela, día no trabajado es día sin ingreso, habiendo una menor posibilidad de cuidarse y cuidar a un miembro de la familia cuando caen enfermos. Esto condiciona la percepción de la enfermedad como un problema, en umbrales mucho más tardíos.

Sin embargo, existe una ventaja importante en este tipo de empleo que explica la opción por esta modalidad, claramente manifiesta en el caso de Elena (la mamá de Mariana Daniela), y es su flexibilidad, permitiendo una mejor combinación con el cuidado de los niños. Esta fue una de las razones esgrimidas por mujeres en los mercados de Perú (Bunster X., en Browner C.H., 1989). Una mujer sola frente a un hogar, especialmente si carece de una red social o de parentesco para apoyarse, difícilmente podrá comprometerse en un trabajo donde tenga que cumplir un horario todos los días de la semana. Elena busca trabajo cada día en una Agencia como empleada doméstica, búsqueda interrumpida reiteradamente por las enfermedades e internaciones de sus hijos.

Esto se convierte en un círculo vicioso, ya que la inserción laboral de la madre en el mercado informal, le da la posibilidad de cuidar a sus hijos cuando enferman, pero también le insume más desgaste físico y una mayor ausencia en el hogar por la cantidad de horas entre trabajo y desplazamiento y por un ingreso mucho menor. El resultado son niños mal alimentados y más desatendidos.

La posibilidad de que la mujer genere ingresos, ya sea como aporte principal o complementario, le da también la oportunidad de manejarlos. En los casos considerados, salvo en la familia de Micaela, donde la mamá no trabajaba en el momento de las entrevistas pero sí administraba el dinero, la dependencia de otros (pareja o padres) en la obtención de los recursos económicos limita el uso de los mismos. Cuando es la mujer la que controla el gasto,

lo destina más a alimentos o a cubrir necesidades básicas de la familia, en especial los niños (Browner, C.H., 1989). En la familia de Gabriel, su mamá dependía absolutamente de lo que su marido le diera cada día, no sabiendo incluso cuanto ganaba diariamente, restringiendo la capacidad de asignación de los recursos según prioridades. La mamá de Rosario en cambio, constituyendo su aporte el principal de la casa, le ha permitido el manejo del dinero cuyo rendimiento ha sido sin duda mucho mayor (compras al por mayor, restricción del gasto en salidas del marido, entre otros).

Otro aspecto del trabajo de la mujer fuera del hogar, es la exigencia de que niños desde muy pequeños queden en su casa solos. Esta situación da lugar a una mayor probabilidad de accidentes domésticos, a la falta de supervisión en la alimentación y la higiene, a la ausencia de una mirada adulta que perciba un síntoma o la evolución de una enfermedad.

Cuando en la composición familiar hay una hija mujer, por más corta edad que tenga, es la que asume la responsabilidad del cuidado de sus hermanos. Desde muy pequeña esta «mujer-niña» reproduce el rol tradicional de crianza de los chicos, quedando eximidos los varones de esta función. En la casa de Rosario, su hermana mayor los cuidaba, a pesar de la poca diferencia de edad con su hermano varón, y Silvia (mamá de Jimena) se ocupó siempre del cuidado de sus hermanos. Igual situación se daba en la familia de Margarita (mamá de Esteban), que a pesar de tener varios hermanos varones, ella ha sido siempre la encargada de cuidar a sus hermanos y de las tareas domésticas.

Se reproducen así los roles tradicionales de la mujer en el desempeño de las tareas domésticas y del hombre en la generación de ingresos monetarios o en especie (Geldstein R, 1994).

Sin embargo, la mujer crecientemente está desempeñando el rol de productor de ingresos, no solo cuando está sola a cargo de su familia, sino también en hogares con presencia de ambos padres. Estos cambios de roles, representan una «doble jornada» para la mujer, a la jornada de trabajo doméstico se le suma la jornada laboral. No sucede lo mismo con los hombres, que cuando su mujer trabaja no agregan como tarea diaria la colaboración en las tareas de la casa.

De los casos analizados, solamente en uno de ellos, en el hogar de Micaela, el padre comparte el trabajo doméstico y el cuidado de los chicos. La muerte de Rosario en cambio, se produjo por un descuido de su padre, en el momento en que su madre estaba en su trabajo. En el relato ella manifiesta que los hombres no saben acerca de la crianza de los hijos, como legitimando la distribución por género de los roles al interior del hogar. Hay por lo tanto, por un

lado un deseo de que el hombre ayude en las tareas domésticas, pero también hay una desvalorización y desconfianza sobre su desempeño.

Con el fenómeno del desempleo, en muchos hogares el ingreso es aportado por la mujer y el padre se queda en la casa con los hijos, los acompaña en las internaciones hospitalarias y los lleva a consulta médica. La dinámica familiar está cambiando y con ella debería hacerlo el Sistema de Salud, que difícilmente incorpora la figura paterna como responsable del cuidado de la salud de los chicos.

Otro aspecto de la familia que apareció como importante en su organización interna fueron los vínculos familiares y en particular la relación de pareja.

Haciendo un análisis comparativo de los casos y procurando una suerte de graduación en cuanto a la intensidad de los vínculos afectivos y familiares, los dos casos de madres solas muestran una mayor precariedad en cuanto a la posibilidad de construir una familia continente. En el otro extremo, de las familias donde estaban ambos padres, aquellas cuya relación de pareja era más sólida y donde se compartían más las responsabilidades se mostraban como las más continentales y estables. Cuanto mayor era la democratización al interior del hogar, los vínculos familiares resultaban más sólidos y estables y viceversa.

En todos los casos se pudo percibir una asociación entre nivel de pobreza y familia continente. Esto significa que en aquellos casos de pobreza más aguda, con mayor marginación y exclusión, se daba una menor capacidad por parte de la madre (protagonista de las entrevistas) de conducir su propia vida y la de su familia, de intervenir y modificar su situación y una mayor dependencia externa (ya sea familiar o social). Esto se traducía en vínculos familiares más precarios e inestables.

El hecho de proceder de una estructura familiar con vínculos afectivos estables facilita la formación de una pareja y una familia más continente, indicando en caso contrario, una mayor probabilidad de transmisión intergeneracional de vulnerabilidad y precariedad por la permanencia en un entorno carenciado y conflictivo (Jelin E., 1994).

Como la metodología de trabajo así lo impone, no puede extrapolarse esta asociación a todos los casos de familias de pobreza extrema, pero sí llamar la atención acerca del espiral de carencias de distinta naturaleza que puede generar y que trasciende los aspectos materiales.

La hermanita de Mariana Daniela que se quedó desde muy pequeña sola al cuidado a su hermano bebé, que deja de comer cuando no ve a su padre

(el mismo que les roba las pocas cosas que tienen), que estuvo bajo custodia policial, que vió como morían dos de sus hermanos, es un crudo ejemplo de ese proceso de deterioro personal que produce un «daño» que será difícil de revertir. Es como si esta niña ya estuviera limitada para construir un futuro diferente, condenada a repetir la historia.

LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LOS SISTEMAS DE SALUD

Para comprender qué es lo que lleva a una madre a la búsqueda de ayuda cuando su hijo tiene un problema de salud, es necesario conocer no solo los indicadores sociodemográficos como nivel de instrucción, edad, lugar de residencia, sino también factores como la duración de la enfermedad y las características de los síntomas.

Un estudio realizado por Julia De Clerque y colaboradores en Honduras, sobre el manejo y tratamiento de la diarrea y los factores asociados al cuidado materno demostró que solo en el 22% buscaron ayuda médica (De Clerque J. y colaboradores, 1992).

De acuerdo a las encuestas realizadas a más de 700 familias, la mayoría de los problemas se habían resuelto en el propio hogar, siendo los síntomas, la variable más fuertemente asociada a la búsqueda de ayuda. La consulta médica se efectuaba cuando se presentaban signos visibles y palpables como vómitos, moco o sangre (op.cit.)

En los casos analizados en el presente trabajo, se produjeron situaciones semejantes. Dado que solo en dos de los casos, la muerte se produjo como el fin de una enfermedad más larga, para profundizar sobre este aspecto se tomarán en cuenta también otras situaciones de enfermedad de otros miembros de la familia.

La percepción de la seriedad de un cuadro de enfermedad estuvo dada fundamentalmente por signos de alarma tangibles, como los vómitos y la fiebre incesante de Gabriel, o la incapacidad de funcionamiento reflejada en la dificultad por incorporarse de la hermanita de Mariana Daniela, con un cuadro

severo de neumonía. Ni los parásitos que Margarita no puede ver en su hijo, ni el bajo peso de Micaela por su prematuridad, son registrados como indicadores de problemas de salud que pueden desencadenar en procesos mórbidos graves. En aquellos hogares donde los cuadros de diarreas, tos, resfríos o dermatitis eran parte de la vida cotidiana, la búsqueda de ayuda médica se dilataba hasta que por la duración prolongada, pero fundamentalmente por presentar síntomas más evidentes, se concurría a un centro asistencial.

Otro elemento que estuvo presente en aquellos hogares en situaciones de pobreza más extrema, era la imposibilidad de comprar el medicamento que fueran a recetarle. Cuando no hay dinero ni para el pasaje de colectivo, y se recurre al Centro de Salud más cercano, se obtiene la atención y el diagnóstico (siempre que no requiera de estudios complementarios) pero no así los medicamentos para el tratamiento. Este «cuello de botella» impide que se cierre el circuito y por lo tanto que el problema de salud sea superado. La percepción de que una consulta médica concluye con la compra de por lo menos *un* medicamento, también retrasa la búsqueda de ayuda hasta que la situación se presenta de manera extrema.

Según el estudio arriba mencionado, otra variable asociada a la consulta médica, era que las madres trabajaran fuera del hogar. Contrariamente a lo que pudiera suponerse, en el sentido de que las madres que trabajan solo en la casa, tienen más tiempo y facilidades para concurrir a los centros asistenciales, eran ellas las que menos buscaban ayuda médica. Esto plantea una situación interesante.) Las madres que trabajan fuera de la casa, concurren más porque tienen un mayor nivel de educación, o porque han adquirido con su experiencia fuera de la casa, un mejor desenvolvimiento que les permite discriminar cuándo, cómo y dónde buscar ayuda.

Según la investigación, la búsqueda de ayuda no tuvo una asociación significativa con el nivel de instrucción, sí con el trabajo fuera de la casa (op.cit.). Este resultado lleva a reflexionar acerca de los factores que mediatizan ya sea la concurrencia a los controles pre y postnatales, así como la consulta médica por una enfermedad.

Ya se ha mencionado en distintas oportunidades la estrecha asociación entre nivel de instrucción de la madre y la salud de sus hijos. Cuanto más educada es la madre, mayor valor le otorga al bienestar y salud de sus hijos, tienen mayor poder de decisión al interior de la familia y tienen una mayor predisposición a cambiar hábitos (Victoria C., y colaboradores, 1992).

Sin embargo, este autor también señala el sesgo que puede existir en este

tipo de razonamientos, cuando se dejan de lado otros factores que median entre unos y otros y que tienen más que ver con aspectos menos mensurables y más particulares. César Victoria se pregunta si esta asociación no tendrá que ver más que con los años de educación formal, con el contexto familiar que estimuló cuando era niña a esa madre para que estudiara, con la perseverancia en el seguimiento de los estudios que le dio más confianza en sí misma.

De las seis madres consideradas, todas terminaron la primaria (salvo una) y solo algunas hicieron algunos años de secundaria. El comportamiento diferencial entre ellas respecto al cuidado de la salud de sus hijos no pasó por tener uno o dos años más de instrucción sino fundamentalmente por la situación económica y social-familiar por la que estaban atravesando. Tanto Margarita (primaria completa) como Elena (tercer año de secundaria), las madres de Esteban y Mariana Daniela, tuvieron una mayor dificultad para percibir problemas de salud, una mayor renuencia a concurrir a los centros asistenciales y un mayor determinismo en explicar la causa de las enfermedades. Ambas representan las situaciones de mayor pobreza económica, marginalidad social y soledad familiar.

Tanto la mamá de Micaela (primaria completa) como la mamá de Jimena (segundo año de secundaria) están alertas ante los signos de alarma de sus hijos y buscan ayuda sin esperar a cuadros graves, tienen mayor capacidad de intervención y un razonamiento menos determinista para explicar las causas de los problemas de salud.

Antonia con su cuarto grado de primaria su marido es analfabeto), si bien no concurre a los centros asistenciales a pesar de tener Obra Social, su renuencia se debe a que su opción es la medicina no oficial. Cabe preguntarse, ¿sería muy distinto su comportamiento si hubiera terminado la primaria? Su origen rural, su propia experiencia exitosa de intervenciones de curanderos que terminaron casi «mágicamente» con problemas de salud de larga data, la accesibilidad económica y cultural, son todos elementos que de alguna manera explican su preferencia.

En los dos casos donde se manifestó la utilización del sistema de salud no-oficial (Gabriel y Rosario), fue notable la valoración de éste comparativamente con el sistema formal. En el caso de Gabriel, cuya enfermedad fue tratada simultáneamente por los dos sistemas, su muerte fue considerada como producto de una falla del sistema oficial, que al mostrarse seguro y confiable y al relativizar las observaciones hechas por la madre sobre el empeoramiento del cuadro del hijo, producen como reacción el culpabilizarlo por no saber «escuchar» lo que se le comunicaba. En ningún momento se cuestionó el accionar de los curanderos que en distintos momentos intervinieron.

En el Sistema de Salud oficial el principal protagonista en la relación entre los prestadores y los usuarios es el médico. El es quien tiene la responsabilidad en el diagnóstico y tratamiento y quien informa al paciente o su familia acerca de la terapéutica y la prevención.

Dada la importancia que cobra la percepción de los signos de alarma ante un problema de salud de los niños por parte de la madre, el manejo de información redundará en una mayor precocidad en la búsqueda de ayuda (De Clerque J., 1992).

Esta información dada por el médico en el marco de la consulta médica, no es brindada de la misma manera a todos los que acuden al consultorio sino que depende tanto de las características personales del usuario (sexo, edad, nivel de instrucción, etc.), así como del estilo de la comunicación (Street R., 1991).

Los médicos informan más a hombres que a mujeres, a personas con mayor nivel de instrucción, o que tienen más recursos económicos. Por otro lado, en relación al estilo de la comunicación, explican a quienes más preguntan u opinan sobre lo que les sucede (pacientes de más edad y nivel social) (op.cit.).

Esto significa una doble desventaja para los usuarios de los sectores populares. Tienen un estilo de comunicación más pasivo, preguntan y opinan menos sobre el problema de salud a consultar, básicamente por la *distancia social*, por la dificultad en relacionarse con el profesional, acentuada por la brecha lingüística propia de la terminología médica.

Por otra parte, por ser individuos de menor nivel de instrucción, despiertan en el profesional menos interés en dar información. Esto se debe a que subyace el *prejuicio* de que las personas con menor nivel socioeducativo tienen un menor interés en saber o conocer sobre su salud o la de su familia (Op.cit.).

En los casos analizados, salvo en la muerte de Rosario donde no hubo confusión sobre la causa de su muerte, en cada una de las historias analizadas la madre se preguntaba qué había provocado la muerte de su hijo: Gabriel (¿meningitis o deshidratación?); Esteban (¿problemas cardíacos o broncoaspiración?); Jimena (¿broncoaspiración o muerte súbita?); Mariana Daniela (¿Chagas o broncoaspiración?); Micaela (¿muerte súbita o infección generalizada?). En ninguno de ellos se explicó clara y oportunamente cuál había sido el problema de salud, su proceso y desenlace.

En el contacto de las madres con el Sistema de Salud pudo verse sin

embargo, una alta valoración de los profesionales que se toman el tiempo de explicar e informar. En el caso de las madres adolescentes (Margarita y Silvia), el hecho de ser jóvenes y haber quedado embarazadas dio lugar a recriminaciones y culpabilizaciones, teniendo un efecto de lógico rechazo y distanciamiento. Similar comportamiento tuvo la mamá de Gabriel, que a pesar de estar con apremios económicos prefirió no recurrir a la dación de leche del Centro de Salud, por la forma en que era tratada. Si bien son hechos puntuales, dan cuenta de actitudes prejuiciosas que lejos de ejercer un rol educador, producen alejamiento.

Los aspectos anteriormente señalados, en relación a la forma de vinculación de los profesionales de la salud con los usuarios de los sectores populares, refuerza, especialmente en aquellos casos donde había una práctica preexistente en el uso de la medicina folclórica, su preferencia y elección. En el marco de los sistemas no oficiales de salud la distancia entre el prestador y el usuario se acorta considerablemente y con ella aumenta la posibilidad de una mejor comunicación, al compartir además valores y modos de interpretar los procesos de salud y enfermedad.

Entre la información/conocimiento y el comportamiento/acción existen una serie de mediaciones que tienen que ver con las creencias, los valores, las prioridades y la propia inserción social.

La madre que está más aislada, por reciente migración o por algún tipo de marginación, tiene menos recursos para conducirse y aprovechar las posibilidades de ayuda. Aquella que está como único sostén de sus hijos tiene una escala de prioridades diferente. La que ha tenido una historia de despojos y abandonos, posee una baja autoestima.

