

EXPERIENCIAS ACERCA DEL RIESGO EN SALUD EN FAMILIAS USUARIAS DE UN CENTRO DE SALUD DE LA ZONA SUR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

*Ana Domínguez Mon, Alejandra Cetti, Verónica Tirotta, Laura Piaggio**

Introducción

El Objetivo de la ponencia es describir y analizar el valor que asignan las familias usuarias de los programas de Procreación Responsable, Control del Niño Sano y el subprograma Apoyo Nutricional, a la noción “riesgo en salud”, a partir de las prácticas de cuidado a la salud de sus hijos y de ellos.

Nos ha interesado relevar criterios de descripción y de clasificación de los riesgos y de las prácticas de cuidado de la población estudiada según la perspectiva de género. Para ello invitamos a participar de la investigación a mujeres y varones, sean estos miembros de una misma pareja o no, que asistan al Centro Sur para el control de la salud de los niños. Partimos del supuesto de que las mujeres tradicionalmente se han ocupado del cuidado de la salud de los miembros de las unidades domésticas. Los trabajos de Cutter (1992) y de Gustafson (1998) citados por Wilkinson (2001) han sugerido, a partir de la aplicación de métodos cualitativos, que hay diferencias de género significativas en la percepción de la salud y los riesgos ambientales. En tal sentido nuestro trabajo intentó indagar en estas diferencias de género en la caracterización de los peligros para la salud de los niños pequeños y de ellos mismos.

En los resultados preliminares del análisis de los datos de las entrevistas y de las observaciones, encontramos que en principio, son las mujeres las responsables del cuidado y la atención de la salud de los miembros de las familias, incluidos sus propios esposos o compañeros. Estas actividades de cuidado y protección forman parte de las asignadas dentro de la división sexual del trabajo en las unidades domésticas. Al ser mujeres de sectores populares, miembros de familias a las que podemos caracterizar en casi la totalidad de la muestra dentro de los grupos con NBI, despliegan gran número de actividades entre las cuales el cuidado de la salud aparece como parte de las responsabilidades ineludibles. En tal sentido, podemos extraer conclusiones de orden metodológico: las mujeres accedieron a la realización de las entrevistas en profundidad con mayor facilidad que los varones, y los varones se sentían menos cómodos para hablar de estos temas. Esto puede deberse a que este campo de conocimiento es patrimonio femenino antes que masculino, porque los horarios laborales de los varones cuando están ocupados, refuerzan la tradicional división sexual del trabajo, reservando las actividades del cuidado cotidiano de los miembros de la familia a las mujeres o porque eran convocados por mujeres.

El abordaje metodológico de la problemática de la percepción del riesgo como categoría nos llevó a indagar acerca del mismo a través de distintas estrategias discursivas: el

* Ana Domínguez Mon (andommon@mail.retina.ar); Alejandra Cetti (alecetti@yahoo.com.ar), Verónica Tirotta (veronicatirotta@hotmail.com) y Laura Piaggio (laurick@ciudad.com.ar). Agradecemos la participación Laura Piaggio en el ingreso y el procesamiento de los datos con el Programa Nud'ist. Lugar de Trabajo: Inst. Interdisciplinario de Estudios de Género, Fac. de Filosofía y Letras (UBA). Financiamiento Programa UBACyT 2000-2002 “La experiencia socio-cultural del “riesgo en salud” desde una perspectiva de género: estudio de caso de la población usuaria de dos centros públicos de salud de la ciudad de Buenos Aires” (FI 128). Subsidio acreditado por la Universidad de Buenos Aires. Directora: Dra. Ana Domínguez Mon. Integrantes: Lic. Laura Piaggio; Lic. Mabel Campagnoli; Lic. Liliana Cora Saslavski, Alejandra Cetti y Verónica Tirotta.

enunciado explícito de nuestro interés de investigación, el cuidado en el fraseo de las preguntas, tratando de repreguntar a través de distintos términos como “qué consideran riesgos para la salud de sus hijos y la de ellas/ellos”, nos llevó a que los/as entrevistados/as los mencionaran como “peligros”, “miedos”, “problemas”, “alerta”, “cuidados”, “preocupaciones”. Si bien gran parte de los miembros de la muestra comprendió nuestro interés de preguntar acerca de lo que consideraban dañino para la salud de los miembros de la familia, en la mayoría de ellos nuestra propuesta no parecía fácil de responder. Los riesgos no forman parte de la preocupación cotidiana de los entrevistados. No porque no tomen medidas o implementen estrategias que les permitan evitar “problemas” para la salud, sino porque dado que a veces parecen excederlos, se incorporan a sus vidas como algo naturalizado, cotidiano y difícil de explicar a las investigadoras².

El riesgo, en el sentido que lo propone la biomedicina como probabilidad de que ocurra un daño, no forma parte de las preocupaciones cotidianas de nuestros entrevistados. En el sentido en que lo propone la noción de prevención tradicional en epidemiología, los entrevistados no despliegan acciones racionales para evitar daños. El término “riesgo” sólo fue mencionado expresamente por ellos en respuesta preguntas en las que lo mencionábamos expresamente o eventualmente, a través de alguna referencia a los talleres que ofrece el Centro de Salud a la población sobre todo beneficiaria de los programas de atención y prevención. Han sido racionalizaciones que los entrevistados realizan en respuesta a las preguntas formuladas por nosotras³, no como respuesta espontánea, sino inducida.

En los casos en que, efectivamente, se manifestaron algunas preocupaciones, éstas conforman lo que dimos en llamar “prácticas de crianza naturalizadas” por los entrevistados. No podían reconocer estas prácticas como estrategias para evitar riesgos a la salud para sus hijos porque estas acciones pertenecían al orden de responsabilidades inherentes a su condición de padres y por ende cuidadores.

Trabajo de campo

Los datos que presentamos a continuación forman parte de dos etapas de trabajo de campo realizado en una muestra de la población beneficiaria de los Subprogramas de Control de la Salud del Niño y el Subprograma de Apoyo Nutricional, como parte del Programa Nacional Materno Infantil que se lleva a cabo en la Ciudad de Buenos Aires y que además fuera beneficiaria del Programa de Procreación Responsable.

Nuestro objetivo ha sido relevar el significado de la noción riesgo en población sana. Además de su interés académico, los resultados a los que arribamos pueden brindar información a los miembros del Centro de Salud acerca de los comportamientos preventivos de las familias. Nos interesó indagar si en ellos registramos la presencia de las propuestas efectuadas desde la institución para el cuidado de la salud infantil y reproductiva de mujeres y varones.

² En este sentido Anthony Giddens señala que “Muchos de los elementos para “salir adelante” se poseen en el nivel de la conciencia práctica, presente en la continuidad de las actividades de cada día. La conciencia práctica forma parte del control reflejo de la acción, pero es <no consciente> más bien que inconsciente”. (Giddens, 1995:51-52).

³ En este sentido Wilkinson (2001) plantea la misma dificultad para los trabajos empíricos relevados.

Hemos realizado un pre-test en 2002⁴, año en el que gran parte de la población de la zona sur comprendida en el barrio de la Boca, y en general el conjunto de la población pobre de la ciudad de Buenos Aires, mostraba evidencias de fuerte deterioro en sus condiciones de vida y de trabajo. A la situación de desocupación que se venía registrando en la ciudad de Buenos Aires, se sumó la crisis para la obtención de recursos básicos como lo son los alimentos. En esas entrevistas se evidenció la presencia de la crisis económica y social iniciada en el país con anterioridad a la crisis institucional de diciembre de 2001.

Durante 2003 realizamos una segunda etapa de trabajo de campo, en la que modificamos la forma de contacto para la realización de las entrevistas, buscando a los entrevistados en el Centro de Salud y acordando con ellos por lo menos dos sesiones de entrevistas. En esta segunda etapa se incorporaron críticas que realizamos a los instrumentos aplicados durante el pre-test y obtuvimos un material de mejor calidad aunque persisten problemas para poder abordar a los varones para que nos hagan saber sus puntos de vista sobre estos tópicos.

