

Trayectorias de atención: de la autoatención a la consulta biomédica. Un estudio antropológico de los problemas respiratorios infantiles

Diana Weingast

Introducción

Este trabajo pone el foco en las diversas formas de atención a los padecimientos desde una perspectiva antropológica que recupera los desarrollos conceptuales de Eduardo Menéndez (2003, 2005, 2009). El punto de partida es considerar que las maneras en que los sujetos y los grupos enfrentan sus padecimientos y enfermedades está en relación con condiciones económicas, políticas, técnicas y científicas, como también por sus adscripciones religiosas, étnicas, que dan lugar al desarrollo de modalidades diferenciadas de cuidado y atención que pueden ser utilizadas de forma complementaria; aunque, en ocasiones, suelen ser visibilizadas y/o consideradas como opuestas y contradictorias.

El modelo de autoatención, como lo plantea Menéndez (2003, 2005, 2009) representa el primer nivel real de atención, el que se efectúa a través de los sujetos o grupos de manera autónoma o teniendo como referencia a los otros modelos de atención (modelo médico hegemónico y modelo alternativo subordinado). Para este autor, la autoatención puede ser pensada en dos niveles: amplio y restringi-

do, distinción que solo opera como un ordenador de la realidad. En sentido amplio, la autoatención refiere a las actividades que realizan los grupos para asegurar la reproducción biológica y social de los sujetos. Las mismas son efectuadas a partir de los objetivos y las normas culturales del grupo, e incluyen tanto la atención y prevención de los padecimientos como las actividades relacionadas con la preparación y distribución de alimentos, la obtención y utilización del agua, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo. También involucran el aprendizaje en relación con la muerte: el cuidado del moribundo, ayudar a morir o el manejo del cadáver. En sentido restringido, la autoatención remite a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente por el grupo al proceso de salud-enfermedad-atención-prevención.

En este trabajo recuperamos estos sentidos y consideramos que el concepto de autoatención refiere a una estrategia de acción de los sujetos y los grupos ante los padecimientos que se realiza con relativa autonomía en el hogar e involucra, en función de los saberes que estos manejan, diferentes actividades que conducen a detectar, diagnosticar, curar, cuidar en el ámbito doméstico los diferentes eventos de enfermedad, antes y después de haber tomado la decisión de consultar a un curador profesional, y decidir tanto a qué curadores consultar como la continuidad o no de los tratamientos (Menéndez, 2003, 2005).

Las diferentes actividades de autoatención, condicionadas por la situación estructural en la que se encuentran los hogares, conforman una síntesis dinámica, conflictiva y hasta contradictoria de diferentes saberes. Dichos saberes provienen del aprendizaje (internalización de qué, cuándo y cómo hacer ante un evento de enfermedad) que a lo largo de la vida se realiza a través de diferentes instancias y ámbitos (familia, curadores, medios de comunicación, espacios comunitarios de capacitación, etc.), de la experiencia propia o de otros (familiares, vecinos) ante situaciones consideradas como similares y también del uso combinado de diversas formas de atención (pluralismo médico)

según posibilidades materiales, simbólico-valorativas y de accesibilidad física a los recursos para la salud.

La autoatención, como expresa Menéndez (2005), muestra la capacidad de acción, de creatividad de los sujetos y grupos para buscar algún tipo de solución a sus padecimientos, aunque no sea una práctica eficaz y acertada. En el hacer cotidiano de los grupos es donde observamos el proceso de autoatención. Un proceso en continua modificación en función de la puesta en práctica de saberes y experiencias de los sujetos con otras formas de atención que también evidencian un proceso constante de cambio.

El proceso de autoatención incluye como elementos constituyentes a la automedicación y el autocuidado. La automedicación refiere al uso de sustancias producidas por la industria farmacéutica, pero también a toda sustancia (hierbas, alcohol, marihuana) y actividades (masajes, cataplasmas, ventosas) que son elegidas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padecimientos o para estimular ciertos comportamientos (Menéndez, 2009). El autocuidado (*self-care*), término que desde la biomedicina y el salubrismo se utiliza como equivalente al de autoatención¹, remite a las acciones realizadas por los sujetos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva.