La forma de percepción de los síntomas, la capacidad de intervenir oportunamente, el poder diferenciar lo banal de lo grave, el momento de buscar ayuda, decidir dónde buscarla, tienen que ver no solo y no tanto con el nivel de información sino con una compleja trama tejida con hilos tan disímiles como las condiciones materiales de vida; la estructura y dinámica familiar; la organización del Sistema de Salud; los valores y creencias; la manera de mirar el mundo y ubicarse dentro de él; la autoestima; la integración social y muchos más.

A MODO DE CONCLUSION

Este trabajo no pretende, a partir de los seis casos analizados, extraer conclusiones aplicables a otros casos similares, sino relevar aquellos aspectos que surgen desde la riqueza de un análisis microsociales y que sin duda están presentes de modo singular en muchos otros casos. La característica del presente estudio es lograr una visualización lo más ampliada e integrada posible, tratando de ver en casos particulares, la interrelación de los múltiples factores que pudieran intervenir condicionando y/o determinando la muerte de un niño antes de su primer año de vida.

Y es desde esta óptica particular que a modo de conclusión se harán algunos comentarios, haciendo la salvedad que más que conclusiones son interrogantes y aspectos que salen a la luz, y que abren caminos de investigación y trabajo.

El intento es de poder analizarlo a partir de tres ejes: la pobreza y las condiciones de vida; el proceso salud-enfermedad y su relación con el Sistema de Salud; y la madre como eje central de las historias.

La pobreza y sus múltiples expresiones

En relación al primer aspecto, las condiciones de vida de las familias de los niños considerados fueron en general de pobreza ya sea por bajos ingresos (Línea de Pobreza) o bien por tener alguna o varias necesidades básicas insatisfechas (NBI). La gama de matices en las condiciones de vida permite ver en combinación con otros ingredientes que se verán enseguida, la *intensidad* de la pobreza.

En la pobreza expresada en la vivienda precaria, en la ausencia de los servicios básicos, en la mala alimentación, entre otros, puede verse claramente como acciones puntuales de reparación de la salud resultan un circuito donde siempre se vuelve al punto de partida, donde la asistencia y el medicamento «reparan» momentáneamente el problema, que vuelve a aparecer muchas veces con mayor fuerza.

Sin embargo, la *intensidad* de la pobreza se ve influenciada por aspectos que trascienden lo puramente económico pero que tienen una estrecha vinculación. La denegación de ciertos derechos y la posibilidad de reclamarlos tiene que ver con la pobreza pero son cualitativamente diferentes. La posibilidad de exigir un buen servicio de asistencia médica, de obtener una defensa ante una injusticia de orden laboral, de tener la protección necesaria ante algún tipo de abuso, de ser respetada como persona y no de acuerdo al origen social, son situaciones que van asociadas a la realidad socioeconómica pero que se complejiza en la particularidad de cada caso.

Esta situación tiene también que ver con lo que Bordieu denomina el *capital cultural*: esa forma particular de mirar al mundo (consciente o inconsciente) y de representarse un lugar dentro de él. Es fundamentalmente el nivel social de la persona lo que determina su capital cultural, producto de una compleja combinación de origen social, nivel de educación, la posición ocupada en los distintos ámbitos sociales y las propias experiencias (Minujin A., 1995). Este capital cultural que va originando disposiciones a actuar, reaccionar, interpretar, demandar, es cualitativamente diferente en cada uno de los casos analizados. Si bien el origen social determina muy fuertemente el cúmulo de capital cultural, en lo que respecta a la relación entre los usuarios y el sistema de salud por ejemplo, pudo verse hasta que punto el ejercicio que brinda la experiencia de haber tenido mucho contacto ya sea por internaciones o consultas reiteradas, posibilita un modo cualitativamente diferente de *manejarse y moverse* dentro del mismo. Esto significa por un lado, la capacidad de poder demandar y exigir aquello que corresponda, y por el otro, de poner freno explícita o implícitamente a conductas reprobatorias u hostiles, que como se ha visto y se analizara más adelante, son moneda corriente en el Sistema de Salud.

Este capital cultural desde la perspectiva de la demanda y la exigencia de derechos va de la mano con el nivel socio-económico reproduciendo inequidades e injusticias en perjuicio de los sectores más pobres. No solo es la carencia en lo económico, sino en la denegación de los derechos como ciudadano, que como bien expresa O'Donnell los convierte en individuos pertenecientes a una «ciudadanía de baja intensidad».

La pertenencia a esta categoría de ciudadanos potencia la situación de

pobreza en su sentido amplio, agudizando el deterioro personal que tiene un origen social, ya que es producto de la permanencia del individuo en un entorno de desprotección y carencia. Este mecanismo tiende a reproducirse de manera perversa en las historias familiares.

El grado de integración a la sociedad, que tiene que ver con la pertenencia a la red social donde el individuo desarrolla su vida, es un aspecto que puede mitigar el daño antes señalado. En los casos analizados, cuando más extremadamente pobre (en su acepción más abarcativa) era la familia del niño fallecido, mayor era el aislamiento, la soledad y la falta de integración. Este aspecto nuevamente muestra a la pobreza en un aspecto más social que económico.

Y es aquí donde el *capital cultural* es lo que puede marcar algunas de las diferencias. Evidentemente, este capital se adquiere a lo largo de la vida de acuerdo a muchos factores y donde, como se decía anteriormente, el origen social es un factor condicionante pero no determinante.

Si se remite a los dos casos de mamás adolescentes, puede verse como a pesar de ser dos casos muy diferentes en cuanto a la situación socioeconómica particular, tienen en común el haber vivido una experiencia de juicio y reprobación en el contacto con el Sistema de Salud. El hecho de ser jóvenes y haber quedado embarazadas sin casarse, las pone en un plano de igualdad más allá de su posición social, compartiendo un escaso capital cultural, producto de su corta experiencia de vida adulta y también en ambos casos de una suerte de dependencia a sus progenitores. La representación de su posicionamiento social está aquí condicionado fundamentalmente por lo anteriormente señalado, mucho más que por el nivel socioeconómico de cada una de ellas, que como se dijo es diferente.

Paralelamente, pudo también verse en alguno de los casos, hasta que punto la experiencia y trayectoria individual por un lado, y la personalidad (de la madre en este caso) por el otro, han tenido un peso relativo importante en el establecimiento del vínculo con el Sistema de Salud, ya sea demandando o exigiendo lo que se consideraba un derecho, o bien sometiéndose a recibir pasivamente lo que quieran ofrecerle. Huelga decir que también la personalidad tiene relación con la historia individual, familiar y social de cada persona que potencian o inhiben ciertos rasgos de la persona y que influyen en el posicionamiento de cada uno en la sociedad.

El proceso salud-enfermedad y el Sistema de Salud

En este segundo aspecto pudo constatarse, hasta qué punto el Sistema

de Salud actúa como expulsor de la demanda. En distintos momentos de muchas de las entrevistas, se hizo mención sobre actitudes culposas y recriminatorias, provocando incluso en algunos casos, la no concurrencia a los centros asistenciales con el consecuente perjuicio.

De acuerdo a lo recogido, quienes fueron más sometidas a retos y cuestionamientos fueron en primer lugar las mamás adolescentes y aquellas que por motivos de trabajo o complicaciones familiares, concurrían tardíamente a los centros asistenciales. Es necesario hacer la aclaración que no fue la generalidad del personal de salud, pero sí es importante resaltar que cuando sucedió, produjo una actitud inhibitoria por parte de los usuarios, y que atravesó cada uno de los niveles de jerarquía del sistema, desde los médicos hasta los agentes sanitarios, pasando por el personal de enfermería y nutrición.

Como se dijo oportunamente, esta actitud tiene relación con la medicalización del proceso salud-enfermedad, que atribuye al accionar de los profesionales de la salud la resolución de sus problemas, relativizando las condiciones materiales y sociales de vida. El no acudir oportunamente a solicitar su asistencia, o el no haber tomado en cuenta las recomendaciones por ellos brindadas, son en definitiva la causa de sus enfermedades y por lo tanto son responsables de las mismas.

El hecho de centrar el problema en los cambios de comportamiento de las familias, en especial de las madres, lleva a darle un peso comparativamente irrelevante a las condiciones de vida de la familia. Pero sobretodo omite las mediaciones que están presentes en las actitudes y acciones y que condicionan el proceder de las personas.

La relativización de la importancia de los factores socioeconómicos está presente no solo en los profesionales de la salud, sino también en vastos sectores de la población. En los casos analizados, ninguno manifestó la falta de recursos económicos como causal de enfermedad. La demanda era por más y mejores médicos, más remedios, más hospitales y no por más trabajo, más viviendas, más cloacas.

La causa de las muertes de los casos considerados, desde la perspectiva de las madres, tiene un fuerte componente determinista en varios de ellos. El comportamiento de la madre durante el embarazo produciendo problemas «congénitos» o por la voluntad de Dios. La ineficiencia del Sistema de Salud que por no hacer un buen diagnóstico o por negligencia del personal de salud, es percibido como el responsable de la muerte del hijo. Solo en un caso fue el descuido de la persona a cargo del niño reconocida como causa de su muerte.

Es prácticamente una constante la ausencia de controles en cada uno de los embarazos de las madres entrevistadas, salvo en un caso. En este aspecto son distintos los elementos que intervienen. El origen rural de varias de las madres, origina la visualización del período de gestación como un período *natural* donde no son necesarias intervenciones, sino que tiene su propio devenir culminando con el alumbramiento. En alguno de los casos, ni siquiera ciertas complicaciones del embarazo provocaron la búsqueda de asistencia. La organización de la oferta también fue una razón esgrimida como limitadora en el seguimiento de los controles, por el horario reducido de los Centros de Salud que entran en contradicción con las exigencias del trabajo dentro o fuera del hogar. El desconocimiento de la importancia de los mismos es otro de los elementos presentes. Este desconocimiento está asociado, como ya una serie de investigaciones lo demuestran, por el nivel de instrucción de las madres, pero está a su vez mediatizado por las condiciones de vida.

De acuerdo a la percepción de los encuentros con las madres, más que el nivel de instrucción lo que influye en la asistencia a los controles, (además de lo expresado anteriormente), es el lugar que ocupa la salud dentro de su escala de prioridades, condicionado por lo cultural como ya se mencionó, pero también por lo socioeconómico. La obtención de un ingreso diario, así como la carga familiar, la resolución de problemas que tienen que ver con la subsistencia relegan el cuidado de la salud a un segundo plano.

Este segundo plano se hace extensivo a la percepción de los signos de alarma y la consecuente búsqueda de asistencia, tanto en los niños como en los adultos, pero mucho más en estos últimos. En los casos de menor concurrencia al Sistema de Salud, el nivel de instrucción era muy variable, la constante era la situación de extrema pobreza.

El acudir al sistema de salud (oficial o no oficial) cuando la enfermedad ya está avanzada no es necesariamente ignorancia sino que es la resultante de la combinación de distintos factores: relativizar los síntomas en función de otras prioridades; tener una mayor resistencia al dolor; vivir las molestias de salud como algo secundario; el desconocer como interpretar los síntomas; así como reducirlos al reconocimiento de los datos sensibles: fiebre, vómitos, diarrea.

Esta forma particular de entender el proceso salud-enfermedad lleva muchas veces a que los profesionales de salud minimicen las observaciones que la madre hace de los procesos de enfermedad de su hijo. Parten de la base que son personas que ya sea por su origen social, por su nivel educativo, por las conductas seguidas en cuanto al momento en que acuden a pedir asistencia,

por la dificultad para relatar lo que le sucede a su hijo, son ignorantes. A veces se olvida así que más que describir con claridad un síntoma, las madres (como las de los casos analizados), pueden percibir la mejoría o no de su hijo por el conocimiento que ella tiene en los cambios de su comportamiento. Este saber más intuitivo y menos racional, más desde la experiencia que desde la teoría, no es tomado en cuenta privilegiándose así además, los signos biológicos como los únicos confiables.

Y aquí es donde surge la pregunta si este no será también un elemento que contribuya a la preferencia por los curanderos en alguno de los casos. Evidentemente, para quienes tienen un origen rural y llegaron a la ciudad ya siendo adolescentes o adultos, les resulta más familiar y cercana la ayuda de un curandero que la de un médico cuando hay un problema de salud. Además del vínculo más próximo y de mayor confianza, la predilección se apoya en la similitud del código que se establece en la relación por el lenguaje y la manera de interpretar el proceso salud-enfermedad.

En la medicina folclórica o tradicional no se toman en cuenta los síntomas vividos por el paciente, siendo por el contrario, la base de cualquier diagnóstico para la medicina moderna (Kroeger A., 1992). Esta diferencia significativa lleva también a una práctica diferencial en lo que respecta a la relación entre el sistema y el usuario, práctica que acerca o aleja según el caso. La referencia al código similar alude al hecho de privilegiar ciertos aspectos en detrimento de otros. En la medicina moderna se pone el énfasis en los síntomas que el usuario aprende a describir, mientras que en la medicina folclórica estos signos no son tomados en cuenta, no habiendo por lo tanto una ejercitación en la percepción de los mismos y menos aún en su descripción.

En relación a las muertes de los niños, de los seis casos considerados, fueron neonatales cuatro de ellas, es decir que se produjeron antes de los 28 días de nacidos, con su consiguiente asociación al control pre-natal, que como ya se señaló fue el *gran ausente*. Incluso en dos de las familias ya se habían producido otros casos de Mortalidad Infantil. Salvo el caso de la beba prematura, los otros niños habían nacido a término y con buen peso y también en cuatro de los seis casos la causa del deceso según el certificado de defunción fue un paro cardíaco asociado a una broncoaspiración. Cabe preguntarse acerca de la confiabilidad de los datos registrados por los médicos en general y los de la policía en particular, que en la provincia presentan errores y contradicciones (Crespo J./Otero C., 1994)

Si bien por el relato de la madre, en algunos de los casos se ve como posible causa real la broncoaspiración, en otros resulta confuso y obedece más a la urgencia de concluir un trámite que a la certificación seria y confiable.

Esta situación resaltada por los autores antes señalados, lleva a una distorsión en los estudios epidemiológicos por la falta de precisión en los registros.

La madre y la mujer

En algunos de los casos la muerte del niño fue una circunstancia que marco un *antes* y un *después* en la vida de la familia, tanto en el sentido positivo como en el negativo: cohesionándola o separándola; asumiendo el padre una mayor participación en el cuidado de los hijos o abandonando cualquier tipo de responsabilidad; democratizando las tareas al interior del hogar o haciendo recaer en la madre todo el peso de la manutención y el cuidado de los hijos.

La responsabilidad en el cuidado de los chicos tiene una constante: la *mujer*, ya sea la madre, una hija adolescente o una niña. Más que la disponibilidad de tiempo o la edad, es el género lo que define el sujeto a cargo del cuidado. Fue justamente en el único caso del bebé a cargo del padre, donde se produce el accidente por broncoaspiración, como queriendo confirmar (según el propio relato de la madre) que es una tarea femenina y no masculina. Se da entonces la contradicción del deseo de compartir el cuidado de los hijos con los hombres y la subestimación de su desempeño optando por la hija mujer (o una vecina o abuela o sobrina) para asignarle esa responsabilidad, reproduciendo los roles tradicionales del hombre y la mujer en el hogar.

Estos roles sin embargo se van modificando, en la medida que la mujer comienza a ser un actor importante (a veces el más importante) en la generación del ingreso familiar. Es interesante señalar aquí las distintas repercusiones que tiene el trabajo de la madre de acuerdo a lo que se ha podido visualizar.

Fue muy claro en el testimonio de las mujeres entrevistadas la valoración de su trabajo fuera del hogar, valoración que iba mucho más allá de lo estrictamente económico. Llamó la atención en un caso concretamente, la metamorfosis que se producía en el aspecto externo de la mujer cuando estaba en la casa y cuando se preparaba para ir a su trabajo, donde a pesar de la sencillez de la ropa y el arreglo, se asomaba la femineidad, la coquetería, el placer por verse bien. Esto que parece anecdótico, refleja la presencia de un sentimiento muy diferencialmente presente en cada uno de los casos analizados, que es el de la *autoestima*, y que tiene una relación directa con la capacidad de cada individuo por conducir su vida y ejercer su libertad, dentro del marco de los condicionamientos propios de la sociedad donde vive, y de la posición que allí ocupe. Este *locus de control interno* de la madre, es cualitativamente diferente en cada caso y tiene que ver con distintos aspectos que se trataran de analizar seguidamente.

El trabajo de la mujer fuera del hogar, representa en si mismo un valor, aunque signifique sumarle las tareas de la casa, y por lo tanto menos horas de descanso y más horas de trabajo. Es un espacio propio, un ámbito de socialización, una vivencia de independencia, que refuerza el sentimiento del propio valer. La posibilidad de trabajar y de generar un ingreso económico también facilita la conquista de otros espacios al interior de las relaciones familiares, como es por ejemplo el manejo del dinero, virtual herramienta de poder. Que sea la mujer la que administre el ingreso da como resultado una mejor asignación de los recursos, especialmente en favor de los niños. Esta afirmación, demostrada en muchos estudios de investigación, es un aspecto que repercute muy positivamente en los hogares donde justamente el dinero es un recurso escaso.