Las entrevistas se realizaron en su mayoría en las viviendas de las familias contactadas. Esto brindó material enriquecido por la observación directa, que permitió ponderar las condiciones de vida, algo difícil de considerar a través de una entrevista institucional. En general las familias accedieron sin rechazos (registramos dos rechazos en esta segunda etapa), no sin recaudos acerca del fin de nuestro trabajo. Pese a la explicación minuciosa de nuestros objetivos, en casi todos los casos, los y las entrevistados/as interpretaron nuestra labor como parte de la asistencia social de parte del Estado, como cenistas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o como integrantes de algún emprendimiento privado. Esta segunda identidad se pudo modificar con nuestra presentación como profesionales de la UBA. De todos modos, estas atribuciones de identidades nos resultaron de utilidad cuando leímos el material. Sabemos que en el barrio de la Boca están trabajando intensamente grupos políticos, ONGs (Organizaciones No Gubernamentales locales e internacionales); miembros de los Movimientos de Piqueteros, lo que da al barrio características de enclave con oportunidades para el otorgamiento provisional de viviendas y la provisión de alimentos vía comedores escolares de día y familiares o para individuos solos, sobre todo por la noche. Esta fuerte presencia del Estado y sus instituciones y de organizaciones de la sociedad civil, imprimen sobre el barrio de la Boca un ritmo de vida en el que salud, vivienda, alimentación y educación se transforman en recursos de posible acceso para las familias más pobres de la zona no bien se instalan en ella.

Esta visibilidad del acceso a bienes y a servicios provistos por el Estado e instituciones privadas en la Boca, modificó incluso la circulación de la población estable y atrajo nueva población al lugar y por ende al Centro. Si bien no poseemos registros estadísticos, desde el Centro nos han manifestado que debieron cambiar las estrategias de oferta de atención ante la aparición de población “nueva” en el barrio. Hemos registrado la presencia de inmigrantes limítrofes: paraguayos y bolivianos pero sobre todo emigrados de las provincias del noroeste y del noreste de nuestro país (Jujuy, Salta, Tucumán, San Juan, Santa Fe, Formosa, Corrientes y Entre Ríos) llegan cotidianamente al barrio en busca de una vivienda y con la esperanza de la obtención de Planes Sociales como salí-

⁴ El contacto para realizar las entrevistas se realizó visitando las viviendas de las familias bajo programa por un listado provisto por las pediatras del Centro. Esto generó mucha desconfianza de parte de las personas contactadas y dificultad para concertar los encuentros. De todos modos, una vez que las familias confirmaban que teníamos la autorización del Centro, hubo sólo dos rechazos.

da a la pobreza que viven en sus provincias o en sus países de origen. Esto explica en parte la forma en que han sido identificadas las investigadoras.

El barrio de la Boca presenta las cifras más altas de pobreza en la Ciudad de Buenos Aires. Sus viviendas colectivas están habitadas por población desocupada u ocupada de manera informal y pocos de sus integrantes lo hacen en relación de dependencia con protección social. Por lo que la asistencia pública hospitalaria es uno de los recursos más importantes para resolver los problemas de salud y enfermedad.

El grupo entrevistado, un total de 42 personas: 32 mujeres (17 a 39 años) y 10 varones (27 a 33 años) está conformado mayormente por mujeres en edad reproductiva. En su mayoría quienes lo integran tienen estudios primarios completos y secundarios incompletos⁵. Realizan trabajos informales y por ende sin protección social: la mayoría de las mujeres trabaja como empleadas domésticas. Los hijos bajo programa tienen menos de 6 años por la normativa que rige al subprograma de Control de la Salud del Niño y el subprograma Nutricional, que comprende a embarazadas y niños desde el año de vida hasta los 5 años.

Caracterización de la situación social de las familias.

La muestra está constituida por familias de sectores pobres por ingresos o con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)⁶. Existen familias de la muestra que están bajo Planes Sociales o cuyos miembros están ocupados en empleos precarios o informales.

La conformación de las mismas es nuclear completo y sólo 5 fueron del tipo nuclear incompleto en los que aparece la mujer como Jefa de familia. En los núcleos familiares más pobres, pudimos observar una conformación familiar “ampliada”. De esta forma, por razones también sociales (desocupación, desalojo, disputas domésticas), las familias nucleares se transforman coyunturalmente en grupos integrados por uno o más familiares de alguno de los cónyuges que integran la unidad doméstica de forma temporaria. Esto pone en evidencia la gran fragilidad de su estabilidad laboral y los problemas de vivienda derivados de las condiciones de vida precarias. La mayor parte de la muestra habita viviendas no propias, alquiladas a propietarios privados o en propiedades distribuidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a bajo precio o sin costo alguno. Un número no menor de entre los más pobres, lo conforman “ocupantes ilegales” de predios. Son baldíos en los que se ha construido viviendas precarias o casillas, en locales comerciales o antiguos establecimiento fabriles desocupados actualmente ocupados por varias familias y a los que pueden acceder por redes de conexión local (a través de familiares o conocidos).

⁵ Observamos en las parejas más pobres, que viven de Planes, uno o los dos miembros no finalizaron la escuela primaria.

⁶ “Son hogares con NBI (necesidades básicas insatisfechas) aquellos en los cuales está presente al menos uno de los siguientes indicadores de privación: a) los hogares que habitan en viviendas con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico), b) los hogares que habitan en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria, etc.), c) hogares que viven en viviendas que no tienen retrete, d) hogares que tienen algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela, e) hogares que tienen 4 ó más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (hasta 3er. grado del nivel primario)”. (Fuente: Situación de las Mujeres en la Argentina, INDEC, UNICEF, 2003, CD)

Un recurso muy importante lo aportan los Planes Jefas de Hogar. Existe un plan de la Ciudad de Buenos Aires y otro Nacional. El Plan del Gobierno de la Ciudad se complementa con la asignación del “Vale Ciudad”, el otorgamiento de vales para la adquisición de alimentos en los locales de venta de alimentos del barrio por un valor máximo de 100\$. Otro tanto lo aportan las “Cajas de Apoyo Alimentario para la familia” del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hemos visto esas cajas sólo en los hogares con niños “desnutridos” o con “bajo peso”. De la muestra sólo (2) familias están bajo este Programa. Sólo 4 familias reciben el Plan Jefas de Hogares, entre las que se incluyen las que reciben el Apoyo Alimentario. En general existen requisitos, además de la desocupación de los miembros de la unidad doméstica, que deben ser cumplidos por las mujeres que reciben el Plan: realizar una actividad productiva o completar su educación formal (primaria o secundaria), asistir puntualmente en las fechas en las que se otorga el beneficio que se publican en el barrio y finalmente, responder a la encuesta de las censistas, que verifican que las beneficiarias sigan residiendo en los lugares en los que están registradas. De ahí muchas veces la confusión de tomar a las investigadoras como agentes del Gobierno.

Estas familias no son originarias de la ciudad de Buenos Aires, tampoco del conurbano, en su mayoría proceden de las provincias del noroeste y del noreste de la Argentina. El tiempo que hace que emigraron de su provincia es de alrededor cinco a diez años. Todas las familias registran más de un cambio de domicilio en los últimos cinco años. Esto obedece a distintas razones: por un lado la imposibilidad de afrontar el alquiler de las habitaciones por un período prolongado (el costo promedio \$200) y por otro, la aparición de ofertas de alquiler en las viviendas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Todos manifestaron su conformidad por vivir en la Ciudad de Buenos Aires por la proximidad con sus lugares de trabajo y la reducción notable de los gastos de movilidad, que se duplicarían si viajaran desde el Conurbano Bonaerense.