La preferencia por el concepto de autoatención radica en que, en su sentido restringido y pensado en términos de proceso, devela las transacciones que los sujetos y grupos realizan con las otras formas de atención. De modo que permite articular de manera relacionada el cuidado y la atención como partes de un mismo proceso y evita caer en la dicotomía cuidado y atención como eventos que involucran

¹ Menéndez (2005) indica que para la biomedicina y el salubrismo, el término autocuidado se desarrolló en relación con el de “estilo de vida”; presenta connotaciones individualistas y omite o excluye las condiciones socioeconómicas que posibilitan reducir o eliminar los riesgos.

a distintas personas (madres cuidan; médicos atienden)² y diferentes ámbitos (cuidado doméstico; atención profesional). Su abordaje en términos de proceso de autoatención invita a recuperar las prácticas, los recursos utilizados, las diferentes explicaciones, que de manera complementaria y conflictiva manejan, articulan y utilizan los sujetos y los grupos cotidianamente dentro y fuera del ámbito doméstico para hacer frente a los padecimientos y las enfermedades. Asimismo, permite acercarnos a los roles asumidos por el grupo y las tensiones que generan no solo en el ámbito doméstico sino en el espacio público, como también las redes informales que involucra.

A partir de estas consideraciones conceptuales, en este texto, producto de un prolongado trabajo de campo realizado en una localidad periurbana del Gran La Plata, reconstruimos las prácticas de autoatención y los itinerarios de atención desplegados ante los eventos respiratorios de los/as niños/as menores de cinco años. Se trata de conocer cómo actúa la familia/grupo doméstico ante los problemas respiratorios de los niños/as, cómo se los atiende en el hogar, pero también de qué manera se busca evitarlos y/o prevenirlos, cuándo se decide actuar y por qué, cuáles son los procedimientos técnicos que las familias implementan. Estas preguntas no pueden obviar tanto las condiciones estructurales de los hogares como las relaciones que los sujetos mantienen con el personal de salud, ya que en ocasiones los eventos respiratorios son atendidos en los servicios públicos donde se aprende procederes técnicos, pero también están sujetos a discursos, mandatos y estereotipos respecto al cuidado-atención materna.

La elección de los problemas respiratorios, aquellos que la clasificación biomédica involucra como Infecciones Respiratorias Agudas

² Osorio Carranza (2001), retoma a Finnerman para indicar que la mujer-madre es la “curadora olvidada”, ya que frecuentemente su imagen es recuperada en términos de “cuidadora”, protectora, educadora, pero pocas veces considerada como terapeuta (no profesional) que forma parte de los recursos de atención, como agente estratégico de detección, diagnóstico, curación, prevención y rehabilitación en la familia.

bajas (IRAb), se debió a que constituyen uno de los problemas más significativos y evitables, tal como lo expresan diversos organismos y comités de expertos. Pero también porque su frecuencia, recurrencia y naturalización induce a que los grupos domésticos implementen diferentes tipos de acciones, se apropien y combinen distintas terapéuticas e incorporen mandatos preventivos (inducción a nuevas vacunas, a implementar medidas higiénicas, etc.) inculcados principalmente desde el sector público de salud.

El texto comienza con el apartado “La autoatención: opciones y elecciones conceptuales”, a partir de la selección de algunos autores del campo antropológico (Kleinman, 1978; Good, 2003; Menéndez, 1981, 1992, 1994, 2005; Haro Encina, 2000) que contribuyeron con herramientas teóricas-metodológicas que orientaron en la fundamentación, reflexión y análisis en torno a la autoatención. Le sigue el apartado, “Mirar, conocer y comprender el contexto local”, donde se detallan algunas cuestiones referidas al abordaje empírico y se presenta una caracterización del contexto local basada en el procesamiento de datos locales del último censo nacional 2010 y las observaciones registradas en territorio respecto de las condiciones estructurales de las familias que recuperamos. En el tercer apartado, “Entender y atender los problemas respiratorios infantiles”, nos acercamos a las prácticas de autoatención y los itinerarios de atención biomédica que realizan las familias ante los problemas respiratorios de niños/as menores de cinco años. Por último, cerramos el capítulo con una reflexión sobre el cuidado/atención en el campo de la salud.