El trabajo fuera del hogar genera en la mujer un mejor desenvolvimiento en otros ámbitos de la vida, al interior de la familia y también en relación al cuidado de la salud, ya que acuden más tempranamente a consulta médica (De Clerque J., 1992)

Otro aspecto importante en relación también al *locus de control interno*, es la horizontalidad en la relación de pareja y su efecto en la capacidad de independencia. Si bien la subordinación de la mujer al hombre no pasa únicamente por el hecho de que la mujer trabaje o no, sí contribuye a ello como pudo verse en alguno de los casos. El *machismo* muy vigente en el norte argentino y más aun en los sectores populares significa entre muchas otras cosas la dependencia de la mujer al hombre, dependencia que limita el desarrollo personal e incluso puede inhibir en la mujer, la capacidad de respuesta ante cualquier situación.

En la crianza de los hijos o en el cuidado de la salud, si bien es la mujer la que tradicionalmente asume esta función, su desempeño está acotado al grado de independencia que ella suela ejercer. Desde la continuidad de un tratamiento médico, hasta la decisión sobre el gasto en alimentación (soporte para un buen estado de salud), estarán influenciadas por el grado de autonomía y por la asignación de los recursos económicos. Esto significa que las conductas y los comportamientos de la madre estarán influenciados por esta capacidad de tomar decisiones, tiñendo así distintos ámbitos de la vida.

Tanto la horizontalidad en la relación de pareja, como el trabajo de la mujer fuera del hogar, o la combinación de ambos ha llevado, de acuerdo a lo observado en las historias consideradas, a que el locus de control sea interno o externo según los casos.

La capacidad de manejar la propia vida, de conducirla, está seriamente

afectada por esta dependencia a la pareja en lo afectivo o en lo económico. Pudo también percibirse, como el hecho de tener una independencia en lo económico producto del trabajo fuera de la casa, posibilitó en un caso concreto, poner fin a una relación de pareja autodestructiva, decisión que se vio favorecida por la experiencia de generar ingresos por parte de la mujer. Estas observaciones no pretenden concluir, que el camino necesario para una mayor independencia de la mujer sea el trabajo fuera de la casa, pero si llamar la atención acerca de las representaciones que produce y las repercusiones que se observan en relación a aspectos, que no parecían en primera instancia, tan directamente vinculados.

Pero hay otro elemento que define también el locus de control externo o interno y que está condicionado por la presencia o no de un mínimo nivel de estabilidad económica. En los dos casos de extrema pobreza, donde no por casualidad la madre estaba sola, la resolución de los problemas de sobrevivencia neutralizaba la capacidad de planificar ni siquiera el futuro inmediato. Lo cotidiano en estos casos, no dejaba espacio para mirar ni siquiera el día siguiente, limitando la capacidad de proyectarse por la imperiosa necesidad de la sobrevivencia. Esta situación inhibe la incorporación de controles preventivos del embarazo o del niño, del mismo modo que dilata la búsqueda de ayuda médica ante un problema de salud.

Evidentemente, dentro de esta precariedad absoluta, existen márgenes de movimiento que tienen que ver con el *capital social y cultural* que Bordieu señala, permitiendo una mayor o menor capacidad de intervención. Si bien este capital está asociado muy estrechamente al nivel económico, la intensidad de esta asociación puede ser muy variable. Entran en juego factores como el grado de integración social, así como la propia estabilidad emocional producto (entre otras cosas) de la historia personal y de la permanencia de los vínculos afectivos.

En los casos analizados, cuando la situación familiar era de pobreza pero con al menos un mínimo de estabilidad económica (e incluso afectiva), se daba una mayor posibilidad de control interno. Se ha hecho especial mención a la estabilidad emocional, porque también ejerce un rol fundamental en esta capacidad de manejo y conducción de la propia vida. La autoestima, el sentimiento del propio valer, tiene una directa relación con la estabilidad emocional que se antes se señalaba, y resulta la apoyatura desde donde se desarrollan distintas potencialidades.

En los casos presentados, la presencia de una familia ampliada que ayudara en las labores cotidianas, apoyara en los proyectos o contuviese en lo emocional, significaba un recurso de incalculable valor para la familia.

Abuelos, tíos, hermanos, cuya presencia representaba la posibilidad del cuidado de los niños, de la compañía y el consejo ante algún problema, de la ayuda económica en los momentos de crisis, del consuelo ante la pérdida del hijo.

En la situación concreta de los niños, la cercanía y la disponibilidad de un pariente que pudiera hacerse cargo de su cuidado, mientras los padres salieran a trabajar, pone al descubierto la realidad de muchos hogares donde la falta de esta familia ampliada (o en su defecto vecinos o amigos), significa que chicos desde muy corta edad queden solos en la casa. En varios pasajes de las entrevistas ésta fue la situación relatada por sus propias madres. Los riesgos de todo tipo al que están expuestas estas criaturas durante muchas horas del día, la ausencia de un control en las comidas, en la higiene, en el suministro de medicamentos cuando son necesarios, representa un estado crítico de vulnerabilidad.

Si bien en ninguno de los casos considerados, la muerte sucedió en circunstancias en que se encontraban sin la presencia de un adulto (a pesar de que cuatro de ellas acontecieron en la casa), algunos de esos bebés menores de un año, o sus hermanos cuando también eran muy pequeños, quedaron muchas veces solos en la casa o acompañados por chicos de muy corta edad. Esta realidad, muy presente en los sectores populares y que va en aumento por la creciente salida laboral de las madres, da lugar a una situación que se considera debería ser una preocupación de la Salud Pública. Desde accidentes domésticos hasta síntomas de enfermedades que no son registrados, es muy amplia la gama de riesgos a los que están expuestos.

Si el modelo de atención de la salud privilegia la manifestación individual de la enfermedad concentrando los recursos en la reparación y no en la prevención, los problemas de salud derivados de situaciones como las antes descritas seguirán aumentando en una progresión geométrica. Si el modelo de atención se centra en las necesidades de salud de la comunidad, lo cual significa situar el tema salud-enfermedad en la colectividad y no en el individuo, la posibilidad de revertirlo es mucho más grande.

CAMINOS RECORRIDOS Y POR RECORRER

Siendo la madre el principal interventor en el cuidado de la salud de los niños, y dada la importancia de la educación para el desarrollo de las potencialidades de las personas, el acceso a la educación, en particular de las madres, permitirá el desarrollo de potencialidades y el fortalecimiento de aptitudes y habilidades. Focalizar a las madres como eje de la educación redundará en mejoras en las condiciones de salud de la familia, especialmente los niños.

Además de la importancia de la educación formal, es importante considerar otro tipo de modalidades de formación, que fuera del ámbito de la escuela pueden ser un estímulo para el desarrollo personal. Las organizaciones vecinales, los clubs de madres, los grupos parroquiales, las asociaciones de padres, son espacios que pueden ser aprovechados para la información y capacitación, facilitando la internalización de comportamientos preventivos, un mejor manejo de los problemas de salud, el reconocimiento de los signos de alarma y una más precoz búsqueda de ayuda. La educación en general, no únicamente la formal, es una herramienta de gran potencial para mejorar las condiciones de salud de la familia.

Pero no únicamente las madres deben tener acceso a la educación. Las transformaciones en la composición y dinámica familiar, y los problemas sociales como el desempleo llevan a convertir cada vez más al padre como el responsable del cuidado de los chicos. El cada vez más será quien los lleve a la consulta médica o los acompañe en las internaciones. El también debe ser incorporado como sujeto que conozca los riesgos para la salud, pueda prevenirlos y dar respuesta cuando se presenten.

Por otra parte, el personal de salud debería poder manejar información sobre la situación del paciente al que le presta servicio. Mediante la confección de alguna herramienta de registro, de simple aplicación al ingreso en una institución hospitalaria, podrá recojerse algunos datos sobre aspectos socio culturales y económicos de la familia del paciente que se interna, tales como composición familiar, procedencia, nivel de instrucción, situación laboral, entre otros. Los profesionales podrán así a partir de esta información, tener otros elementos para poder priorizar la internación y permanencia de aquellos que por sus condiciones de vida, tienen una menor posibilidad de recibir un cuidado adecuado en el hogar.

Esta información dará cuenta además de las familias de más alto riesgo, por su constitución familiar, por su situación socioeconómica o por su condición cultural.

Estos registros deberían manejarse también en los Centros de Salud, aprovechando los datos obtenidos por los agentes sanitarios como información valiosa para ingresar de la familia del paciente. Con el mismo criterio con el cual el agente sanitario prioriza la frecuencia de las visitas domiciliarias a las familias de alto riesgo, los profesionales de la salud en los centros asistenciales (médicos, nutricionistas, enfermeras) conociendo algunos indicadores sociales podrán más fácilmente adecuar la atención y el tratamiento a las necesidades y posibilidades del paciente. Esto significa, poder *contextuar* el cuidado de la salud de los individuos y grupos sociales, y no la aplicación mecánica de terapéuticas.

Los profesionales de salud, deberían tener una mayor formación en disciplinas que abarquen los aspectos sociales, culturales y psicológicos de los individuos y los grupos sociales. Esto facilitará una mejor vinculación con sus pacientes y creará las condiciones para una mejor comunicación, espacio subvalorado para la educación y el aprendizaje.

En la medida que siga siendo la Guardia el lugar de mayor concentración de consultas, la posibilidad de brindar una atención integral, de establecer una comunicación que permita informar, orientar y educar queda reducida a la mínima expresión.

No solo el impacto del desarrollo afecta la salud, sino también los cambios que se operan en los roles de la mujer y los patrones de comportamiento en la producción doméstica, afectan el comportamiento reproductivo con sus consecuencias en la salud de la familia.

Los cambios que se están produciendo en la familia, en la modificación

de los roles de producción y reproducción social, en relación a la situación socioeconómica, llevan a producir «ajustes» en la prestación de los servicios. Madres solas, padres desocupados, precarización del empleo, transforman el modo de utilización de los servicios de salud. Horarios incompatibles con las madres que trabajan, dificultad en esperar horas para una consulta médica por pérdida de ingreso, limitación económica para el desplazamiento, entre otros.

Los chicos solos por ausencia de ambos padres por razones laborales, interpela a buscar soluciones para evitar que niños desde muy corta edad queden largas horas del día sin una persona que los cuide. Accidentes domésticos, falta de supervisión en la alimentación y la higiene, ausencia de percepción de síntomas de enfermedad, son solo algunas de las situaciones a que estos chicos están expuestos. Los controles del niño en los centros asistenciales, la dación de leche o el apoyo en alimentos, son tan necesarios e importantes como el cuidado. Niños que sufren accidentes en el hogar y bebés que mueren por una broncoaspiración al tomar solos la mamadera, o del ahogo con una flema que no pudieron ayudarle a expulsar.

La organización en los barrios de «madres cuidadoras», que de manera rotativa puedan hacerse cargo de los chicos que quedan solos, dando una solución colectiva y solidaria, es una alternativa que ya se ha desarrollado en barrios populares. Pero sobretodo es necesario incrementar la oferta de Guarderías gratuitas donde los más pequeños puedan ser cuidados mientras su madre o sus padres trabajan.

El abandono y la falta de cuidado, tanto como la falta de alimento y asistencia sanitaria, producen deterioros en el desarrollo del niño, muchas veces irreversibles. Estos deterioros no solo tienen que ver con un menor crecimiento físico, con mayores dificultades de desarrollo intelectual que repercuten en el aprendizaje, sino también con una precaria inserción social.

Niños que desde que nacen viven en un entorno de carencia y deprotección, restringiendo sus capacidades y con ellas sus oportunidades en el futuro. Niños que tendrán una severa dificultad en desarrollar sus potencialidades y así desenvolverse en la vida, ya sea en sus estudios, en el trabajo, en la creación de un hogar. Es así como se repiten las historias de madres adolescentes, de abandonos, de violencia familiar.

La pobreza no está dada únicamente por la insatisfacción de necesidades básicas que tienen que ver con la vivienda, la educación y el ingreso, sino también con la marginación, la exclusión y discriminación que esta pobreza genera, y que lleva a un deterioro personal, cuyo origen es netamente social.

La sociedad y el Estado no puede quedar al margen de esta situación. Se deben procurar compensar las deficiencias familiares en la capacidad de socialización, y evitar el deterioro que estas producen. Concentrar los esfuerzos fundamentalmente en la atención de los aspectos biológicos del niño, como alimento y asistencia sanitaria, y considerar como menos prioritarios los aspectos que tienen que ver con la parte emocional y social, es seguir reforzando un modelo biologista, individual y fragmentado de atención de la salud.

En la medida que se organice, programe y distribuyan los recursos desde una óptica que ponga el acento en lo preventivo y no solo en lo curativo, que parta del conjunto social y no del individuo, y que considere a las personas como sujetos no solo pasivos de recibir asistencia, sino como individuos con aptitudes para desarrollar, con capacidad de opinar y participar, podrán irse gestando programas donde se ponga el énfasis en potenciar las capacidades y no solo en resolver las necesidades de las personas.

ANEXOS

MORTALIDAD INFANTIL

Según la UNICEF, las condiciones de vida de los niños de América Latina, presentan dos grandes patrones epidemiológicos, que representan el dualismo social de la región. Por un lado predominan pautas de morbimortalidad asociadas al subdesarrollo: enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, deficiencias nutricionales y enfermedades inmunoprevenibles, y por el otro, aparecen patologías asociadas con estructuras sociales más desarrolladas: accidentes, anomalías congénitas, enfermedades del aparato circulatorio, tumores y enfermedades del sistema nervioso. (Unicef, 1992)

En países con alta o mediana tasa de Mortalidad Infantil (MI) como el nuestro, las afecciones perinatales son la principal causa de MI, asociadas sobretudo a complicaciones del embarazo y el parto por falta de cobertura adecuada, a embarazos precoces o demasiados seguidos y a deficiencias nutricionales de la madre que dan lugar a niños de bajo peso al nacer.

Las patologías más frecuentes que causan la muerte de niños menores de un año en la Argentina, y especialmente las neonatales que se producen durante los 28 primeros días de vida, siguen siendo entonces las derivadas de las complicaciones sufridas durante el embarazo y el parto. Estas muertes pueden evitarse, en la mayoría de los casos, con mejores y más frecuentes controles. Como consecuencia la proporción de muertes evitables resulta aún muy elevada. En la Argentina, actualmente, de las 17500 muertes que se registran anualmente, 7500 son evitables. (Unicef, 1993)

En la provincia de Salta, para el año 1991, según datos del Ministerio de Salud Pública la tasa de MI es de 32.8 por mil nacidos vivos, muy superior a la media nacional (23 por mil), y el doble de lo que se registra en la Capital Federal (15 por mil). De los 800 niños promedio que fallecen en Salta antes de cumplir su primer año de vida, la mitad de dichas muertes son producidas por causas fácilmente evitables con diagnóstico oportuno y tecnología de baja complejidad. Según la misma fuente, las afecciones del recién nacido (54%), seguidas por la gastroenteritis, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición, son las principales causas de muerte infantil (Gobierno de la Provincia de Salta, 1993-95).

Para el año 1992 (Cuadro 1), la Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal (hasta los 28 días de nacido) es de 16.9, mientras que la Tasa de Mortalidad Infantil Posneonatal (de un mes a un año de nacido) es de 16 por mil, observándose a lo largo de la década 1980-1990 un disminución levemente más pronunciada en la tasa de muertes posneonatales (Gráfico 1).

Otro indicador básico de supervivencia infantil, es el peso al nacer, que como se mencionaba más arriba tiene una estrecha relación con el nivel nutricional de la madre, y por lo tanto con su calidad de vida. En Salta, de cada cien niños que nacen, 12 tienen peso inferior a los 2500 gramos. Estos niños tienen un 60% más de probabilidad de enfermar o morir antes del primer año de vida, y muestra una vez más el deterioro de las condiciones de vida de la población de Salta, ya que la media nacional es exactamente la mitad. (op.cit.)

Existe, aún dentro de la provincia, una enorme disparidad entre las zonas urbanas y rurales, entre los grupos étnicos y muy especialmente entre los distintos estratos socioeconómicos que se reflejan a través de este indicador. Los gráficos 2 y 3 muestran los Departamentos de más baja y más alta MI respectivamente, mostrando el contraste aún dentro de la misma provincia.

La correlación positiva entre MI y grado de criticidad de la población queda reflejada en los Gráficos antes mencionados ya que los Departamentos de Santa Victoria y Los Andes tienen en su población los más altos porcentajes de familias críticas de la provincia (mayor riesgo de enfermar y morir por condiciones de precariedad socioeconómica) junto con las tasas más elevadas de MI.

Por condiciones socioeconómicas se consideran una serie de factores que se evalúan a través de distintos indicadores como ocupación, ingreso, nivel de instrucción, características de la vivienda, número de hijos, escolaridad, entre otros. Ellos permiten evaluar la calidad de vida de la familia.

A nivel nacional en el período intercensal (1980-1991), muestra una tendencia marcadamente decreciente en los índices de MI. Similar comportamiento tiene la provincia de Salta donde se ve la reducción de la MI casi a la mitad, entre uno y otro censo (Gráfico 4). Como puede observarse en el Gráfico 5, se produjo una significativa baja en una década, pero la tendencia no es sostenida, sino que más bien fluctúa en los últimos años, siendo importante tener en cuenta también la heterogeneidad que se da al interior de la provincia como se mencionaba anteriormente. En dicho gráfico MI es la Mortalidad Infantil, MIT es Mortalidad Infantil Tardía (después de los 28 días de nacido) y MIN es Mortalidad Infantil Neonatal (hasta los 28 días de nacido).