Detección de los riesgos.

Organizamos la indagación en dos instancias de análisis. Una ligada a la oferta institucional de los subprogramas objeto de estudio: de Apoyo Nutricional (“dación de leche”), el subprograma de Control de la Salud del Niño y el Programa de Procreación Responsable. Nos interesaba saber qué razones daban para solicitar atención en los mismos. Advertimos que las familias consideraban el control de la salud de sus hijos como una responsabilidad “natural” de los padres. No ocurría lo mismo con el control de la fecundidad de las mujeres. Por ello buscamos establecer criterios de selección de uso de los servicios de salud, en la selección tuvimos en cuenta la experiencia que los miembros de las familias han tenido con las instituciones asistenciales a fin de resolver los problemas de salud de los miembros de la familia.

Por otro lado, poseíamos datos de cómo era la oferta institucional en actividades de promoción y prevención de la salud propuestas por el Centro de Salud y el mismo Programa Maternoinfantil. Si nos reparamos en el Subprograma de Control de Salud del Niño, los riesgos a la salud de este grupo poblacional son diferentes según la edad y por supuesto la situación social de las familias. Los objetivos del mismo son:

“vigilar el crecimiento y desarrollo del 80% de los menores de 5 años; prevenir y/o detectar la desnutrición infantil especialmente en efectores de áreas de riesgo social; distribuir racional y equitativamente los medicamentos asignados al programa por el Ministerio de Salud, priorizando las áreas de mayor riesgo. Contribuir a mantener coberturas de inmunizaciones por encima del 90%; cobertura de 25000 menores de 5

años residentes, en especial aquellos Distritos Escolares con alta mortalidad infantil. Los indicadores son: cobertura de niños menores de cinco años bajo programa en Distritos Escolares con población target. Cobertura de inmunizaciones en colaboración con el Departamento de Promoción y Protección y Mortalidad Infantil Focalizada” (Compromiso a favor de la Madre y del Niño, Metas de Salud Materno Infante Juvenil, Programa Materno Infante Juvenil, Ciudad de Buenos Aires, 1999).

En tal sentido nuestros objetivos tuvieron como foco detectar los problemas nutricionales y de vacunación, tal como lo proponen las Metas de Salud Materno Infante Juvenil y, además, indagar en los riesgos percibidos dentro de los hogares y en la vía pública, según las propuestas de talleres de parte de las profesionales del Programa a partir de las identificación de riesgos en la salud de los niños a partir de la consulta pediátrica: problemas en la constitución de las familias, riesgos en el hogar y la calle. Estos talleres están destinados a las familias bajo programa y dentro de éstas, a las que reciben el Apoyo Nutricional a través de la Distribución de Leche en Polvo. Por otro lado, las mujeres que demandan información y provisión de métodos anticonceptivos, participan de los talleres que ofrece la institución para todas las personas (mujeres y varones) que solicitan ese servicio. En los talleres se indaga acerca de lo que las mujeres saben sobre el funcionamiento de los aparatos reproductores femenino y masculino y qué experiencia tienen relativa a la anticoncepción. En este sentido en los talleres las mujeres mencionan sus experiencias acerca de cómo “se cuidan” para no quedar embarazadas e intercambian impresiones con el resto de las participantes acerca de los métodos informados y provistos en el Centro⁷. En los talleres observados, las mujeres preguntan acerca del aborto, dan sus opiniones acerca del tópico y algunas veces, presentan sus propias experiencias o las de familiares.

Criterios para el uso de los servicios de salud

Hemos registrado la forma de uso que hacen del sistema público de atención de la salud tanto en las entrevistas domiciliarias como en las consultas pediátricas. En general las familias realizan un uso selectivo de los servicios de salud. En tanto pueden tener a sus hijos bajo Programa en el Centro, asisten a éste para el Control de la Salud de los niños menores de 6 años (también de los mayores de cinco años que han sido atendidos en el centro desde pequeños) y las mujeres para el Control de los Embarazos y/o el control ginecológico según el método de anticoncepción escogido. La asistencia al Hospital público (Argerich), como a otros centros (Casa Cuna, Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, Hospital Garrahan) responde a criterios de selección según la afección que padezcan ellos o sus hijos o que fueran pacientes de algún profesional particular en esas instituciones.

El Centro es el lugar del control de la salud. Las urgencias por accidentes o afecciones que ellos mismos consideren “graves” son resueltas en el Hospital o en Centros de mayor complejidad. Los comportamientos de las familias en la búsqueda de atención, reflejan esta selección inicial. No obstante, actualmente se está produciendo un cambio en la modalidad, debido a que desde el Área Programática del Hospital cabecera (dependencia que funciona como enlace entre los centros de salud y el Hospital) se incentivó que los Centros absorbieran las urgencias.

⁷ En las tres oportunidades que observamos el taller de Procreación Responsable no registramos la presencia de varones. Según informó la coordinadora, algunas veces los varones jóvenes acompañan a sus parejas y en general, no asisten a los talleres (que se realizan por la mañana).

En los relatos reiteradamente se cita al Hospital como un lugar de atención poco humanitaria, con largas esperas por la cantidad de gente demandante y la falta de personal.

*Entrevistadora: ¿Y a vos entre la atención del hospital y la sala, cuál te gusta más?

*Juana: La atención de la sala. O sea, como yo te digo, yo entiendo que tienen mucha gente y te encontrás con cada gente, que lo alterás por esto o aquello, pero para eso tendría que haber gente ya capacitada para soportar a cierta gente o ser un poco más discreta con ciertas personas. En el hospital vos te vas, si te vas urgencia y si estás muy grave te cagas muriéndote ahí de dolor. Porque te tardan mucho, tardan mucho en atenderte. Y a veces, hay gente adentro, está bien, tiene que hacer sus cosas pero hay doctores que te atienden muy mal.

*Entrevistadora: ¿Te maltratan?

*Juana: Sí, en cierta forma sí. Porque si vos estás enfermo, y si vos no sabés lo que tenés, por eso te vas al hospital, entendés. Porque es un doctor, es un especialista y vos te vas a ver para que te diga: comprate tal remedio y hacé tal cosa. Pero hay algunos que no te prestan atención, que ni siquiera te miran. (Mayo, 2003).

Valoran y respetan los controles de salud de los niños⁸. Las mujeres que están bajo el Programa de Procreación Responsable controlan su salud si les han colocado el dispositivo intrauterino (DIU) o si se les está administrando pastillas o inyecciones. Las mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos bajo control de las profesionales del Centro, no manifiestan adhesión a los controles ginecológicos, tampoco los mencionaron como relevantes para su salud, ni siquiera cuando se los mencionamos.

Identificación de los riesgos en las esferas la vida cotidiana.

Formulamos preguntas dirigidas sobre todo a la “identificación de los riesgos” que puedan afectar a los niños e indagamos en tres esferas centrales: alimentación, el hogar, la calle y los riesgos ambientales.

En general todos los padres mencionaron la importancia de la alimentación para la salud de sus familias. Podríamos diferenciar al grupo minoritario de familias que reciben el Apoyo Nutricional del Subprograma de Leche y el Apoyo Nutricional de Alimentos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires un total de 4⁹. Sólo tres entrevistadas reconocen haber tenido hijos desnutridos: con bajo peso en relación con la talla registrada en el momento del control médico. Las personas entrevistadas de esos grupos despliegan estrategias familiares de vida¹⁰ que les permiten resolver los problemas nutricionales de los chicos y del resto de los miembros del grupo familiar. Estas personas también realizan estrategias complementarias: almuerzan o meriendan en comedores del barrio, sobre todo los niños y las mujeres. Estas acciones las complementan con la búsqueda y obtención de bolsones de comida procedentes del Programa de Apoyo Nutricional de

⁸ Este dato lo hemos confrontado con las profesionales del Centro, quienes nos ratificaron que las familias en general controlan a sus hijos de acuerdo con lo recomendado por las normativas vigentes según la edad.

⁹ Según el registro de los entrevistados durante 2003.

¹⁰ Este concepto es el utilizado por Susana Torrado citando a Bourdieu como: “el conjunto de comportamientos –estrategias de fecundidad, de educación, económicas (de inversión, de ahorro)- por medio de los cuales la familia tiende a reproducirse biológicamente y sobre todo socialmente, es decir, a reproducir las propiedades que le permitan mantener sus posición, su rango en el universo social considerado” (Bourdieu, 1987:77) en Torrado, 2003:28.

CARITAS y del Gobierno de la Ciudad, así como los “Vales Ciudad” para la compra exclusiva de alimentos.

Un segundo grupo, el mayoritario en la muestra, implementa estrategias orientadas a la búsqueda de los mejores precios en el barrio, a fin de variar los alimentos de la dieta familiar, priorizando la ingesta de lácteos en los más chicos. La variedad de los alimentos es relativa al momento del mes en que se encuentren, dependiendo de la disponibilidad de mercadería almacenada en los freezers o heladeras. Este grupo concentra los esfuerzos de la cocina elaborando cenas nutritivas, puesto que en general, el almuerzo lo toman fuera de los hogares: los niños almuerzan en los colegios o en la casa de familiares, las mujeres en sus trabajos y los varones portan viandas a los suyos. Registramos cierta discordancia entre lo que “dicen que comen los hijos”: productos lácteos y las observaciones que realizamos en los momentos en que coincidían las entrevistas con los horarios de meriendas: sólo te, mate con pan. Creemos que en la valoración de la alimentación existe un deber ser del cuidado de la salud, que aparece claramente ligado a lo que “se debe comer”. En el caso de las familias beneficiarias de los planes de Apoyo Nutricional, mostraban las cajas y relataban la elaboración de comidas. En primer lugar mencionan siempre los guisos en base a fideos y pocas veces la cocción de verduras¹¹. Las cenas están compuestas por el plato principal, probablemente un guiso y frutas, si tienen. No mencionaron comidas que requieran gran elaboración y, en cuanto a lo que los niños demandan y ellas cocinan, cuando disponen de dinero, son las milanesas y el pollo.

Cuando preguntamos por los riesgos en el hogar, comprobamos una ausencia casi absoluta por parte de los miembros de la muestra. Pocos mencionaron el “peligro” que significan los toma-corriente, hornallas encendidas, uso del gas, etc. En general la percepción de los riesgos estuvo destinada a las actividades por fuera de las viviendas: patios y calle. También refirieron riesgos ambientales como la “suciedad” de los gatos, las pulgas de los perros de los vecinos y sus excrementos, las “enfermedades” que podría provocar la basura que los vecinos arrojan en pasillos y espacios de aire y luz.

Los que habitan en inquilitanos plantearon el problema para el acceso a las escaleras o dejar jugando solos a sus hijos cuando las puertas principales de las viviendas colectivas permanecen abiertas. En este caso los patios fueron considerados tan peligrosos como la calle.

Entrevistadora: ¿Va solo a la escuela? (mirando a D de 9 años)

**Marcela: D.. sí, cuando ella duerme sí. Si ella (beba de 2) está despierta vamos juntos, los tres. Pero si no toma el colectivo acá en la esquina, y son tres cuadras, pero para darle el gusto al padre que se queda más tranquilo, porque no se ve nadie a esta hora.*

(...)A esa hora, dentro de todo, está claro ya, él se va menos cuarto más o menos...

**Entrevistadora: ¿Ocho menos cuarto?*

**Marcela: Ocho menos cuarto.*

**Entrevistadora: Sí, ahora todavía es de día. ¿Y después, más en el invierno?*

**Marcela: Más en el invierno no, veremos. El año pasado por ejemplo, ella quedaba durmiendo porque yo me iba, me hacía una carrerita a llevarlo y volvía. Y ella se des-*

¹¹ Las cajas de Apoyo Alimentario para la Familia del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires contienen: sin discriminar cantidad de alimentos no perecederos: aceite, arroz, azúcar, caballa, cacao, fideos, harina de trigo, leche en polvo, puré de tomate, yerba. Se discrimina cantidad de vegetales y frutas: 1 kg de cebolla, 3kg de fruta de estación, 3kg de papas, 1kg de zanahorias, 1kg de zapallo .

pertaba como siempre. Pero si no mi marido trae... (...) Porque en el trabajo tienen una bicicleta y el patrón, o sea el encargado, dos por tres se la presta y cuando viene en bicicleta entra un poco más tarde, o sea, se puede ir más tarde, sino él se va más o menos 7 y media, y cuando trae la bicicleta se va menos cuarto, entonces ahí al irse, lo deja y se va. Está en menos de diez minutos, si es acá nomás. (Junio, 2003)

La calle forma parte de los peligros cotidianos que tienes que resolver los niños comienzan a desplazarse solos.

Entrevistadora:

¿La calle cómo la ves vos?

**Griselda: Muy peligrosa, la verdad. El otro día tuvimos una discusión con Cintia (6) porque se tenía que encontrar con su amiga al kiosko, yo le decía que no y ella decía que sí. Y le tuve que explicar porqué no. Me decía que la nena era más grande, pero era más grande que ella de altura, porque de edad era un año más chica que Cintia, tenía 5 años. Estábamos discutiendo, Cintia me lloraba que quería ir y yo le decía que no. Le expliqué, que hay gente mala, por ahí pasa un auto y se la lleva, que quizá no la ve con su mamá y la llevan y cómo te encuentro yo? Al final parece que entendió, pero mi miedo es ese. Cuando salimos, todos de la mano, o sino por la vereda mientras yo estoy haciendo algo; si están en la vereda se quedan al borde del cordón, nunca pasan, nunca pasan, no salen a la calle corriendo ni nada. Me miran porque saben que enseguida me enoja por ello, por el peligro que pueda haber en cuanto a gente extraña y cuando sean grandes, el otro día ya les dije, a mí lo principal que más me asusta cuando sean grandes es la droga. En este barrio hay mucha droga. (Abril, 2003)*

Las preocupaciones que los padres mencionan para sus hijos cuando éstos se trasladan solos por la calle son: la droga, la “junta” y el alcohol. “La calle” no se percibe como “peligrosa” cuando los niños están bajo su exclusiva mirada; ellos son la garantizan su cuidado. Algo diferente ocurre cuando deben dejarlos con un tercero por razones laborales. En esos casos la “confianza” que depositan en esa o esas personas es fundamental para desempeñar sus actividades laborales sin mayores preocupaciones.

Griselda organizada la vida familiar y de trabajo como un engranaje de reloj. Romina (16 años), su hermana menor, se encarga del cuidado de sus hijos (6, 3 y 1 año) y de la cena, cuida de los niños desde las 17:30 hasta las 6:30 en que ella regresa del trabajo. Su otra hermana (32 años) trabaja en la misma empresa de limpieza pero en el contraturno de 6:30 a 18:30. Esta complementariedad con el horario laboral de su hermana se completa con que los hijos de su hermana estén a su cuidado durante el día y que su hermana menor lleve los hijos de ambas al colegio por la mañana. Griselda trabaja duro, pero puede mantener a sus tres hijos y pagarle los estudios a su hermana de 16. (Notas de campo, abril, 2003)

A veces esa confianza es defraudada y el familiar cercano deja de ser “confiable” por lo que se busca otra persona para desempeñar esa tarea o, como en el caso de algunas mujeres, abandonan el trabajo asalariado, para poder cuidar ellas mismas a sus hijos hasta el momento en que puedan enviarlos a un Jardín de Infantes:

**Entrevistadora: Me estabas diciendo que...*

**Norma: Ah, sí. Que tuve que dejar de trabajar porque no tenía quien me la cuide. Mi primer día cuando volví de trabajar, yo se la había dado a mi tía para que me la cuide,*

me dijo que sí, pero cuando volví la encontré... [hace un largo silencio] no en las condiciones que quería encontrarla. Entonces tomé la decisión de dejar de trabajar.