Es necesario de todos modos discriminar las causas que ocasionan estas muertes para determinar su grado de evitabilidad. Esta discriminación permite visualizar el peso de los factores relacionados con las condiciones de vida y con la accesibilidad al Sistema de Salud.

La causas de muerte neonatales según criterio de evitabilidad son:

- Reducibles por buen control de embarazo (sífilis congénita; feto o recién nacido afectado por enfermedades de la madre no necesariamente relacionadas con el embarazo actual; enfermedad hemolítica del feto o recién nacido; tétanos)

- Reducibles por buena atención al parto (feto o recién nacido afectado por complicaciones de la placenta, el cordón umbilical o las membranas; afectado por otras complicaciones del trabajo de parto; trastornos relacionados con la duración prolongada de la gestación y con el peso elevado al nacer; traumatismo del nacimiento; hipoxia intrauterina y asfixia al nacer; infecciones propias del período perinatal)

- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz (septicemia del recién nacido; enfermedades del aparato digestivo; otras afecciones respiratorias; hemorragia fetal y neonatal; otras formas de ictericia perinatal; trastornos perinatales del aparato digestivo)

- Otras reducibles (enfermedades infecciosas intestinales; enfermedades del aparato respiratorio; causas externas de traumatismos y envenenamientos)

- Parcialmente reducibles por buen control del embarazo (deficiencias de la nutrición; crecimiento fetal lento y desnutrición fetal; trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de bajo peso al nacer; síndrome de dificultad respiratoria)

- No evitables (tumores; enfermedades del aparato circulatorio; anomalías congénitas)

- Desconocidas (otras afecciones ; muerte súbita; signos, síntomas y estados morbosos mal definidos).

Las causas de muerte posneonatales se agrupan de la siguiente manera según criterio de evitabilidad:

- Reducibles por prevención (difteria; tos ferina; sarampión; sífilis congénita)

- Reducibles por diagnóstico y tratamiento precoz (septicemia; meningitis; enfermedades del aparato digestivo y genitourinario)

- Otras reducibles (enfermedades infecciosas intestinales y hepatitis; trastornos de los electrolitos y del equilibrio acidobásico; enfermedades del aparato respiratorio y traumatismos y envenenamientos)

- Parcialmente reducibles (deficiencias de la nutrición; crecimiento fetal lento y desnutrición fetal; trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de bajo peso al nacer)

- No evitables (varicela; tumores; enfermedades del aparato circulatorio; anomalías congénitas)

En el Cuadro 2, el porcentaje de causa de muerte que concentra el

mayor número de muertes neonatales (0-1 mes de vida) es el debido a trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer (24%) directamente vinculadas al estado nutricional de la madre y al control prenatal. Le sigue en importancia las infecciones propias del período perinatal (19.9%) relacionadas con la asistencia médica en el parto. Ambas evitables con una cobertura adecuada y con mejores condiciones de vida para la madre (Gráfico 5).

En el Cuadro 3 puede verse que, más de la mitad de las muertes posneonatales (1-11 meses) se debió a enfermedades infecciosas, siendo las intestinales las más comunes (21.1%), aludiendo nuevamente a la calidad de vida del niño como el factor recurrente y preponderante (Gráfico 6 y 7).

Un estudio realizado por Juan Carlos Cid propuso medir la incidencia de la mortalidad en los primeros años de vida, en condiciones de vida desfavorables tales como una madre con escaso nivel de instrucción o componente de un hogar con necesidades básicas insatisfechas (Cid, 1992).

Tomando un criterio combinado (nivel de instrucción de la madre; hogares con o sin NBI y madres del ámbito rural o urbano) demuestra que las condiciones desfavorables del entorno hogareño continúan castigando a la primera infancia con una mortalidad diferencia.

«Las chances están en contra del niño si es hijo de una mujer que no completó la escuela primaria (6,2% probabilidad de muerte en los tres primeros años de vida contra 2,5% en el resto de los niños). Si nació en un hogar con necesidades básicas insatisfechas (4,4% contra 2,7% en el resto) o en una área rural (5,5% contra 2,9% en los nacidos en ciudades)». (Cid, 1992)

La brecha se hace más notable si se toman combinados los tres criterios.

«En 1980 hubo un 13,5% de mujeres entre 15 y 49 años en el estrato que llamaremos bajo y 43,8% de mujeres en ese mismo tramo de edad en el estrato alto. Para los hijos de las primeras, la probabilidad de morir en los tres primeros años de vida era tres veces mayor que para los nacidos de madres del segundo grupo.» (op. cit.)

De acuerdo a los datos censales correspondientes al año 1991, en la provincia de Salta la población en situación de riesgo tiende a reducirse ya que las mujeres en edad fértil que tenían un bajo nivel de instrucción pasaron del

37,7 al 21,4%, las que integraban hogares con NBI del 40,1 al 32,3% y las residentes en zonas rurales, del 22,7 al 16,5%. (op. cit.)

Si bien los datos muestran una reducción de la MI concomitantemente con un descenso general en los factores de índole social y económica como nivel de instrucción y necesidades básicas insatisfechas, las tasas siguen siendo muy elevadas en la provincia y comparables con la de países latinoamericanos que históricamente van a la cabeza en los índices de pobreza de la población.

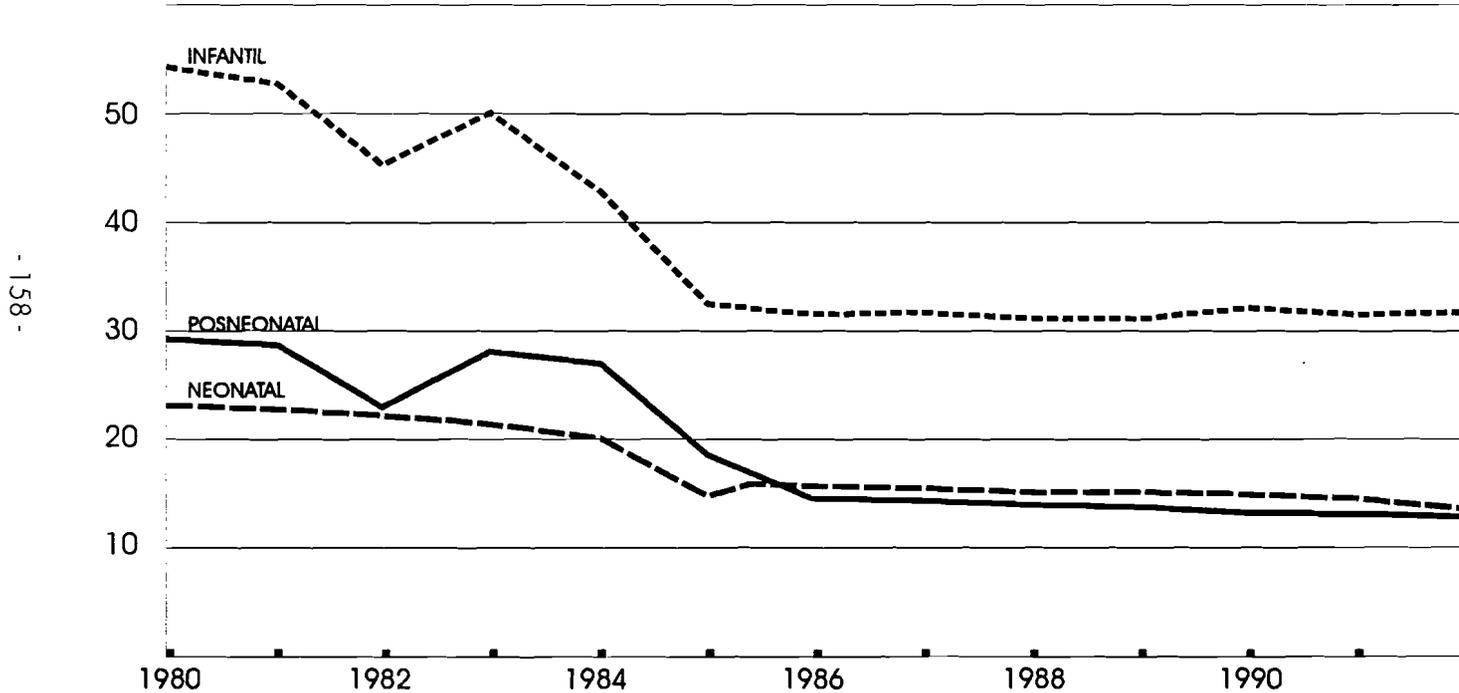
Cuadro 1
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL Y POSNEONATAL
POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS - SALTA 1980 - 1993

Año	SALTA		
	Infantil	Neonatal	Posneonatal
1980	52,1	23,1	29,0
1981	51,4	23,2	28,2
1982	46,2	22,6	23,6
1983	49,2	21,4	27,8
1984	44,8	20,3	24,3
1985	34,0	15,7	18,4
1986	32,5	16,7	15,6
1987	32,6	16,8	15,5
1988	32,6	16,9	15,8
1989	32,3	16,7	15,5
1990	32,3	16,7	15,5
1991	32,8	17,0	15,9
1992	32,8	16,9	16,0

FUENTE: Programa Nacional de Estadísticas de Salud MSAS

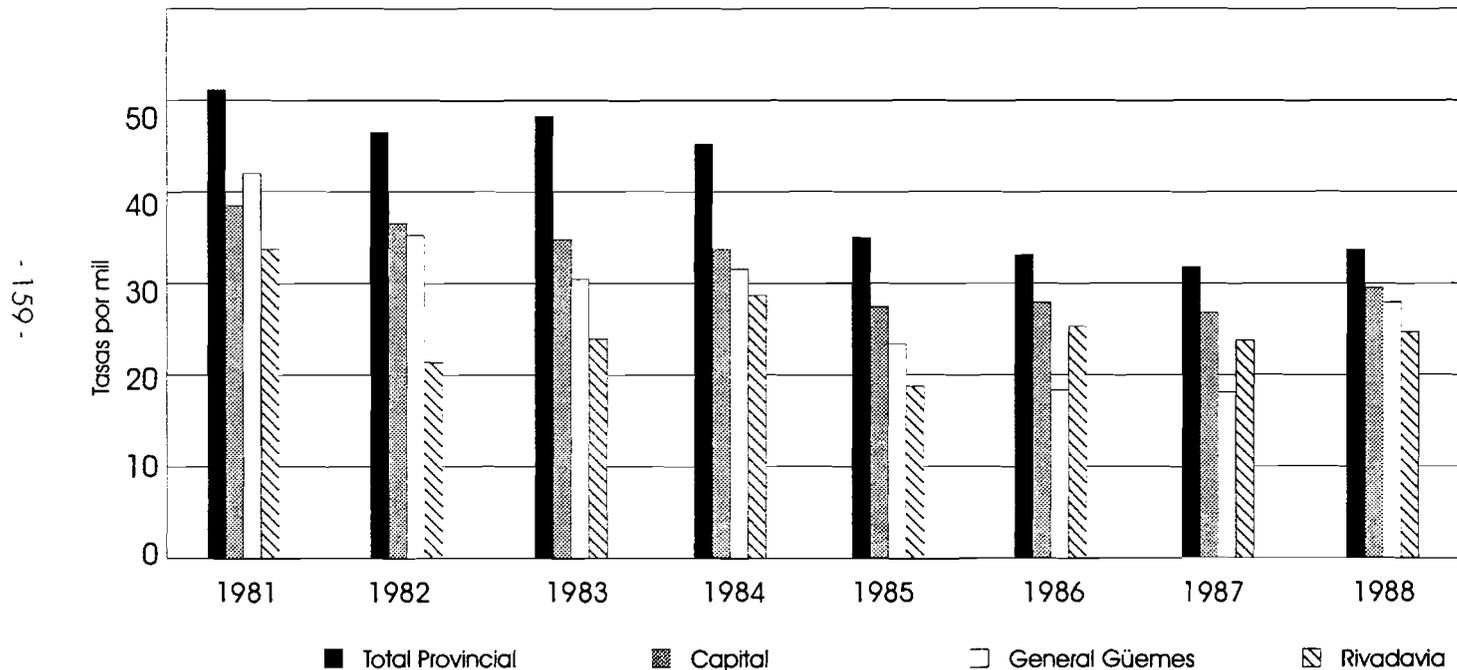
Gráfico 1
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL NEONATAL Y POSNEONATAL
SALTA 1980 - 1992

TASA POR 1000 NACIDOS VIVOS



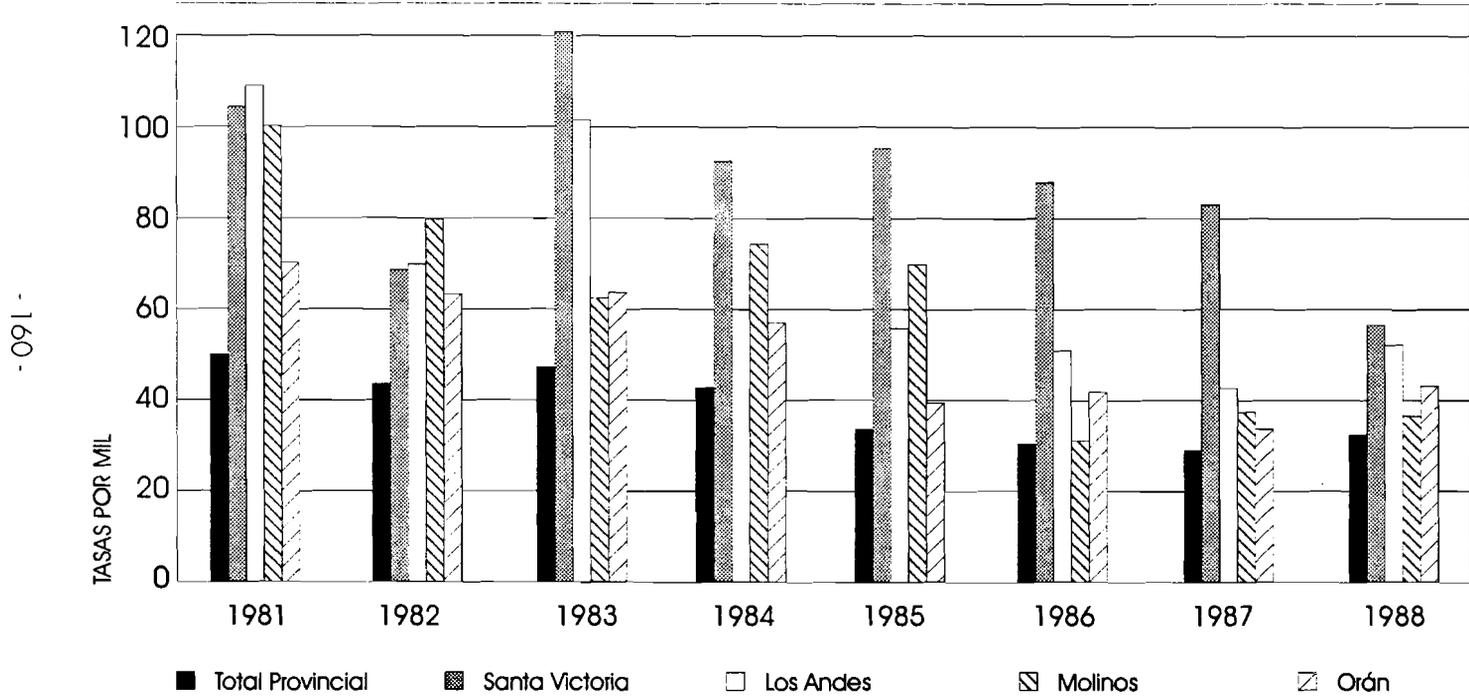
FUENTE: Programa Nacional de Estadísticas de Salud MSAS

Gráfico 2
 DEPARTAMENTOS CON BAJA MORTALIDAD INFANTIL
 PROVINCIA DE SALTA 1981 - 1988



FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos

Gráfico 3
 DEPARTAMENTOS CON ALTA MORTALIDAD INFANTIL
 PROVINCIA DE SALTA 1981 - 1988



FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos

Gráfico 4
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
TOTAL PAÍS Y PROVINCIA DE SALTA 1944 - 1990