*Entrevistadora: ¿Tu tía vive cerca?

*Norma: Sí(...)

N me aclaró que trabajó sólo un día. *"Cuando volví [la nena]no estaba como yo esperaba. Había llorado todo el día. No me la habían cambiado."* Entonces decidió no trabajar. Relata que con su primera hija era muy cuidadosa. *"Demasiado."* *"No la dejaba andar por el piso, gatear."* *¿Por qué? No quería "que se llevara microbios a la boca".* Le decían: *"dejala, después la cambiás"*. ¿Quién? Pregunté. *"Mi mamá, todos"*, contestó. Con la segunda hija ya no fue del mismo modo. (Mayo, 2003)

Ningún miembro de la muestra mencionó la guardería como institución eficiente para el cuidado de sus hijos. Aquellos que recurren al Jardín de Infantes lo hacen recién a los tres años, edad en la que pueden encontrar instituciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que reciban a sus hijos. Sólo una madre envía a su hijito de 1 año y cuatro meses a la guardería no por razones laborales, sino para permitirle estar con chicos, puesto que vive en una habitación de una pensión con su madre¹².

Acciones cotidianas de cuidado a la salud.

El respeto paterna/materna hacia los controles de la salud de sus hijos busca evitar la aparición de enfermedades. La prevención es, en este caso, la vía regia para "evitar que se enfermen". Por lo tanto los controles de salud son naturalizados, sobre todo cuando los niños son pequeños. Los padres los consideran parte de las responsabilidades que las pediatras les transmiten y los realizan todos los meses durante el primer año de vida y los espacian una vez al año siempre que los niños no se enfermen, hecho que generalmente no ocurre, puesto que los niños de esa edad presentan afecciones propias de los niños pequeños.

En general, los padres entrevistados no refirieron enfermedades en las que pueda comprometerse seriamente la salud de sus hijos. Las enfermedades que mencionaron son las propias de las estaciones de invierno y de verano: resfríos, gripes, diarreas y parásitos; así como las eruptivas que tienen los niños menores de 6 años. La mayor parte de los padres no tienen experiencias de enfermedades importantes en las que los controles tengan relación directa con el padecimiento de sus hijos.

Selección de los problemas según el "conocimiento autorizado" de las madres.

Consideraron muy importante la vacunación. Esta práctica preventiva que, según el equipo de salud, no siempre aparece respetada por los padres, es reconocida en los relatos de los entrevistados como uno de los focos sobre el cual centran sus estrategias de cuidado.

*Silvia : Sí, sí. Tal cual, yo soy muy obsesiva con todo lo que es enfermedad. Y hace poco hubo una campaña de sarampión y yo fui y hablé con la pediatra a ver si correspondía. Y la pediatra me dijo "tiene tres tu hija, para qué querés una más. No hay fundamento". Así que "no necesita más, no la pinché más, no la hagas sufrir más". Ella tuvo varicela el año pasado, para el día de la primavera. Entonces yo no la saqué, llamé por teléfono, y me dijeron que no la saque porque era un día de mucho frío y viento. *Entonces dejé que se brotara, le apliqué Caladril, porque era mucha la picazón que le*

¹² María Victoria escogió la guardería del Hospital Argerich como un medio para socializar su hijo de un año y cuatro meses, dado que ella, el bebé y su mamá viven en una pieza de inquilinato.

agarraba, le puse Hipoglós en polvo. Cuando la llevé al Centro me preguntó si le había puesto talco mentolado, y le expliqué que le había puesto Caladril e Hipoglós. Y estaba bárbaro. Y una de las pediatras me dijo que lo había resuelto muy bien. Porque yo cuando la nena tiene algo voy para arriba, para abajo. (Silvia, junio-julio de 2002)

Los padres dan importancia a las alertas desde los medios de comunicación masiva. Cuando reciben información acerca del “brote” de alguna afección, los padres acuden al Centro. En general la actitud de “*ir para arriba, para abajo*” que menciona la entrevistada, evidencia el grado de preocupación frente a la enfermedad. Pone un mecanismo de sospecha frente a lo que los médicos “dicen” y lo contrastan con lo que “les está ocurriendo a sus hijos”. Esta sospecha no implica dudas acerca de la capacidad profesional de “su” pediatra, puesto que acuden a ella para despejar sus temores, para constatar o rectificar los procedimientos que realizaron antes de consultarlo. Sin embargo, si la respuesta no es “la adecuada” dentro del marco de las sospechas, intentarán por otros caminos. Esta trayectoria implica una confrontación de sus propias percepciones acerca de “lo que les pasa a sus hijos” y las indicaciones médicas: “*Y la pediatra me dijo 'tiene tres tu hija, para qué querés una más. No hay fundamento'. Así que 'no necesita más, no la pinchés más, no la hagas sufrir más'.* También buscan que sus propias prácticas se legitimen ante la mirada médica: “*y le expliqué que le había puesto Caladril e Hipoglós. Y estaba bárbaro. Y una de las pediatras me dijo que lo había resuelto muy bien*”. Es que los padres que han consentido como valiosa la práctica de los controles, conciben el cuidado como parte de los deberes de socialización. Para ellos el cuidado de los hijos no se liga a los riesgos de que “algo malo” les pase, porque los padres “deben” hacer eso simplemente porque son los padres. En general esta actitud es materna y sólo podemos mencionar a “los padres”, cuando los problemas surgen de noche y ambos toman las decisiones a dónde ir en caso de una urgencia.

Suponemos que esta naturalización de responsabilidad materna/paterna sumado al hecho de que tienen hijos de corta edad, transforma el riesgo en algo no percibido como problema central para sus hijos. Cuando perciben que “algo anda mal”, se dirigen a los Centros Asistenciales que consideren más adecuados, según la experiencia que poseen de los mismos.

Riesgos para la salud de los adultos.

Puestos a reflexionar sobre sus propios riesgos de salud, varones y mujeres admiten no reconocerlos de manera espontánea. Si bien la mayoría no posee cobertura médica paga, y reconocen que van al hospital público porque no tienen dinero, los pocos que mencionan las obras sociales, o los pre pagos reconocen que, en general, no las usan por diferentes razones. Para ello realizan evaluaciones previas acerca de la conveniencia de desplazarse desde sus hogares a los centros asistenciales que les corresponden por la cobertura que poseen. El costo del transporte público, la proximidad del Hospital Argerich y el conocimiento acerca de su funcionamiento y finalmente la posibilidad de consultar a los médicos clínicos del Centro, son la muestra de la forma en que optimizan los recursos que poseen a mano.

La salud reproductiva de las mujeres.

Las mujeres refieren el cuidado de su salud en lo relativo a los embarazos y los controles para los métodos anticonceptivos adoptados. Mencionan al Hospital Argerich como la institución en la que han atendido generalmente los partos de sus hijos. Todo depende

de la cobertura médica que tenían en el momento del nacimiento. Algunas controlaron sus embarazos en el Centro, otras lo hicieron en el Hospital. Las mujeres refieren que han sido controladas durante sus embarazos. Pocas han referido complicaciones (hipertensión, diabetes) o riesgos altos directamente vinculados a enfermedades en el embarazo.

Un peligro tan importante como las enfermedades es el “embarazo”, mencionado también por los varones y pero principalmente por las mujeres. Temen quedar embarazadas más que contraer enfermedades, incluso la mención del vih/sida aparece en los relatos como secundaria al hecho del embarazo. Es que los embarazos en las historias de estas mujeres y estos varones signaron las uniones. En general, la llegada de los hijos, siempre referida como “sin buscarlos”, despliega estrategias de conformación de uniones de hecho que los acercan o los alejan, aunque la presencia de los hijos no es garantía de que estas uniones persistan. El término “cuidado”, presente sobre todo en los relatos femeninos, aparece como el extremo opuesto al riesgo. Si bien está presente la advertencia por parte de sus madres o amigas de la peligrosidad de tener relaciones sexuales sin protección, la norma implícita de que “deben cuidarse”, funciona más como mandato social. Sin embargo las prácticas demuestran que “los hijos llegan” y ellas/ellos deben hacerse cargo. La maternidad soltera no es un drama, el drama es el embarazo y cómo va a ser tomado por su pareja.

Una vez que nacieron sus hijos, a veces durante el último trimestre, las mujeres entrevistadas asisten al taller de Procreación Responsable. Allí escuchan, se informan, intercambian experiencias con otras mujeres y deciden qué métodos van a utilizar. La elección de los métodos no siempre es discutida con los varones, ellas afirman que “decidieron” usar la inyección, las pastillas o el DIU y pocas veces refieren las opiniones de sus parejas. Los varones consultados opinan poco acerca de los métodos que escogieron sus mujeres. Ante las entrevistadoras aceptan la decisión de sus mujeres de controlar los embarazos, pese a que no siempre estén de acuerdo en evitar nuevos embarazos. Para la mayoría de los varones entrevistados la anticoncepción no es su problema, es un problema femenino, aunque intervengan al preguntar o al aconsejar a sus parejas acerca de la adopción de un método o ayudándola a recordar tomar la pastilla.

“Los varones no se enferman nunca”.

Esta es una frase que aparece tanto en boca de las mujeres y más a menudo entre los varones. Ellos no se enferman nunca y si lo hacen, “*se curan solos*”. Son sus mujeres las que gestionan la ida al médico: sacan los turnos, los acompañan, compran los remedios. Dado que los varones de la muestra, así como las parejas de nuestras entrevistadas, no tienen empleos formales, dejar de trabajar por estar enfermos se transforma en un riesgo. Es más peligroso perder el trabajo por una ausencia que enfermarse. Enfermarse, sobre todo por resfríos o gripes, son situaciones comunes, a las que los varones restan importancia. Ellos pasan ese tipo de enfermedades sin guardar cama o si lo hacen, no consultan a ningún médico. “*Ellas, en cambio, se deben cuidar*” (Ruben, julio 2003). Cuando ellas van al médico, tampoco lo hacen por enfermedades por las enfermedades estacionales, sino porque están obligadas a realizarse los controles ginecológicos: “para ponerme el DIU tuve que hacerme un PAP y una colposcopia”. Son requisitos y no acciones para evitar peligros para su salud.

Los varones reconocen que si están mal, si tienen un accidente importante, recurren al hospital público porque allí pueden registrar su problema y gestionar el certificado para justificar la ausencia a sus trabajos. Puestos a reflexionar acerca de los peligros que tie-

nen que enfrentar para su salud, los 10 entrevistados con trabajo (o que están hace poco desocupados), consideraron la ausencia de trabajo como una de las amenazas más importantes para su vida. Ellos tampoco refieren este peligro en tanto individuos, sino como responsables de sus grupos familiares.

Riesgo versus confianza.

La noción riesgo no aparece en los relatos de los entrevistados. Sólo hemos registrado 9 oportunidades en que el término riesgo aparece en 5 testimonios. En cambio, las investigadoras lo hemos mencionado comunmente: en nuestra presentación, cuando se indaga acerca de las estrategias para su detección y al referirnos a los peligros que “deberían” reconocer las familias a fin de evitar daños a la salud de sus hijos y a la propia (según las propuestas del Programa Maternoinfantil o las actividades de prevención y promoción de la salud realizadas en el Centro).

Existen otras denominaciones que comúnmente citan los/las entrevistados: los “peligros”, los “miedos”, los “problemas”, etc.. Estos nos revelan problemas que no son estrictamente de “salud”, pero que pueden poner en peligro la vida de sus hijos/hijas.

Lo opuesto al riesgo, al peligro, son la confianza y la confiabilidad. Al peligro se los asocia a la enfermedad y a la muerte, tal vez por esa razón no forme parte del vocabulario de los padres (Douglas, 1992). Si los hijos están protegidos porque ellos cumplen con su deber de padres, el riesgo se proyecta automáticamente hacia el futuro y no en la actualidad. Ellos son los que cocinan y alimentan a sus hijos, los que los acompañan, los que los llevan al médico cuando se enferman. Ellos o sus familiares, quienes los cuidan mientras los padres y /o madres trabajan. En estas personas depositan su “confianza”, por lo que nada malo les puede pasar salvo que se enfermen.

Naturalizan el cuidado, las medidas de seguridad como inherentes a sus responsabilidades paternas/maternas. Sin embargo el riesgo aparece claramente objetivado en dos temas centrales: para los niños y las niñas, la calle. Allí se condensan los peligros en tres problemas específicos: la droga, el alcohol y la “junta” (la delincuencia). Estos peligros no aparecen claramente evitables por la acción de los padres, serán los hijos quienes asuman esas responsabilidades, aún a edades tempranas. Hay padres que los mencionaron desde los 6 ó 7 años para los varones. Los padres refieren sus propias experiencias con “amigos” de la calle, por haber consumido drogas o alcohol. La “junta” siempre es mala, puede perjudicar a sus hijos y alejarlos de ellos.

Al analizar los comportamientos acerca del riesgo en general y frente las propuestas del Centro para que los padres prevengan accidentes dentro y fuera del hogar, que estén atentos a la alimentación y al crecimiento de sus hijos, vemos que los padres evidencian cierta autonomía en las decisiones a seguir. Esta autonomía o uso de libertad frente a las “recomendaciones” que se les presentan, en este momento del análisis de los datos, las interpretamos como evidencias de uso de su libertad individual. Esto no quiere decir que desoigan las propuestas institucionales, sino que realizan una elección de qué y en qué momento realizar determinadas prácticas. Dadas las precarias condiciones de vida, los padres optimizan y reelaboran las recomendaciones, aplicando siempre la experiencia de la que disponen o el “conocimiento autorizado” en la crianza de sus hijos. Esta experiencia agrupa y sintetiza escenas previas consideradas semejantes a las actuales. Esta experiencia en general, no siempre, orienta los comportamientos en función de realizar la mejor opción posible. Ejemplo de ello es la selección de las instituciones de salud de acuerdo con el grado de gravedad asignado a la afección de los miembros de la familia.

O cuando desconfían de los diagnósticos médicos porque ya han estado ante situaciones similares, o porque han comprobado que los tratamientos no dan resultado.

Esta autonomía también se pone en evidencia cuando evalúan la inevitabilidad de los riesgos, cuando los padres naturalizan que los varones “deben” poder convivir con otros niños o jóvenes que se drogan, toman alcohol o roban. “Saberse mover” comprende relativizar ciertos peligros. Cuando relativizan no los están minimizando, los reconocen como inevitables por que están donde sus hijos van a ir cuando crezcan: la calle. De ahí la percepción diferencial de los varones y de las mujeres. Ellas ejercen cierta autonomía frente a las enfermedades cotidianas: resfríos, tos, indigestiones, diarreas, gripes, accidentes menores. Ellos lo hacen en el ámbito tradicionalmente masculino, la calle y la cancha. Despliegan estrategias para proteger a sus hijos cuando son chicos: los llevan o traen del colegio, evalúan si llevarlos o no a la cancha, se fijan cuáles son sus compañías o la “junta”. Las miradas de ambos evidencian ese conocimiento autorizado o la experiencia de quienes han vivido situaciones desagradables en la infancia. Este conocimiento, no les garantiza éxito en sus estrategias, pero que les permite no paralizarse frente al peligro. El riesgo es, por lo menos en lo que a los varones respecta, sinónimo de advertencia ante la posibilidad de poner la vida en peligro.