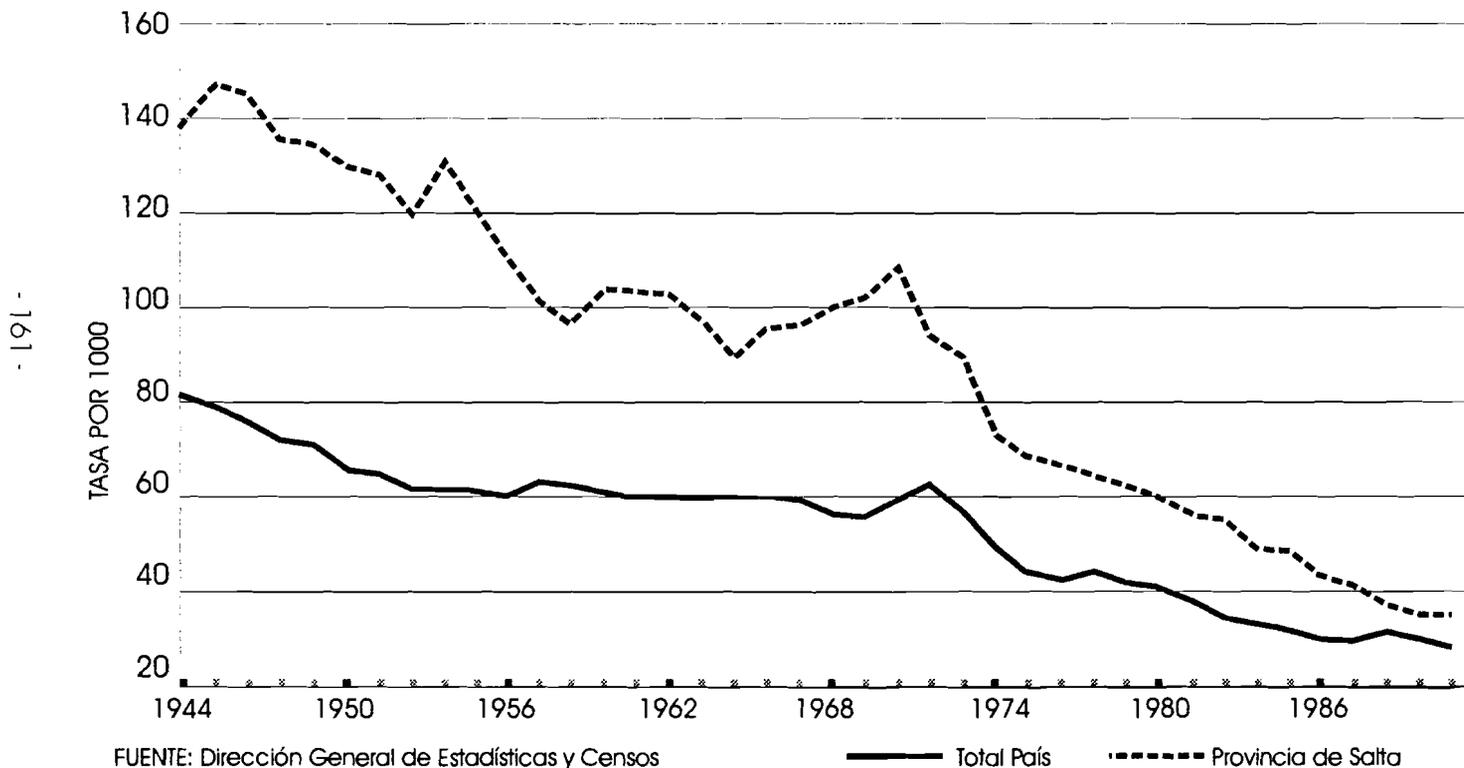


Gráfico 5
TENDENCIA DE MORTALIDAD INFANTIL
SALTA 1980 - 1993

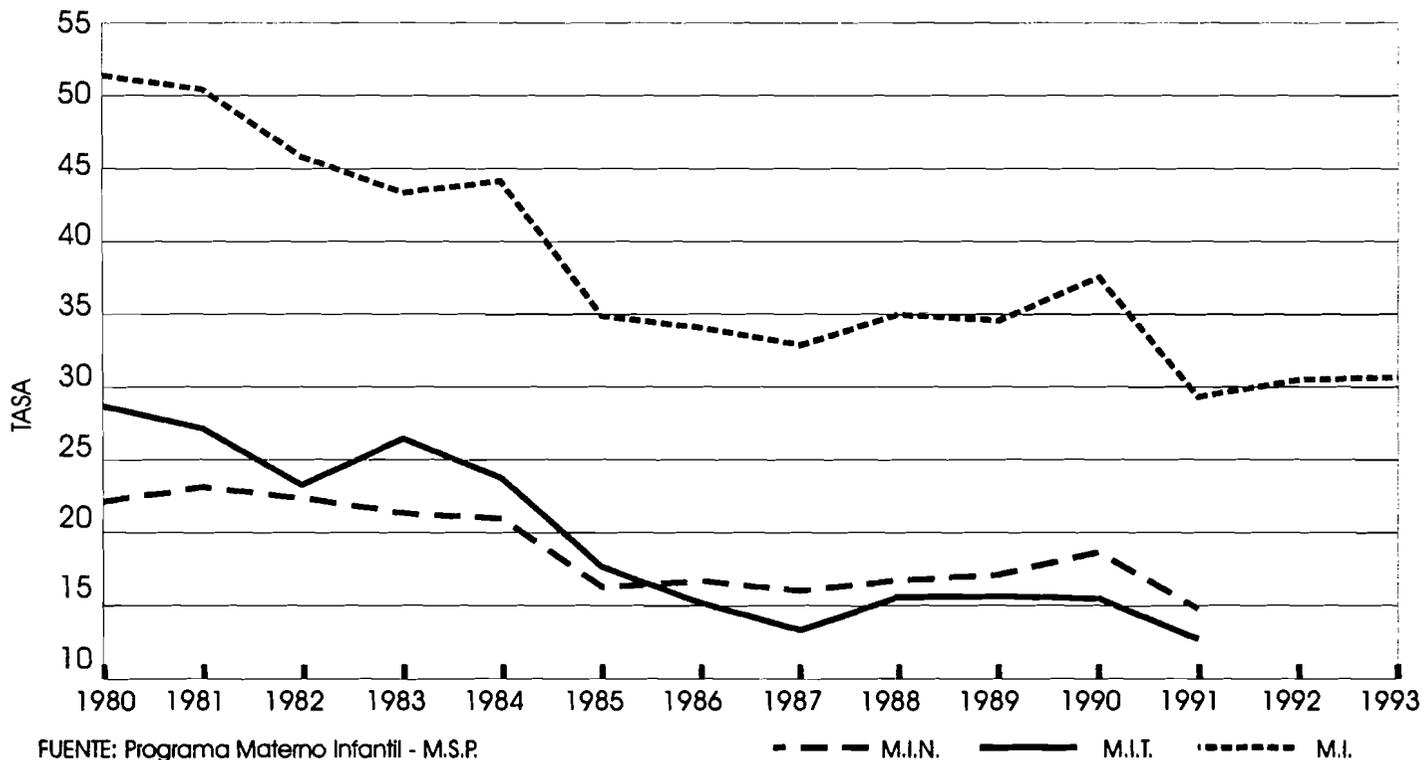
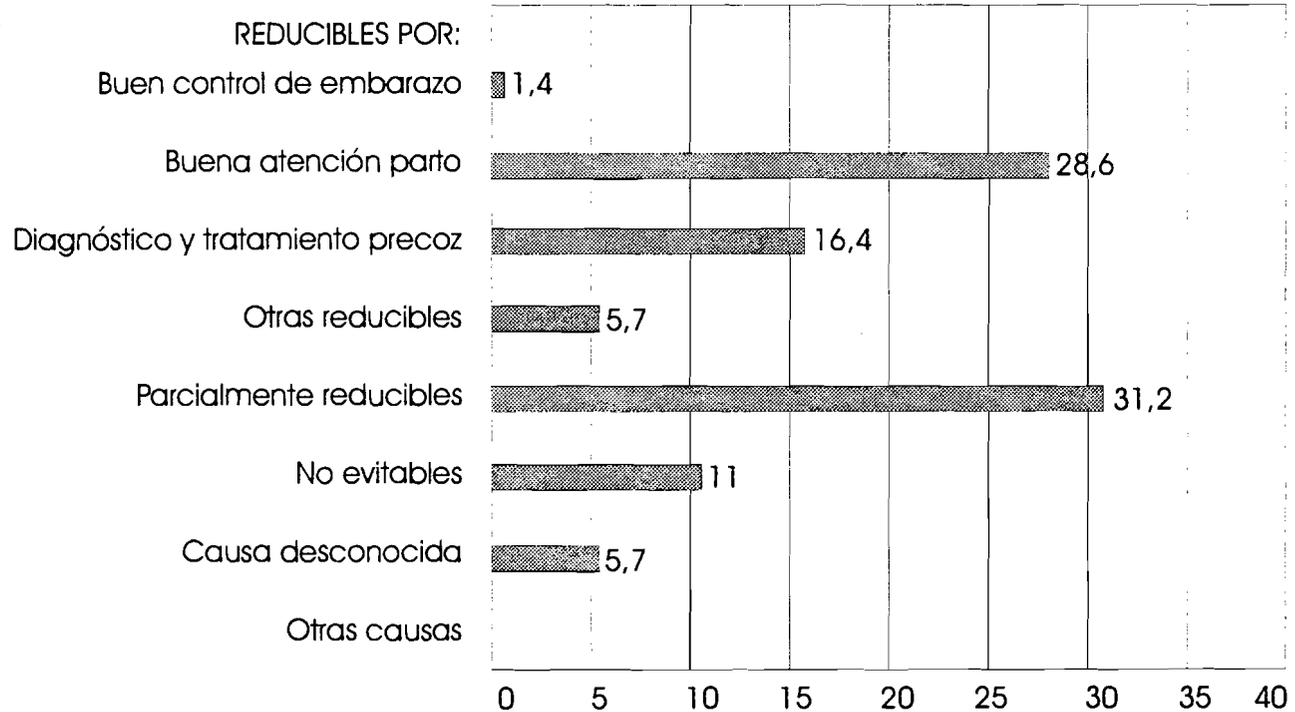
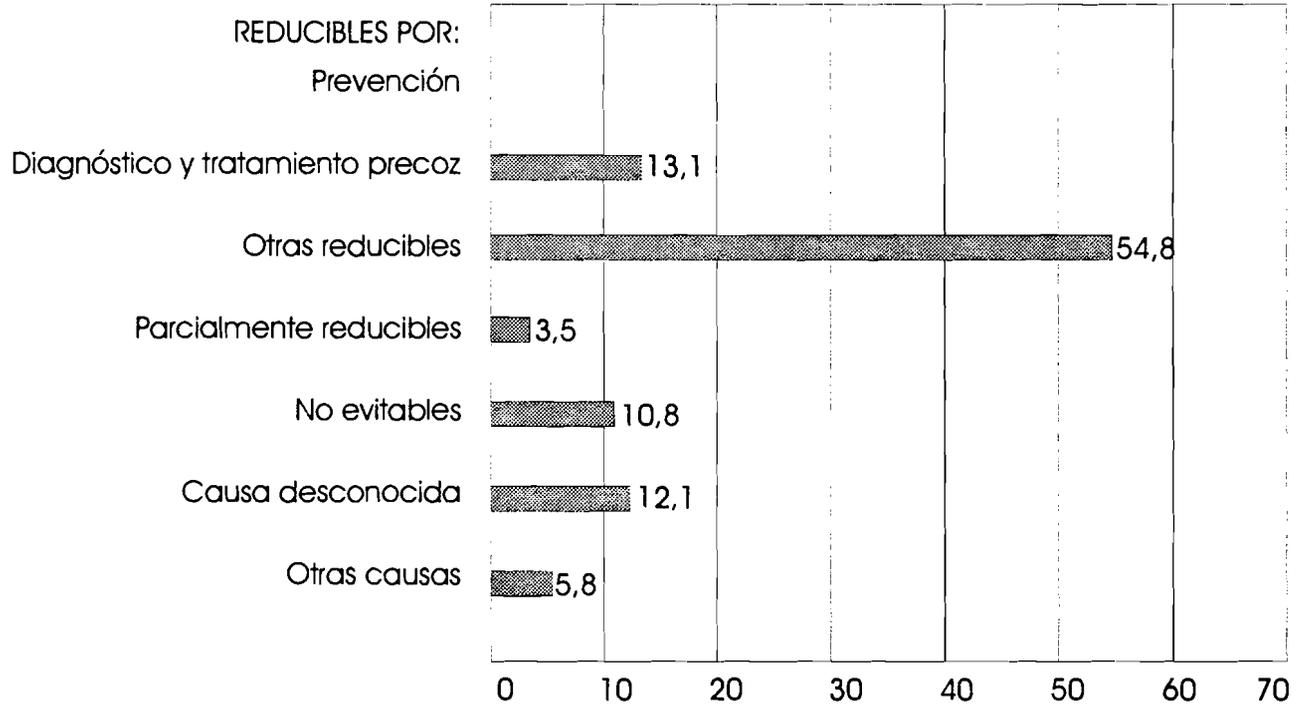


Gráfico 6
DEFUNCIONES NEONATALES SEGUN
CRITERIO DE EVITABILIDAD - SALTA - 1992



FUENTE: Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud y Acción Social

Gráfico 7
DEFUNCIONES POSNEONATALES SEGUN
CRITERIO DE EVITABILIDAD - SALTA - 1992



FUENTE: Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Ministerio de Salud y Acción Social

LA SITUACION DE SALTA

Según informes de la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos de la provincia de Salta, de acuerdo al análisis de los datos de los censos de 1980 y 1991, se produjo un descenso en el porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Sin embargo, los mismos datos indican que Salta es actualmente la provincia con el índice más elevado del país, seguida muy de cerca por Jujuy y Santiago del Estero (de la Región del Noroeste) y por Formosa y Chaco del Noreste.

De acuerdo al análisis que realiza el Lic. Juan Carlos Cid (1994), la tasa de hogares salteños con NBI se redujo en el período intercensal del 38 al 32,6%, pero en términos relativos al resto del país, la situación de la provincia empeoró ya que en la década pasada Salta era superada por Formosa (41,9%), Santiago del Estero (39%), Jujuy (38,9%) y Chaco (38,8%). Salta figura ahora a la cabeza de las provincias carenciadas de la Argentina.

Los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 parecen probar que la tasa de *incidencia* de esta pobreza, llamada estructural, se encuentra positivamente asociada a la intensidad o gradación del mismo fenómeno. El autor antes mencionado efectúa un análisis de la *intensidad de la pobreza*, de acuerdo a la cantidad de indicadores presentes en cada hogar. (J.C.Cid, 1994)

En el Cuadro 1 compara la situación en cada una de las divisiones políticas en 1980 y 1991, utilizando cuatro indicadores de pobreza (Hacinamiento, tipo de vivienda, condiciones sanitarias y asistencia escolar). Pude verse claramente la situación desfavorable de la provincia respecto al resto del país, a pesar de la reducción global de la pobreza a nivel nacional, medido por NBI.

En el Cuadro 2 muestra el modo en que se reparte el 100% de los hogares pobres de cada provincia, según se registren la presencia de uno, dos, tres o los cuatro indicadores. Los datos muestran una mayor intensidad de la pobreza en Salta, ya que aumenta el porcentaje de hogares con más de un indicador de privación en relación al resto del país.

En el Gráfico 1, utilizando las cifras del cuadro anterior, se evidencia una relación inversa entre ambas magnitudes (porcentaje de hogares con NBI y la proporción de hogares con «un indicador»). En Salta, jurisdicción con el porcentaje de pobreza más elevado del país, casi el 30% de los hogares pobres presenta más de una carencia simultáneamente. Similar comportamiento tienen Chaco, Jujuy y Formosa. En el extremo opuesto, Capital Federal, La Pampa y

Córdoba, con porcentajes de pobreza del 5 al 10 %, tienen el 85% o más de sus pobres que caen en esa categoría a causa de un solo indicador.(op.cit.)

Si se analizan los indicadores de NBI individualmente, ya no por jurisdicción provincial sino por Departamentos provinciales, Salta se encuentra en cada uno de ellos en los primeros diez puestos del ranking.

De acuerdo al «Mapa de la pobreza en la Argentina», a partir de los datos censales de 1991, Salta aparece en el primer puesto correspondiente al Departamento de Santa Victoria en el porcentaje de viviendas sin retrete con descarga de agua. En las viviendas con piso precario, Salta ocupa los puestos tercero, cuarto, noveno y décimo. En las viviendas sin acceso a red pública de agua, perforación o pozo, Salta figura en los puestos tercero, cuarto, sexto y noveno. En las viviendas con hacinamiento (más de tres personas por habitación) Salta ocupa un tercer puesto. Respecto a la población en viviendas deficitarias, excluidas las casas tipo B (aquellas que no cuentan con agua dentro de la vivienda, retrete con descarga de agua y tienen piso de tierra), Salta se ubica en el cuarto, quinto y octavo lugar. Los jefes de hogar sin asistencia escolar o primaria incompleta y que viven en viviendas precarias, Salta se adjudica nuevamente un primer puesto, seguida de un tercero y séptimo. Lo mismo ocurre con las mujeres jefe de hogar, donde Salta ocupa también un primer lugar. (CEPA, 1993)

La ciudad de Salta

La capital de la provincia creció aceleradamente en los últimos años. La ciudad que en 1960 aglutinaba al 28% de la población provincial, aumentó a un 35% en 1970, al 39% diez años después y, según el último censo de 1991 al 42% del total de la provincia. La población provincial creció a un ritmo superior al promedio nacional. Hace tres décadas la capital salteña fue, por su población, la undécima concentración urbana del país, pasando a ser en la actualidad la novena.

El crecimiento se dio de modo muy desordenado desde el punto de vista territorial, produciendo una expansión en los bordes, con loteos económicos y frecuentes asentamientos irregulares de población de escasos recursos, sobre áreas que no cuentan con infraestructura de servicios. (Dirección de Estadística y Censos de la Provincia)

La población capitalina asciende a 370.000 habitantes, según el último censo, 23% de la misma constituyen hogares con NBI. Dentro de la provincia, el departamento Capital fue el que tuvo el porcentaje más bajo de hogares con NBI pero, por ser el más poblado, registró a su vez la mayor cantidad absoluta.

La Dirección antes mencionada resumió en un trabajo los aspectos esenciales obtenidos por el censo de población de 1991. Se realizó un agrupamiento de áreas de la Capital en base a 17 variables como tipo de vivienda, piso de material deficiente, hacinamiento, instrucción del jefe de hogar, disponibilidad de inodoro, entre otras. La selección de las variables se restringió al informe censal exclusivamente. (J.C.Cid, 1993)

La resultante fueron cinco zonas diferenciadas que se repiten a lo largo y ancho de la ciudad, siendo la 1 la de nivel socioeconómico más alto y la 5 la correspondiente a pobreza extrema.

Los casos tomados en el presente trabajo corresponden a barrios ubicados en la zona 4, que según el estudio señalado registra valores críticos y tienen las siguientes características: entre el 14 y 22% de los hogares existe hacinamiento, solo el rango que oscila entre el 41 y el 79% tienen cañerías de agua dentro de la vivienda y únicamente el 3,6 de los jefes de hogar tienen nivel de educación superior. El tamaño medio de los hogares aumenta paulatinamente de la zona 1 a la 4, descendiendo un poco en la última área. (op.cit.)

La situación de máxima pobreza está presente en los asentamientos ilegales que se constituyen al borde o la periferia de la ciudad. La mayoría de ellos se encuentra en las zonas 4 y 5 que señala el informe.

Ingreso, empleo y desocupación

Datos estadísticos oficiales indican que solo en la Capital salteña el 77% de los hogares no alcanza a reunir los \$ 1200 estimados como el ingreso mínimo adecuado para una familia tipo. La información fue obtenida de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de Mayo de 1993. De esta también se deduce que el 44,4% de los hogares de Salta Capital reúne un ingreso promedio de \$ 540 y el 32,6% fluctuó entre los \$ 660 y \$ 1000.

De acuerdo a la misma fuente, la desocupación prácticamente se duplicó en el período 1991-93, pasando del 5,5% al 10,4%. De ellos un 28% lo es desde hace un mes, el 30% lo está sin trabajo de uno a tres meses y el 41,3% no logró conseguir empleo durante más de tres meses. También creció el número de subocupados (aquellos que no tienen un trabajo fijo o trabajan menos de 35 horas semanales) que aumentaron del 9,5% al 11,2%. En el período mencionado se observa un incremento de la población económicamente activa, debido a que un importante número de jóvenes y mujeres se volcaron al mercado laboral. El número de desempleados en la capital salteña ascendió así de 5.500 en 1991 a 12.800 en 1993.(EPH 1991-93)

El estancamiento de las economías regionales y el ajuste del sector público profundizaron el deterioro de las condiciones laborales, del ingreso y del desempleo, así como la precarización y la informalización.

Informes realizados a partir de datos de 1990 indican que más de la mitad de los asalariados de la capital salteña no cuentan con un contrato escrito y firmado por ambas partes y en poder del trabajador, que menos de la cuarta parte no está efectiva en su trabajo y que el 25% no recibe copia de recibo de sueldo con nombre o sello del empleador. (Tribuno, julio 1994)

En Salta, el sector público representa una importante fuente de empleo. Según datos de FIEL son 41.257 los trabajadores que se desempeñan en este sector, representando el 14,18% de los trabajadores provinciales.

La evolución actual de la pobreza

De acuerdo al relevamiento de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizado durante el mes de Junio de 1995, la situación de pobreza afecta a un 38,6% de los hogares de la capital provincial. (J.C.Cid, 1995)

Esta medición si bien no es definitiva y tiene carácter provisorio, permite visualizar al menos cierta tendencia y comportamiento. El sistema utilizado ha sido un criterio integrado de medición, combinando el método de las NBI con el de la línea de pobreza. El primero toma en cuenta la satisfacción o no de ciertas necesidades básicas (ver Cuadro 1). El segundo recurre al ingreso de los hogares, comparándolo con un nivel definido como mínimo para la subsistencia, llamado línea de pobreza (LP).

El Cuadro 3 sintetiza la información surgida de las 6 últimas ondas del conglomerado de Salta, desde octubre de 1992 hasta mayo de 1995. En el cuadro se hace la distribución porcentual de hogares no pobres y pobres. Estos a su vez se clasificaron en tres categorías mutuamente excluyentes: por el criterio NBI (columna 1), por línea de pobreza (LP) (columna 2) y las dos características presentes (columna 3).

El porcentaje de hogares pobres, cualquiera sea el criterio considerado, registra primero una leve disminución para luego aumentar 2,6 puntos a lo largo del período.

«El Cuadro 4 permite comprobar que el de la Línea de Pobreza es, de los dos métodos, el que detecta mayor cantidad de hogares pobres: a lo largo de las 6 ondas, entre un 76 y un 83% de los carenciados lo fueron por línea de pobreza y entre un 44 y un 52% lo fueron por Necesidades Básicas Insatis-

fechas. Además, se observa que en todas las oportunidades coincidió el signo del cambio en la pobreza con el del cambio que tuvo el primero de los criterios». (J.C.Cid, 1995)

Es significativo el proceso de pauperización de los hogares de la ciudad de Salta en los últimos tres años. Podría afirmarse, que en el actual contexto de estabilidad de precios, las variaciones en la incidencia del fenómeno de la pobreza están relacionadas fundamentalmente por las condiciones del mercado laboral, que como se mencionó más arriba, sufrió un deterioro evidenciado en los índices de desocupación y subocupación (Gráfico 2).

Cuadro 1
CANTIDAD DE HOGARES TOTAL Y CON NECESIDADES BASICAS
INSATISFECHAS (1) Y PORCENTAJE SEGUN DIVISION POLITICA

División Política	Año 1980			Año 1991		
	Cantidad de hogares		%	Cantidad de hogares		%
	Total (2)	Con NBI		Total (2)	Con NBI	
TOTAL PAIS	7.103.853	1.298.721	18.3	8.562.744	1.245.468	14.5
Capital Federal	918.758	50.195	5.5	993.066	56.034	5.6
Buenos Aires	2.865.982	470.306	16.4	3.408.996	440.736	12.9
19 partidos	1.755.277	331.806	18.9	2.087.902	316.898	15.2
Resto de Bs. As.	1.110.705	138.500	12.5	1.321.094	123.838	9.4
Catamarca	42.868	13.848	32.3	57.182	13.258	23.2
Córdoba	610.111	86.598	14.2	737.119	77.414	10.5
Corrientes	140.198	46.288	33.0	179.045	43.417	24.2
Chaco	150.616	58.503	38.8	189.562	58.219	30.7
Chubut	62.710	16.816	26.8	91.981	16.606	18.1
Entre Ríos	219.880	45.455	20.7	259.693	35.977	13.9
Formosa	61.373	25.688	41.9	88.867	28.225	31.8
Jujuy	86.266	33.543	38.9	106.800	33.978	31.8
La Pampa	56.705	7.544	13.3	74.138	6.989	9.4
La Rioja	34.853	9.466	27.2	47.788	10.757	22.5
Mendoza	274.527	43.874	16.0	338.392	45.728	13.5
Misiones	129.028	44.269	34.3	181.552	50.968	28.1
Neuquén	52.909	15.838	29.9	93.241	17.227	18.5
Río Negro	92.741	26.912	29.0	130.086	24.325	18.7
Salta	137.318	52.113	38.0	178.069	57.987	32.6
San Juan	99.191	21.115	21.3	115.029	17.901	15.6
San Luis	50.911	11.858	23.3	69.852	12.144	17.4
Santa Cruz	26.449	5.301	20.0	40.645	5.827	14.3
Santa Fe	663.778	100.109	15.1	777.174	89.522	11.5
Sant. del Estero	122.631	47.814	39.0	143.630	44.076	30.7
Tierra del Fuego	5.761	1.432	24.9	18.674	4.717	25.3
Tucumán	198.289	63.836	32.2	242.343	53.436	22.0

(1) Definidas de acuerdo con la metodología utilizada por Indec en "La Pobreza en la Argentina" (Serie Estudios Indec Nro.1, Buenos Aires, 1984). De acuerdo con la información del Censo 1991 disponible hasta el momento se utilizan cuatro de los cinco indicadores seleccionados en dicho estudio (Hacinamiento, Vivienda, Condiciones sanitarias y Asistencia escolar.

(2) Para 1980, hogares=viviendas; para 1991, hogares=total viviendas - viviendas casas de inquilinato y hotel o pensión + hogares en casas de inquilinato y en hotel o pensión.

(3) Porcentaje de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) sobre el total de hogares de cada jurisdicción.

NOTA: Se define a los indicadores de la siguiente manera:

Hacinamiento: hogares que tienen más de 3 personas por cuarto.

Vivienda: hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo).

Condiciones Sanitarias: Hogares que no tienen ningún tipo de retrete.

Asistencia escolar: hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela.

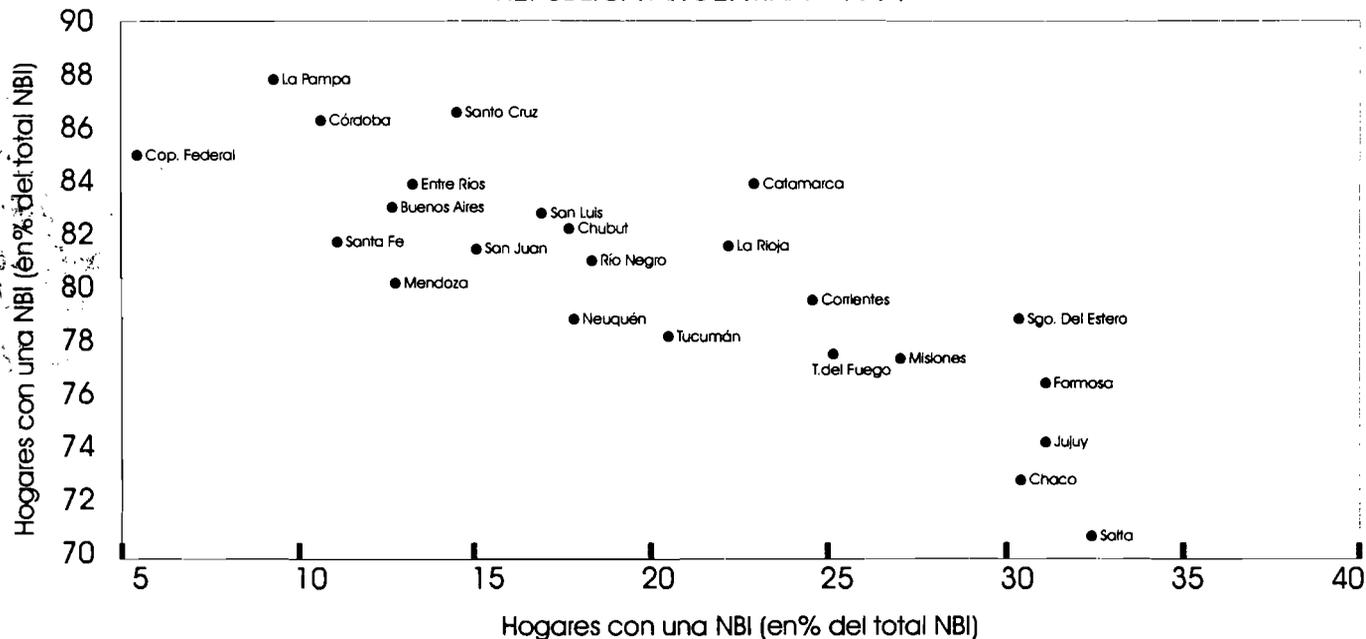
FUENTE: Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas 1980 y 1991. Doc. de Trabajo n° 3 CEPA, Buenos Aires, 1993.

Cuadro 2
TOTAL DE HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS
Y PORCENTAJE DE ELLOS POR CANTIDAD DE INDICADORES
DE PRIVACION QUE POSEEN SEGUN DIVISION POLITICA, 1991

División Política	Total de hogares con NBI	Cantidad de Indicadores de Privación				
		Total	Con 1	Con 2	Con 3	Con 4
(Porcentaje horizontal)						
TOTAL PAIS	1.245.468	100.0	81.0	16.9	2.0	0.1
Capital Federal	56.034	100.0	84.9	13.8	1.3	0.0
Buenos Aires	440.736	100.0	83.1	15.5	1.3	0.0
19 partidos	316.898	100.0	81.4	17.0	1.5	0.1
Resto de Bs. As.	123.838	100.0	87.4	11.8	0.8	0.0
Catamarca	13.258	100.0	83.8	14.8	1.4	0.0
Córdoba	77.414	100.0	86.2	12.5	1.2	0.1
Corrientes	43.417	100.0	79.6	17.8	2.4	0.1
Chaco	58.219	100.0	73.0	22.2	4.4	0.4
Chubut	16.606	100.0	82.2	16.1	1.6	0.1
Entre Ríos	35.977	100.0	83.9	14.2	1.8	0.1
Formosa	28.225	100.0	76.5	20.4	2.9	0.2
Jujuy	33.978	100.0	74.2	22.4	3.2	0.2
La Pampa	6.989	100.0	87.9	11.2	0.9	0.0
La Rioja	10.757	100.0	81.9	16.3	1.7	0.1
Mendoza	45.728	100.0	80.3	17.2	2.4	0.2
Misiones	50.968	100.0	77.6	18.9	3.2	0.3
Neuquén	17.227	100.0	79.2	18.3	2.4	0.1
Río Negro	24.325	100.0	81.1	16.9	1.9	0.1
Salta	57.987	100.0	70.8	24.2	4.6	0.4
San Juan	17.901	100.0	81.5	16.4	1.9	0.1
San Luis	12.144	100.0	82.7	15.6	1.5	0.1
Santa Cruz	5.827	100.0	86.3	12.6	1.1	0.0
Santa Fe	89.522	100.0	81.7	16.4	1.8	0.1
Sant. del Estero	44.076	100.0	79.1	18.5	2.3	0.1
Tierra del Fuego	4.717	100.0	77.7	20.0	2.3	0.0
Tucumán	53.436	100.0	78.5	18.9	2.5	0.2

FUENTE: Ver cuadro 1

Gráfico 1
 PORCENTAJE DE HOGARES CON UNA SOLA NBI DEL TOTAL
 DE CARENCIADOS Y PORCENTAJE DE HOGARES NBI RESPECTO DEL TOTAL DE HOGARES
 REPUBLICA ARGENTINA - 1991



NOTA: En el semieje horizontal está medido el porcentaje de hogares NBI o pobres sobre el total de hogares particulares.
 En el semieje vertical se mide la proporción de hogares con una sola carencia respecto del subtotal de los hogares pobres de la provincia.

FUENTE: Ver cuadro 1

Cuadro 3
 PORCENTAJE DE HOGARES POR CATEGORIA EXCLUYENTE DE POBREZA SEGUN ONDA
 CIUDAD DE SALTA, OCTUBRE 1992 - MAYO 1995

Periodo	Total de Hogares	Hogares no Pobres	HOGARES POBRES			
			Subtotal	Por NBI (1)	Por LP (2)	Por ambos criterios (3)
oct. 1992	100	64.0	36.0	8.5	18.6	9.0
mayo 1993	100	66.5	33.5	7.9	17.6	8.0
oct. 1993	100	65.8	34.2	7.3	18.3	8.6
mayo 1994	100	63.2	36.8	6.4	19.9	10.4
oct. 1994	100	64.0	36.0	7.8	17.1	11.0
mayo 1995*	100	61.4	38.6	7.5	21.7	9.3

* Estimación provisoria

FUENTE: Juan Carlos Cid, "La evolución reciente de la pobreza en la ciudad de Salta", director Nacional de Estadísticas y Censos, Salta, 1995