La diferencial percepción de riesgo en varones y mujeres: los cuidados.

Existe una diferencial percepción del riesgo cuando varones y mujeres mencionan los cuidados para la salud de sus hijos: controles pediátricos, alimentación, peligros domésticos (toma corrientes, escaleras, etc) y en menor medida “la calle”.

Los varones han citado con mayor frecuencia el “afuera”, mencionando “la calle” como fuente de peligros. Son la “droga”, el alcohol y la “junta”¹³. Sólo una mujer, que además es la jefa de su hogar, también mencionó la calle y lo que ella implica como la “droga” y el alcohol como problema para sus hijos. Los varones están alerta por sus hijos varones, puesto que “la calle” es inevitable como lugar de socialización masculina. En cambio obran de manera diferente con las mujeres. Cuando piensan en sus hijas no aplican el mismo criterio que con sus hijos varones. El alcohol y los golpes, han sido referidos por varones y mujeres como parte de las experiencias desagradables que han tenido que vivir cuando eran niños. Ninguno refirió consumir alcohol en la actualidad, no hemos indagado expresamente el tema, a menos que ellos lo hubieran mencionado. En el caso de las mujeres, también el alcoholismo generalmente pero no exclusivamente de sus padres varones, forma parte de experiencias de las que desean apartar a sus hijos.

El embarazo como riesgo. La pareja masculina puede asumir momentáneamente esa responsabilidad, pero muchas mujeres han mencionado instancias de encuentro y desencuentro con sus compañeros a causa de sus embarazos. Las que adoptaron un método anticonceptivo, lo han hecho tratando de resolver un problema de manera definitiva, aunque no se cierran a tener otros hijos en el futuro. Consideran que los hijos son también una responsabilidad económica y tratarían de evitar nuevos embarazos. Sus trayectorias de vida revelan otra cosa. Las muestran dudando y evitan tomar decisiones con respecto a la contracepción. Las decisiones llegan luego del segundo o tercer embarazo.

La palabra del varón aparece en el relato de las mujeres a través de recomendaciones de cuidado sobre los niños y acerca de su propia salud. Esta voz en muchas ocasiones es

¹³ Término popular por “compañías”, “amistades”, destinado a los amigos con actividades delictivas o ilegales.

reinterpretada por las mujeres a través de los reparos para pedir a sus maridos que accedan a las entrevistas. “Él, no va a querer”, “él es muy tímido”, “Va a ser difícil que lo encuentre para hablar de esto”, “a él no le gusta hablar de cosas personales”, expresiones que por contrapartida nos presenta a las mujeres como las dispuestas a hablar acerca de la intimidad, de los temas de salud de la familia y con disponibilidad para tratar con las instituciones.

El concepto riesgo en salud y el problema de su aplicación metodológica.

A lo largo de casi dos años de trabajo de campo con población pobre usuaria de centros de salud, estamos reconociendo que el riesgo es una noción escurridiza. Sin estar asociado a una patología, el riesgo pierde su especificidad. Se torna invisible, poco entendible en contextos tan controlados por la acción de las personas. ¿Cómo pensar en el riesgo cuando uno está sano?. Una categoría pensada y organizada para la detección y la intervención ligada a patologías como el riesgo, se diluye, se atomiza cuando se le pide a la gente que piense en los peligros que le pueden acechar en condiciones de no enfermedad. De hecho la medicina clasifica los embarazos como “de bajo riesgo” o de “alto riesgo”. El riesgo es la variable constitutiva de los procesos biológicos, no solamente los mórbidos.

Esta dificultad para indagar acerca del riesgo a ampliar la forma de fraseo. Buscamos diferentes estrategias para referirnos al riesgo en los términos en los que los/las entrevistados/as lo hacían. Finalmente comprendimos que el riesgo, no adquiere el mismo significado para los entrevistados que para el equipo de salud. “Cuidar a los hijos” es una responsabilidad paterna (de los varones y de las mujeres). Si bien se la refiere como una práctica de responsabilidad principalmente femenina, hemos registrado la presencia de padres en el Centro que acompañan a sus mujeres, que llevan a sus hijos a la consulta por alguna enfermedad, para el control médico periódico, para tramitar la entrega de la leche. El cuidado de los hijos también es una responsabilidad masculina, más aún si sus mujeres trabajan y ellos se quedan en casa porque están desocupados. Sin embargo, “hablar acerca del cuidado de la salud” sigue siendo competencia femenina. Sobre todo cuando la demanda proviene de otras mujeres en nombre de instituciones del Estado (el Centro, la UBA) Los hombres vuelven a ceder la palabra a las especialistas, sus mujeres.

La percepción de los “peligros” y el papel del conocimiento autorizado.

La población organiza sus vidas de acuerdo a una lógica clasificatoria en la que los riesgos son propios de la vida, pero mientras los padres cuiden a sus hijos, puedan alimentarlos, llevarlos al médico, abrigoarlos, etc., los peligros no serán más que azares funestos que ellos no pueden controlar. Lo fatal es lo que puede escapar a su control. Son las enfermedades que ocurren irremediamente, no las que pueden prevenirse por la acción de las vacunas o la detección de los buenos médicos en los controles de salud. Pero no se resignan a esa fatalidad, la reconocen y ponen de sí lo mejor para cuidar la salud de sus hijos. Los padres entrevistados han manifestado un fuerte deseo: *que sus hijos tengan una vida mejor de la que tuvieron ellos*. Esto implica que no pasen por los terribles momentos que ellos pasaron en su niñez.

Los riesgos y condiciones de vida.

Casi todas las historias tienen tramos oscuros, de alcoholismo paterno o materno, de violencia doméstica, de agresión física, de carencias extremas y de abandono. Esto queda fresco en la mente de estos padres. Tienen claro que no quieren que sus hijos vivan lo mismo que ellos han vivido a la misma edad que tienen hoy sus hijos. Reconocen que la niñez que están llevando sus hijos es diferente a la de ellos, por lo que ya piensan existe un cambio apreciable.

Si les preguntamos acerca del riesgo para su salud, éste no aparece como un tema central. Los varones afirman no enfermarse y las mujeres tampoco refieren enfermedades por fuera de los resfríos o problemas estacionales. Mujeres y varones remiten, sobre todo cuando preguntamos acerca del valor que asignan a la maternidad y si desean tener más hijos, al embarazo como el peligro actual. El aborto fue mencionado en varias oportunidades en ocho de las entrevistas: en los talleres las mujeres preguntan y refieren situaciones vinculadas al aborto. En el contexto de las entrevistas, el aborto aparece como experiencia vivida por ellas, como recurso posible en caso de que falle el método escogido, como mal menor ante el peligro de un nuevo embarazo. En general todas las mujeres se refieren a los últimos embarazos no deseados como que de “saber”, de “haber podido”, “no lo hubiera tenido”, “si yo hubiera podido colocarme el DIU antes...”, “si hubiera pensado más”. Esto no crea obstáculos para considerar a sus hijos por sobre todas las cosas en sus vidas. Habiéndolos tenido, son responsables de las vidas de sus hijos. Es en el período previo, aquel ubicado entre el ejercicio de la sexualidad y la procreación que ellas desean tratar el problema, incluso el del aborto. La prevención de los embarazos suele ser más importante que la de la propia salud en la vida diaria. El cuidado de la salud solo tiene sentido cuando comprende a otros: sus hijos, sus maridos. Ellas “se cuidan” durante los embarazos y solo cuando están seguras de que van a continuar con el embarazo. Entonces y solo entonces, controlan sus embarazos, asisten a la consulta obstétrica.

Si se consideran sanas, como los hombres, no recurren al médico por decisión propia. De no ser por la necesidad del control ginecológico por el método anticonceptivo escogido, no asistirían a la consulta médica. “Estar bien” es el indicador más importante de que no necesitan ir al médico.

El riesgo se lo vincula con la posibilidad de enfermar y por supuesto la palabra que se oculta tras este temor, este peligro es la posibilidad próxima o remota de “la muerte”. ¿Cómo pensar en el riesgo cuando se está sano? Hemos pensado una y más veces a lo largo de este trabajo que incluso el vih/sida casi no aparece como peligro, que el verdadero peligro es el embarazo. Temen más la llegada de un hijo que a la aparición de alguna infección sexualmente transmisible. No es que no tengan idea o sepan de su existencia, simplemente que no las asocian a sus prácticas porque se relacionan con gente de su “confianza”. Al recorrer las historias de los entrevistados/as, casi todos ellos provenientes de las provincias pobres del NOA y del NEA y sus actuales parejas también provienen de sus provincias de origen. Forman parte del núcleo de amigos que frecuentaron en la emigración y mucho/as de ellos/as las/los conocen en las reuniones y bailes en Buenos Aires. Sus parejas no son “desconocidos/as”, aunque no siempre les garantiza confiabilidad o la certeza de que su relación vaya a ser estable. Estos conocidos no son “peligrosos” ¿cómo pensar en el riesgo de enfermarse?

Los riesgos y las instituciones.

La condición escurridiza del concepto riesgo en salud, los diferentes significados del término según a quién o a qué se lo asocie lo transforman en una noción difícil para indagar. Tal vez por su condición de múltiples interpretaciones, su utilización requiere de por lo menos alguna precisión acerca del significado que se le asigna. Para el equipo de salud y no para este en su conjunto¹⁴ sino para algunas profesionales, el riesgo adquiere diferentes significados, dependiendo de la población y los daños a los que esté asociado. Esta peculiaridad de la noción nos pone frente a la disyuntiva de la fertilidad de su utilización para identificar “problemas”. Si estos no son reconocidos por los padres o miembros de las familias como verdaderos peligros para la salud de sus hijos y para la de ellos, los esfuerzos institucionales poco pueden hacer por tratar de modificar conductas.

Para la población entrevistada los peligros para la salud de sus hijos pequeños está en lo que ellos no puedan hacer por sus hijos. En este sentido tienen gran responsabilidad las madres. Son ellas y en menor medida los varones, quienes llevan a cabo las prácticas de cuidado. La experiencia que van desarrollando sobre las instituciones y la forma de abordar los problemas cotidianos, permite que padres y madres armen lógicas argumentativas acerca de las razones de las acciones de cuidado. El “cuidado”, entendido como “responsabilidad” es hacia los hijos y pocas veces se lo menciona para sí o para su pareja (salvo en el caso de las mujeres). Por eso racionalizan las opciones que realizan para dejarlos a cargo de otros cuando ellas trabajan. Es necesario que depositen “confianza” en otros (generalmente parientes) que actuarán como si fueran ellas para el “cuidado” de sus hijos. La “confianza” es una de las claves para comprender cómo organizan sus vidas, el lugar que asignan a las instituciones de salud, de enseñanza, las barriales, con las que interactúan cotidianamente. Pero los padres poseen un “conocimiento autorizado”¹⁵ acerca de las instituciones y la gestión de los riesgos dentro de éstas. Han aprendido de ellas qué hacer y bajo qué circunstancias, seleccionan con criterios no siempre racionales sino “razonables” (Bourdieu, 1995) qué hacer en situaciones críticas. No es un problema simple de cálculo costo-beneficio, sino que aplican lógicas de maximización de recursos y en la mayor parte de los relatos estos son muy escasos. Cuando los hijos están mal despliegan todos los recursos de que disponen.

Arman lógicas de circulación de favores, de bienes y de responsabilidades. Saben que no pueden evitarles todos los males, pero que mientras los niños estén con ellos, pese a todas las restricciones con las que viven, la vida de éstos será menos penosa de la que llevaron ellos cuando eran niños. Sus hijos poseen más cosas que ellos cuando eran chicos. Tienen padres que los cuidan, que buscan soluciones en las instituciones, que discuten las indicaciones médicas o del equipo de salud. Tal vez aquí radique uno de los inconvenientes más serios cuando no alcanzan a comprender ciertas demandas del equipo de salud: mientras ellos estén con sus hijos, no les puede pasar nada grave, salvo lo imprevisible, la fatalidad. Ellos les garantizan protección y cuidado como parte de las responsabilidades naturales de ser padres. Esa responsabilidad se la reconoce compartida en igual forma por ambos miembros de la pareja.

¹⁴ Encontramos maneras diferenciales de identificar el riesgo según la caracterización de los daños que efectuaran las profesionales del Centro: desde las enfermedades de los niños, las afecciones a la salud reproductiva de las mujeres o el no uso del término por parte de las psicólogas puesto que el malestar es intrínseco a la vida humana.

¹⁵ “Authoritative knowledge” dice Brigitte Jordan (1997: 57,58)) es persuasivo porque nos aparece como natural, razonable y en consecuencia construido. Puede incluso llevar a la exclusión social a quien los practica. Está incorporado a la cotidiana producción y reproducción de las actividades rutinarias (...) El poder del conocimiento autorizado no está en que sea correcto sino que es con el que cuentan”

Algo diferente es la conducta hacia la propia salud. Las mujeres que están en el Programa de Procreación Responsable se han realizado por lo menos un control de salud ginecológica. Las que no atienden su salud ginecológica, han controlado por lo menos el embarazo del niño que está bajo programa en ese momento en el Centro o realizaron algún control de embarazo en instituciones públicas o privadas en los últimos cinco años. Los varones no han acudido al médico sino por accidentes o para los controles de salud de las libretas sanitarias o los exámenes pre laborales. En general, los diez varones entrevistados *no se enferman...* Ellos dicen no requerir más que una visita por enfermedades estacionales o accidentes de trabajo. Ellos reconocen que si se enferman no pueden dejar de trabajar y si lo hacen, no cobran porque en su mayoría son trabajadores informales.

Bibliografía

Bourdieu, P ((1995) “Habitus , Illusio y racionalidad” en: Bourdieu P y Loïc Wacquant, Respuestas por una Antropología Reflexiva. México, Ed. Grijalbo

Cutter, S.L. Living With Risk: The Geography of Tecnological Hazards, London: Edward Arnold, 1993.

Cutter, S.L., Tiefenbacher, J and Solecki, W.D. “Engendered Fears: Femininity and Technological Risk Perception” en Industrial Crisis Quarterly 6: 5-22, 1992

Douglas, M, Risk and Blame: Essays in Cultural Theory, London, Rutledge, 1992..

Gustafson, PE “Gender Differences in Risk Perception: Theoretical and Methodological Perspectives”, en: Risk Analysis 18 (6): 805-11, 1998.

Jordan, B (1997) “Authoritative Knowledge and Its Construction” en: Davis-Floyd, Robbie E. and Carolyn F. Sargent (Ed.) Childbirth and Authoritative Knowledge. Cross-Cultural Perspectives, Berkeley, University of California Press, 1997.

Programa Materno Infanto Juvenil. Actividades. Metas de Salud Materno Infanto Juvenil, Ciudad de Buenos Aires, 1999.

Situación de las mujeres en la Argentina. Indicadores seleccionados, Buenos Aires, INDEC, UNICEF, 2003 (CD).

Torrado, Susana, Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870-2000), Buenos Aires, Ediciones de La Flor, 2003

Wilkinson, Iain, “Social Theories of Risk Perception: At Once Indispensable and Insufficient” en: Current Sociology, vol. 49 (1) 1-22 Sage Publications, January, 2001.