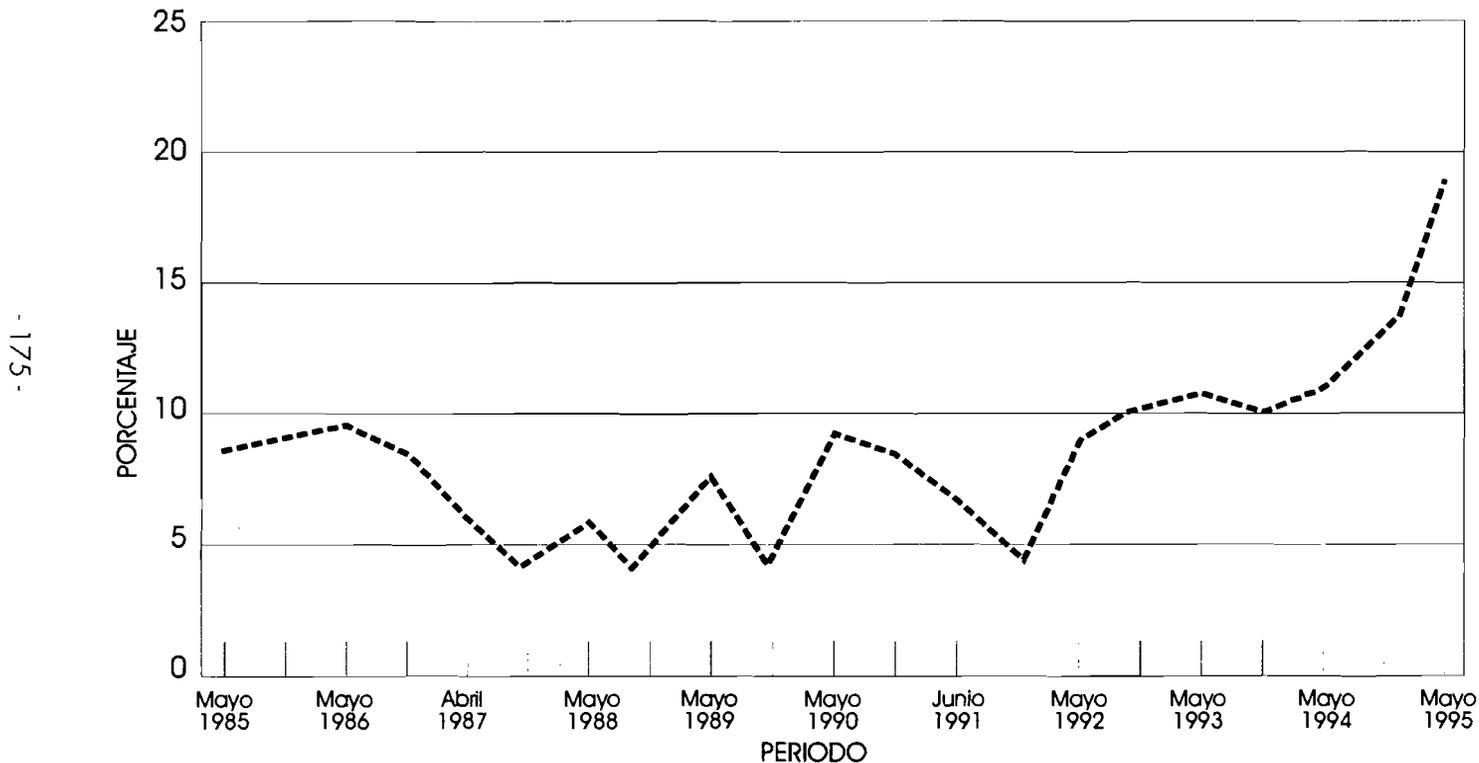
Cuadro 4
 PORCENTAJE DE HOGARES POR CATEGORIA DE POBREZA SEGUN ONDA
 CIUDAD DE SALTA, OCTUBRE 1992 - MAYO 1995

Periodo	Subtotal	HOGARES POBRES	
		Por NBI (1)	Por LP (2)
oct. 1992	36.0	17.5	27.5
mayo 1993	33.5	15.9	25.6
oct. 1993	34.2	15.9	26.9
mayo 1994	36.8	16.9	30.4
oct. 1994	36.0	18.9	28.1
mayo 1995*	38.6	16.9	31.1

* Estimación provisoria

FUENTE: Juan Carlos Cid, "La evolución reciente de la pobreza en la ciudad de Salta", director Nacional de Estadísticas y Censos, Salta, 1995

Gráfico 2
TASA DE DESOCUPACION SALTA* 1985 - 1995



FUENTE: Indec "Encuesta Permanente de Hogares". Información de Prensa. Buenos Aires, 19 de julio de 1995

BIBLIOGRAFIA

ARMIGON PALLAS J.M./JIMENEZ VILLA J. (1991) - *Métodos de Investigación aplicados a la Atención Primaria de la Salud*. Ediciones DOYMA, Barcelona.

BALAN Jorge/JELIN Elizabeth (1979) - *La estructura social en la biografía personal*. CEDES, Buenos Aires.

BANCO MUNDIAL (1993) - *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Washington.

BELIZAN José M. y otros (1989) - «Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un grupo de embarazadas en Rosario, Argentina. *Boletín OPS*, Vol. 106, No.5, Washington.

BERLINGUER Giovanni (1994) - *La enfermedad* - Lugar Editorial, Buenos Aires.

BLOSCH Carlos Y OTROS (1984) - «El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida». *Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS)*, Rosario.

BRONFMAN Mario/TUIRAN Rodolfo (1984) - «La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez» en *Cuadernos médico sociales* 29-30, Rosario.

BROWNER C.H. (1989) - «Women, household and health in Latin America» - *Social Science & Medicine*, Vol.28 No.5, Gran Bretaña.

CAMPBELL D.T. (1986) - «Grados de libertad y el estudio de casos» en *Métodos cualitativos y cuantitativos en Investigación de Evaluación*. Ediciones Morata, Madrid.

CARPIO Jorge/MINUJIN Alberto/VINICUR Pablo (Dir.) (1990) - *Infancia y pobreza en la Argentina*. Unicef/INDEC, Buenos Aires.

CEPA (Comité Ejecutivo para el Estudio de la Pobreza en la Argentina) - *Mapas de la pobreza en la Argentina* - Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos de la Nación.

CID Juan Carlos (1992) - «Estimaciones indirectas de la Mortalidad en la niñez en la provincia de Salta». MIMEO. Dirección General de Estadísticas y Censos, Salta.

CID Juan Carlos (1993) - «La información censal y una clasificación de áreas de Salta Capital». MIMEO. Dirección General de Estadística y Censos, Salta.

CID Juan Carlos (1994) - «¿ Son los pobres de Salta más intensamente pobres ?». MIMEO. Dirección General de Estadísticas y Censos, Salta.

CID Juan Carlos (1995) - «La evolución de la pobreza en la ciudad de Salta». MIMEO. Dirección General de Estadística y Censos, Salta.

CIERCHIA Ricardo (1994) - «Familia: la historia de una idea» en *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

CIPPA/IAF (1991) - *El país de los excluidos*. Centro de Investigaciones sobre pobreza y políticas sociales en Argentina, Buenos Aires.

CRESPO Jorge/OTERO Carlos (1994) - «Mortalidad Infantil. Enfoque de Riesgo». MIMEO, Especialidad en Salud Pública- Universidad Nacional de Salta, Argentina.

DE CLERQUE Julia y otros (1992) - «Management and treatment of diarrhea in honduran children: factors associated with mothers' health care behaviors». *Social Science & Medicine*, Vol.34 No.6, Gran Bretaña.

DEVER Alan (1991) - *Epidemiología y administración de Servicios de Salud*. OPS, Washington.

FORNI Floreal - *Estudios cualitativos en Ciencias Sociales*. Centro Editor, Buenos Aires.

GELDSTEIN Rosa (1994) - «Las nuevas familias en los sectores populares» en *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

GERHARDT Uta (1990) - «Qualitative research on chronic illness: the issue and the story». *Social Science & Medicine*, Vol.30 No.11, Gran Bretaña.

GERSHANIK Alicia (1992) - «Salud de los niños y empobrecimiento: su atención.» en *Cuesta Abajo*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

GRASSI Estela Y OTROS (1994) - *Políticas Sociales. Crisis y Ajuste Estructural*. Espacio, Buenos Aires.

GROSMAN Cecilia (1994) - «Los derechos del niño en la familia» en *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

INTERNATIONAL CHILD HEALTH: A Digest of Courrent Information (1991). Vol II, Number 2, Ginebra.

JELIN Elizabeth/FEIJO María del Carmen (1980) - *Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Buenos Aires*. Volúmen 3 No.8/9, CEDES, Buenos Aires.

JELIN Elizabeth (1994) - «Familia: crisis y después...» en *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

KROEGER Axel/LUNA Ronaldo (1993) - *Atención Primaria de la Salud. Principios y métodos*. OPS, Mexico.

LO VUOLO Ruben/BARBEITO Alberto (1994) - *La nueva oscuridad de la Política Social. Del Estado Populista al Neoconservador*. Ciepp, Buenos Aires.

LUMI Susana (1993) - «Pobreza urbana y atención de la salud» en *La mano izquierda del Estado. La asistencia social según los beneficiarios*. CIEPP, Buenos Aires.

LLOVET Juan José (1980) - *Los lustrabotas de Buenos Aires: un estudio socio-antropológico*. Volúmen 3 No.4/5, CEDES, Buenos Aires.

LLOVET Juan José (1984) - *Servicios de Salud y sectores populares. Los años del Proceso*. CEDES, Buenos Aires.

MEDINA VERASTEGUI J./ZARATE CARDENAS E. (1994) - «La Mortalidad Infantil en el Perú: 1980-1993». *Medicamentos y salud popular*, Año 7, No.27, Lima.

MINUJIN Alberto/VINOCUR Pablo (1988) - *¿ Quienes son los pobres ?* IPA-INDES, Documento de Trabajo N.º. 10, Buenos Aires.

MINUJIN Alberto Y OTROS (1992) - *Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

MINUJIN Alberto /editor (1993) - *Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

MINUJIN Alberto/KESSLER Gabriel (1995) - *La nueva pobreza en la Argentina*. Editorial Planeta, Buenos Aires.

MODENA María Eugenia (1987) - *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata, Mexico.

MYCHASZULA Sonia/ACOSTA Luis (1990) - *La Mortalidad Infantil en la Argentina 1976-1981*. CENEP, Buenos Aires.

MULLER María S. (1984) - *Mortalidad Infantil y desigualdades en Misiones*. CENEP, Buenos Aires.

NAJMAN Jake M. (1993) - «Health and poverty: past, present and prospects for the future». *Social science & Medicine*, Vol.36 No.2, Gran Bretaña.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (1982) - *Salud para todos en el año 2000*. Documento Oficial No. 179, Washington.

O'DONELL Guillermo (1993) - «Estado, democratización y ciudadanía» en *Revista Nueva Sociedad*. Caracas.

PACQUE-MARGOLIS Sara y otros (1990) - «Application of the verbal autopsy during a clinical trial». *Social Science & Medicine*, Vol.31 No.5, Gran Bretaña.

PEDERSEN Duncan (1988) - «Salud y culturas médicas tradicionales en América Latina». *Medicamentos y salud popular*, Año 2, No.7, Servicio de Medicinas Pro Vida, Lima.

RIVERON CORTEGUERA Raúl y otros (1989) - «Mortalidad Infantil en Cuba, 1969-1987». *Boletín OPS*, Vol. 106, No.1, Washington.

RAMOS Silvina (1981) - *Las relaciones de parentesco y de ayuda mutua en los sectores populares urbanos. Un estudio de caso*. Volúmen 4 No. 1, CEDES, Buenos Aires.

RAMOS Silvina (1982) - *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Volúmen 4 No.6, CEDES, Buenos Aires.

SINGER Merrill (1990) - «Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment». *Social Science & Medicine*, Vol.30 No.2, Gran Bretaña.

STREET Jr Richard L. (1991) - «Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics». *Social Science & Medicine*, Vol.32 No.5, Gran Bretaña.

TANONI Enrique (1987) - «El plan de Salud «Dr. Ramón Carillo» en la provincia de Salta, República Argentina».

UNICEF (1987) - *Ajuste con rostro humano*. Capítulo II del Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, Washington.

UNICEF (1990) - *Piden pan y algo más. Un estudio sobre crecimiento y desarrollo infantil*. Siglo XXI, Buenos Aires.

UNICEF ARGENTINA (1990) - *Niños en cifras. Argentina*. Buenos Aires.

UNICEF (1992) - *Los niños de la Américas*. Washington.

UNICEF (1993) - *El progreso de las Naciones*. Washington.

UNICEF/OMS/UNESCO - *Para la vida. Un reto de comunicación*. Nueva York.

VAZQUEZ Estela/AGUILAR María A. - «Diagnóstico de situación y tendencias del mercado laboral» (mimeo). GEUS-UNSa, Salta, 1994.

VICTORIA Cesar G. y otros (1992) - «Maternal education in relation to early and late child health outcomes: findings from a brazilian cohort study». *Social Science & Medicine*, Vol.34 No.8, Gran Bretaña.

WACQUANT Loic (1992) - *Pierre Bordieu avec Loic Wacquant. Réponses: Pour une anthropologie réflexive*. Editions Du Seuil, Paris.

WAINERMAN Catalina/GELDSTEIN Rosa (1990) - *Condiciones de vida y de trabajo de las enfermeras en Argentina*. CENEP, Buenos Aires.

WAINERMAN Catalina /compiladora (1994) - *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

WAINERMAN Catalina/GELDSTEIN Rosa (1994) - «Viviendo en familia: ayer y hoy» en *Vivir en familia*. Unicef/Losada, Buenos Aires.

WRIGHT MILLS C. (1968) - *La imaginación sociológica* - Fondo de Cultura Económica, México.

Publicaciones

01. Julio Carvajal; Colección de Ensayos de materiales didácticos y de investigación en Antropología: *Juegos cruzados*.
02. Enrique Armoza; Colección de Ensayos de materiales didácticos y de investigación en Antropología: *Discriminación y racismo*.
03. Enrique Berbeglia; Colección de Ensayos de materiales didácticos y de investigación en Antropología: *Argentina: incógnita y cuestionamientos*.
04. Rafael Saiegh (comp.): *Notas de Ciencia Política*.
06. Hugo Alvarez Natale (comp.): *El escenario político del fin de siglo*.
07. Gustavo Rodríguez: *La medición de las variables macroeconómicas principales*.
08. Jorge Graciarena: *El Estado latinoamericano en perspectiva*.
09. Liliana Garulli: *El treinta. Una década en transición*.
10. Liliana Caraballo, Noemí Charlier y Liliana Garulli: *Documentos de historia argentina. 1870-1955*.
11. Narciso Benbenaste: *Sujeto = política x tecnología / mercado*.
12. Rodolfo Gaeta y Nélica Gentile: *Thomas Kuhn. De los paradigmas a la teoría evolucionista*.
13. Rodolfo Gaeta y Susana Lucero: *Imre Lakatos. El falsacionismo sofisticado*.
14. Jorge Freiría: *Psicología contemporánea*.
15. Cátedra Barros (comp.); Serie trabajos de cátedra Nº 1: *Síntoma y olvido en la vida cotidiana*.
16. Cristina Lucchini, Liliana Siffredi y Juan Labiaguerre: *El contexto histórico del pensamiento sociológico*.
17. Departamento de Orientación Vocacional (comp.): *La vocación, un enigma*.
18. Hugo Calello y Susana Neuhaus (comps.): *Las vicisitudes del método en la sociedad delirante*.
19. Maite Alvarado; Enciclopedia Semiológica Nº 1: *Paratexto*.
20. Guiomar Elena Ciapuscio; Enciclopedia Semiológica Nº 2: *Tipos textuales*.
21. Adriana Silvestri; Enciclopedia Semiológica Nº 3: *Discurso instruccional*.

22. Jorge Alessandria; Enciclopedia Semiológica Nº 4: *Imagen y metaimagen*.
23. Umberto Eco; Serie Cursos y Conferencias Nº 1: *Algunas consideraciones acerca de las lenguas perfectas*.
24. Centro Argentino de Filosofía para Niños; Serie Cursos y Conferencias Nº 2: *Filosofía para niños*.
25. Herman Parret y Oswald Ducrot; Serie Cursos y Conferencias Nº 3: *Teorías lingüísticas y enunciación*.
26. Eliseo Verón; Serie Cursos y Conferencias Nº 4: *Semiosis de lo ideológico y del poder. La mediatización*.
27. Néstor García Canclini; Serie Cursos y Conferencias Nº 5: *Ideología, cultura y poder*.
28. Susana Murillo: *Foucault: saber, poder*.
29. Ernesto Laclau, Chantall Mouffe, Adriana Puiggrós, Blas Alberti y Emilio De Ipola; Serie Cuadernos de Posgrado Nº 1: *Crisis de la filosofía, crisis de la política*.
30. René Lourau; Serie Cuadernos de Posgrado Nº 2: *El campo de coherencia del análisis institucional*.
31. Massimo Pavarini y Juan Pegoraro; Serie Cuadernos de Posgrado Nº 3: *El control social en el fin de siglo*.
32. Emerson Merhy; Serie Cuadernos de Posgrado Nº 4: *La planificación como tecnología: tendencias y debates sobre la planificación en salud en Brasil*.
33. Ricardo Sidicaro y Jorge Mayer (comps.): *Política y sociedad en los años del menemismo*.
34. Secretaría de Extensión Universitaria de la UBA; Serie Fragmentos de una memoria Nº 1: *La "Ley Avellaneda" y los Estatutos de la UBA de 1886*; prólogo de Enrique Groisman.
35. Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz; Colección CEA-CBC Nº 1: *Los trabajadores de la salud en los tiempos del SIDA*.
36. Jorge Morello, Beatriz Marchetti, Andrea Rodríguez y Andrés Nussbaum; Colección CEA-CBC Nº 2: *El ajuste estructural argentino y los cuatro jinetes del apocalipsis ambiental*.
37. Graciela Frigerio, Ana Lía Kornblit, Silvia Llomovate, Nora Mendizabal, Emilio Mignone y Julio César Neffa; Colección CEA-CBC Nº 3: *El sistema educativo como ámbito laboral*.
38. Sara Slapak y otros; Colección CEA-CBC Nº 9: *Análisis de instituciones científicas y tecnológicas: la Comisión Nacional de Energía Atómica*.
39. Mónica Cragolini y Gregorio Kaminsky (comps.); Colección Nietzsche actual e inactual: *Volumen 1*.
40. Juan Carlos Marín; Colección Sociedad Nº 1: *Conversaciones sobre el poder*.
41. Alberto Moretti; Escritos de Lógica y Semántica Nº 1: *Las concepciones tarskianas de la verdad*.
42. Gladys Palau; Escritos de Lógica y Semántica Nº 2: *Psicología y lógica*.
43. Mónica Cragolini y Gregorio Kaminsky (comps.); Colección Nietzsche actual e inactual: *Volumen 2*.
44. Julio César Testa y colaboradores: *Situación ocupacional e inserción profesional de graduados recientes de la Facultad de Ciencias Sociales. Estudio de caso: Graduados de Relaciones del Trabajo (1987-1990)*.
45. Miguel A. Etchegoyen: *Poder político y sistema educativo*.
47. Hugo Calello y Susana Neuhaus: *Método y antimétodo. Proceso y diseño de la investigación interdisciplinaria en ciencias humanas*.
48. Mabel R. Goldstein: *Respuestas jurídicas para la empresa editorial*.
49. Hernán Miguel y Eleonora Baringoltz: *Problemas epistemológicos y metodológicos*.

50. Perla Aronson y Horacio Conrado (comps.); Cuadernos de Sociología Nº 6: *La teoría social de Anthony Giddens*.
51. Carlos A. Orlandi y Perla Aronson (comps.); Cuadernos de Sociología Nº 7: *Dossier: Metodología y epistemología en Weber*.
52. Ana Lía Kornblit; Colección Sociedad Nº 2: *Culturas juveniles. La salud y el trabajo desde la perspectiva de los jóvenes*.
53. Diana Grunfeld y Ana Siro; Colección CEA- CBC Nº 6: *La palabra: complejas relaciones entre el todo y las partes*.
54. Hilda Herzer (comp.); Colección CEA-CBC Nº 4: *Ciudad de Buenos Aires, gobierno y descentralización*.
55. Flabián Nievas: *El control social de los cuerpos*.
56. Pablo Bonavena, Mariana Maañón, Flabián Nievas, Gloria Morelli y otros: *Orígenes y desarrollo de la Guerra civil en la Argentina. 1966-1976*.
57. Susana Villavicencio y Ricardo Forster: *Aproximaciones a los pensadores políticos de la modernidad*.
58. Alejandro Cerletti y Walter Kohan; Serie Filosofía: *La filosofía en la escuela*.
59. Gustavo Carnelli, Andrea Novembre y Alejandra Vilariño; Serie Matemática: *Función lineal y derivadas. Una aproximación a la didáctica de la matemática*.
60. Beatriz Goldstein y Claudio Glejzer; Propuestas de Biología Nº 1: *Genes "egoístas" y Ambientes "solidarios"*.
61. Liliana Findling, Susana Masseroni, Ana María Mendes Diz, Mónica Petracci y Adriana Redondo (comps.); Colección Sociedad Nº 3: *La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales*.
62. Patricia Barberi; Colección Cuadernos de Actualización en Ciencias Nº 1. Serie Patogenias: *Las proteínas como agentes infecciosos. "La enfermedad de la vaca loca"*.
63. Leticia Fernández Berdaguer, Nora Mendizabal, Silvia Korinfeld, Marta Panaía, Bruno de Alto, Claudia Jacinto, Roberto Benencia y Ana Ferrazzino; Colección CEA-CBC Nº 5: *Profesiones en crisis*.
64. Julio Pinto (comp.): *Las nuevas democracias en el cono sur: cambios y continuidades en sus políticas públicas*.
65. Carlos Correa; Colección CEA-CBC Nº 7: *Biotecnología: innovación y producción en América Latina*.
66. Alfred Tarski; Carlos Oller (trad.); Escritos de Lógica y Semántica Nº 3: *Verdad y demostración*.
67. Carlos Oller; Escritos de Lógica y Semántica Nº 4: *Tablas semánticas y demostración natural*.
68. Roberto Mazzuca: *Valor clínico de los fenómenos perceptivos. Seminario*.
69. Nicolas Casullo, Ricardo Forster y Alejandro Kaufman: *Itinerarios de la modernidad. Corrientes del pensamiento y tradiciones intelectuales desde la Ilustración hasta el debate sobre la posmodernidad*.
70. Martín Groisman y Jorge La Ferla (comps.): *El medio es el diseño*.
71. José Barrionuevo (comp.); Materiales de Cátedra: *Tratamiento posible de las toxicomanías*.
72. Matthew Lipman: *Kío y Agus*.
73. Beatriz Goldstein, Claudio Glejzer y Mónica Castañera; Propuestas de Biología Nº 2: *SIDA... del dicho al hecho hay un gran trecho*.

74. Teresa Vecchia; Materiales de Cátedra: *El método psicodiagnóstico. Clases introductorias.*
75. Hebe Clementi (comp.); Colección CEA-CBC Nº 8: *La dimensión cultural del Mercosur.*
76. Regine Robin; Serie Cuadernos de Posgrado Nº 5: *Identidad, memoria y relato. La imposible narración de sí mismo.*
77. Susana Finquelievich; Colección Sociedad Nº 4: *¿Ciberciudades? Informática y gestión urbana.*
78. José Antonio Borello, Jorge Katz, Gabriel Yoguel; Colección CEA-CBC Nº 10: *Soplando vida al metal. 100 años de la industria metalmeccánica mendocina. 1895-1995.*
79. María José Rossi, Beatriz Gercman y Adrián Bertorello; Serie Nuevos Paradigmas y Filosofía: *Nuevos Paradigmas y Filosofía I.*
80. Angel Pardo Fidalgo, Roberto Fragomeno y Lisabeth Ruiz Moreno; Serie Nuevos Paradigmas y Filosofía: *Nuevos Paradigmas y Filosofía II.*
81. Carlos Molinari Marotto; Materiales de Cátedra: *Introducción a los modelos cognitivos de la comprensión del lenguaje.*
82. Gustavo Blutman (comp.); Investigaciones en Administración Pública: *Investigaciones sobre municipio y sociedad.*
83. Susana Murillo: *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno.*
84. Benito Narvaja y Luisa Pinotti: *Violencia, población e identidad en la colonización de América Hispánica.*
85. Francisco Enrique García Ucha: *El papel de las emociones en el deporte.*
86. Liliana Caraballo, Noemí Charlier y Liliana Garulli: *La dictadura. 1976-1983. Testimonios y documentos.*
87. Pedro Krotsch (comp): *Primer Encuentro Nacional: La Universidad como objeto de investigación.*
88. Jorge Dubatti (comp.): *Peregrinaciones de Shakespeare en la Argentina.*
89. Manuel Acevedo Herrera y Gabriel Hourmilougue: *La industria manufacturera argentina.*
91. Daniel Pérez Enrri: *Teoría y política económica actual.*
94. Sven Lindqvist: *Exterminad a todos los brutos.*
95. Mariana Travacio; Materiales de Cátedra: *Manual de Psicología forense.*
96. Jorge E. Doti (trad. e introd.); Kant: Escritos; Colección *Intentum 1.*
97. Diana Maffía (trad. e introd.); Patocka: Escritos; Colección *Intentum 2.*
98. Patricia Barderi; Colección Cuadernos de Actualización en Ciencias Nº 2; Serie Biotecnología: *La clonación: herramienta estratégica de nuevas tecnologías.*
99. Néstor Cohen y Gabriela Gómez Rojas; Cuadernos de Sociología; Serie Metodología: *Un enfoque metodológico para el abordaje de escalas actitudinales.*
100. Noé Jitrik (comp.): *Los atípicos en la literatura latinoamericana.*
101. Elena Lubián, María Teresa Lodieu, Marta Déboli y María Cristina Toro: *El poder de la palabra. Lévi-Strauss con Freud.*
102. Susana Quiroga; Serie Materiales de Cátedra: *Adolescencia: del goce orgánico al ballazgo de objeto.*
103. Benjamín Coriat: *Los desafíos de la competitividad.*
104. Jorge La Ferla (comp.): *La revolución del video.*
105. Conrado Eggers Lan: *Libertad y compulsión en la Antigua Grecia.*

106. Susana Hintze (coord); Colección CEA-CBC Nº 11: *Políticas sociales: contribución al debate teórico-metodológico.*
107. Mariano Castex; Serie Materiales de Cátedra: *El poder penal.*
108. Noam Chomsky y Heinz Dieterich: *La sociedad global. Educación, mercado y democracia.*
109. Eduardo E. Glavich, Ricardo R. Ibáñez, María R. Lorenzo y Héctor A. Palma: *Notas introductorias a la filosofía de la ciencia. I- La tradición anglosajona.*
110. Enrique Oteiza (coord.); Colección Sociedad Nº 5: *Cultura y política en los años '60.*
113. Atilio Borón: *Estado, capitalismo y democracia en América Latina.*
114. Robert Boyer e Yves Saillard (comp.): *Teoría de la regulación: estado de los conocimientos.*
115. Juan José Prado: *Derechos humanos. Conceptos introductorios para su estudio.*
117. Elsa López; Colección Sociedad Nº 6: *Anticoncepción y aborto.*
119. Francisco Bertelloni (comp.); Serie Cursos y Conferencias nº6: Para leer *El nombre de la rosa* de Umberto Eco.
121. Mabel Grimberg: *Demanda, negociación y salud. Representaciones y prácticas de trabajadores de la industria gráfica. 1986-1990.*
124. Ana De Micheli: *Aprender sin mitos.*
125. Pablo R. Bonaparte; Colección de Ensayos de materiales didácticos y de investigación en Antropología: *La mirada del marciano.*
126. Alejandro B. Rofman; Colección CEA-CBC Nº12: *Convertibilidad y desocupación en la Argentina de los '90.*
128. Silvia Fumagalli Beonio Broccheri; Escritos de filosofía clásica nº1: *El intelectual entre Edad Media y Renacimiento.*
130. Fortunato Mallimacci e Irene Marrone (comps.); Colección Sociedad, cultura e historia. Cine nº1: *Cine e imaginario social en los treinta.*
131. Jorge Elbaum (comps.); Colección Sociedad. Serie Jóvenes investigadores nº1: *Que siga el baile. Discriminación y racismo en la diversión nocturna.*
132. Beatriz Cuenya y Ana Falú (comps.); Colección CEA-CBC nº15: *Reestructuración del Estado y política de vivienda en Argentina.*
133. Daniel Veronese: *Cuerpo de prueba. Textos teatrales.*
134. Gustavo Blutman (comp.); Investigaciones en Administración Pública: *Investigaciones sobre administración pública y actores sociales.*
135. Agustín Salvia y Marta Panata (comps.); Colección CEA-CBC nº14: *La Patagonia privatizada. Crisis, cambios estructurales en el sistema regional patagónico y sus impactos en los mercados de trabajo.*
136. Héctor Palma y Eduardo Wolovelsky: *Darwin y el darwinismo. Perspectivas epistemológicas: un programa de investigación.*
137. Darío Cantón y Jorge Jorrot (comps.): *La investigación social hoy: a 40 años de la re-creación del Instituto de Sociología (UBA).*
139. Doc Comparato: *El guión. Arte y técnica de la escritura para cine y televisión.*
140. Diana Tussie; Flaco-CBC: *El Banco Interamericano de Desarrollo.*
141. Juan Jorge Fariña; Materiales de cátedra: *Ética. Un horizonte en quiebra.*
142. Francisco Morales Calatayud; Materiales de cátedra: *La psicología y los servicios de salud.*
143. Leopoldo Marechal; Libros Arribeños: *Teatro. La batalla de José Luna - Las tres caras de Venus.*
144. Virginia Schejter; Materiales de cátedra: *Disputas en el campo de la salud mental.*

145. Roberto Marafioti: *Recorridos semiológicos*.
146. José Luis Coraggio; Series Cuadernos de Posgrado N° 6: *Descentralización: el día después...*
148. Mario Margulis y Marcelo Urresti (comps.): *La cultura en la Argentina de fin de siglo. Ensayos sobre la dimensión cultural*.
149. Hilka Hertzner; Colección Sociedad n°8: *Postales urbanas del fin del milenio. Una construcción de muchos*.
150. Walter Kohan y Vera Waksman (comps.): *¿Qué es filosofía para niños?*
152. Esteban Mizrahi y Margarita Costa (comps.): *Teorías filosóficas de la propiedad*.
153. María Caldelari y Patricia Funes: *Escenas reformistas. La Reforma Universitaria 1918-1930*.
154. Amelia Pocolletti; Colección de Ensayos de materiales didácticos y de investigación en Antropología: *El pensamiento de Lévi-Strauss. Una visión crítica*.
155. Mónica Cerutti: *Al estilo de Michel Foucault: un sujeto comprometido con su tiempo*.
158. Elina Mele Armiñana: *La colonia como historia de mercantilización restringida*.
159. Martín Wainstein; Materiales de Cátedra: *Comunicación: un paradigma de la mente*.
160. Jacques Derrida; Cursos y Conferencias N° 7: *Historia de la mentira: Prolegómenos*.
161. Diana Tussie; Flacso-UBA: *El BID, el Banco Mundial y la sociedad civil: nuevas modalidades de financiamiento internacional*.
162. Jorge La Ferla (comp.): *Contaminaciones: del videoarte al digital*.
164. Beatriz Trastoy y Perla Zayas de Lima: *Los lenguajes no verbales en el teatro argentino*.
165. *Aproximaciones Interdisciplinarias al patrimonio intangible*.
166. Agustín Salvia (comp.): *Hacia una "estética plural" en la investigación social*.
169. Ana Wortman (comp.): *Políticas y espacios culturales en la Argentina. Continuidades y rupturas en una década de democracia*.
170. Augusto Pérez Lindo (comp.): *Nuevos paradigmas y filosofía N° 3*.
174. Oscar Oszlak (comp.), Colección CEA-CBC N° 18, *Estado y Sociedad: las nuevas reglas del juego*, Volumen 1.
175. Jorge Bozzano: *Proyecto: razón y esperanza. Escuela Superior de Diseño de ULM*.
177. Alejandro Tantarian, Ignacio Apolo, Alejandro Robino, Javier Daulte, Jorge Leyes y Alejandro Zingman: *Caraja-ji, la disolución*.
179. Gustavo Blutman (comp.); Investigaciones en Administración Pública: *Investigaciones sobre Estado, políticas y administración pública*.
180. Robert Boyer, Yves Saillard; *Teoría de la Regulación: estado de los conocimientos. Volumen 2*.
182. Nelson Becerra, Celia Baldatti, Roque Pedace; Colección CEA-CBC N° 20, *Un análisis sistémico de políticas tecnológicas*.
184. Noé Jitrik; *El ejemplo de la familia. Ensayos y trabajos sobre literatura argentina*.
188. Julio C. Gambina, Guillermo J. Alabes, Horacio Guillermo Corti, Beatriz Rajland, Ana María Parisí, Julio César Vergara y Ana M. García de Fanelli: *Los desafíos para el Estado en la Argentina actual*.
192. Pablo Pineau; FLACSO-CBC, Colección Educación y Sociedad: *La escolarización de la provincia de Buenos Aires (1875-1930): una versión posible*.
193. Inés Dussel; FLACSO-CBC, Colección Educación y Sociedad: *Curriculum, humanismo y democracia en la enseñanza media (1863-1920)*.

199. Mónica Sacchi; FLACSO-CBC: *Mortalidad infantil, un nombre, un rostro, una familia.*

En preparación

93. Julio César Testa y colaboradores: *Situación ocupacional e inserción profesional de graduados recientes de la Facultad de Ciencias Sociales. Estudio de caso n°2: Graduados de Sociología.*
118. Ana Lía Kornblit; Colección Sociedad N° 7: *Los valores ¿un concepto olvidado? Recorrido teórico y empírico desde la psicología social.*
129. Mónica Cragolini y Gregorio Kaminsky (comps.); Colección Nietzsche actual e inactual: *Volumen 3.*
138. Françoise Heritier: *Las dos hermanas y su madre. Nuevas perspectivas en la teoría del incesto.*
156. Javier Auyero (comp.); Series Cuadernos de Posgrado N° 7: *Clientelismo político: aproximaciones.*
157. Inés Izaguirre (comp.): *Violencia social y derechos humanos.*
163. José Barrionuevo; Materiales de Cátedra: *Juventud y actualidad, Modernidad.*
167. Alberto Mario Damiani: *La dimensión política de la Scienza Nuova y otros estudios sobre Giambattista Vico.*
168. Emir Sader, Pablo Gentili (comps.): *Pos-neoliberalismo. Las políticas sociales en un estado democrático.*
171. Hugo Calello: *De Menem a Perón un solo corazón. La perduración del poder de las masas.*
172. Gabriel Lombardi, Colección Miller N° 1: *Let me go! Orientaciones actuantes en la concepción del fin del análisis en la International Psychoanalytic Association.*
173. Rosa María Ravera: *Estética y Crítica.*
181. Miguel Teubal (comp.), Colección CEA-CBC N° 19, *Teoría, estructuras y procesos económicos.*
183. Edgardo Datri; *Geometría y Realidad física.*
185. Cristina Iglesia (comp.); *Letras y divisas. Ensayos sobre literatura y rosismo.*
187. Elsa Noya (comp.); *Jornadas de literatura hispanoamericana.*
191. Facundo Solanas, Mariana Vázquez: *Mercosur: estado, economía y cultura.*
194. Daniel García Delgado (comp.); FLACSO-CBC: *Hacia un nuevo modelo de gestión local.*
195. Osvaldo Barsky (comp.); FLACSO-CBC: *Estructura de la pampa húmeda.*
196. Mónica Cragolini; Colección Tesis de Doctorado: *Nietzsche: camino y demora.*

**Este libro se terminó de imprimir
en los talleres gráficos SERVICOP
de EDITORIAL UNIVERSITARIA DE LA PLATA
Calle 50 N°742, La Plata, Tels. (021) 21-3314/25-8830
en el mes de noviembre de 1997.**