La autoatención: opciones y elecciones conceptuales

La autoatención ha sido un ámbito de interés marginal dentro de las ciencias sociales y de la medicina. Esta última, a lo largo del proceso histórico que condujo a su legitimación, institucionalización y a la hegemonización de su saber, pasó de no cuestionar e incluso incorporar los saberes populares, a excluirlos y designarlos como supersticiones,

como un no saber. Mientras que para las ciencias sociales su marginalidad se sustentó, por un lado, en la distinción entre conocimiento y creencia, lo racional y lo no racional, entre certeza y rectitud de juicio versus la incertidumbre y el error, dicotomías legitimadas desde cierto discurso científico. Por otro lado, en la manera en que se concibió al sujeto, como mero objeto de reproducción del orden social. Estas son cuestiones relevantes, ya que nos posicionan en cómo situamos las representaciones y prácticas; esto es, los saberes que construyen los conjuntos sociales.

Hace más de treinta años, las sociólogas francesas Herzlich y Pierrret (1988) señalaron:

A lo largo de la última década, el punto de vista y las concepciones del enfermo sobre su estado, han adquirido una importancia nueva en la sociología de la enfermedad y de la medicina. (...) Este interés que se despierta en los sociólogos aparece también entre los médicos y, actitud que no era frecuente hace veinte años, éstos aceptan sin condenar el hecho de que la “enfermedad” del paciente no coincide con la “enfermedad” del médico. A través de estos diversos enfoques, el “punto de vista del enfermo” adquiere entonces poco a poco una nueva dignidad: a la idea de una percepción profana concebida como simple distorsión y empobrecimiento del saber médico, mezclado con algunas nociones tradicionales sin gran interés, sucede aquella de un modo de pensar autónomo, de una “lógica” o de una teoría profana que tiene su propia coherencia y cuyo análisis puede constituir para el sociólogo un objetivo intrínseco (...) En sociología esta tendencia se sitúa en el contexto del desarrollo de enfoques, en sentido amplio, fenomenológicos; fue también influenciada por los trabajos de los antropólogos acerca de la diversidad de las concepciones de la enfermedad en otras sociedades (p. 21).

A fines de 1970 diversos antropólogos expresaron que la biomedicina y sus productos constituyen uno de los tantos objetos de in-

dagación e interpretación antropológica. En este sentido, Kleinman (1978)³ señaló, por un lado, que la biomedicina debe ser analizada como cualquier otro sistema médico, con sus propias reglas de juego, valores, prácticas y conocimiento, que configuran su papel en el contexto sociocultural general. Esto le permite relativizar las categorías médicas occidentales considerándolas como elementos constituyentes de un sistema cultural. Por otro lado, planteó la necesidad de construir un modelo analítico que permita entender la salud, la enfermedad y su atención sobre la base de la noción de sistema cultural⁴. El término sistemas de atención a la salud (*Health Care System*) es utilizado para dar cuenta de las actividades de atención a la salud, en los cuales la enfermedad, expresada como lenguaje cultural, se vincula con las creencias sobre las causas, la experiencia de los síntomas, los patrones de comportamiento, las decisiones sobre los tratamientos, las prácticas y la evaluación de los resultados terapéuticos, estableciendo sus relaciones. Estructuralmente identificó tres ámbitos —popular o doméstico, profesional y *folk*— en los que se experimenta la enfermedad y se reacciona contra ella. La identificación de estos ámbitos le permitió reconstruir distintas formas de la realidad social considerando que los mismos organizan subsistemas particulares que legitiman creencias, expectativas, roles y relaciones. Además, separar la legitimidad social que adquieren los contextos de enfermedad y curación de la realidad

³ Trabajo preparado para la Conferencia sobre Teoría en Antropología Médica. National Science Foundation, Washington, 1976, publicado en *Social Science and Medicine* (1978). (Traducción propia).

⁴ El punto de partida es que la salud, la enfermedad y su atención, en cuanto aspectos de las sociedades, se articulan como sistema cultural, y al igual que otros sistemas culturales (el parentesco, los sistemas religiosos, los sistemas simbólicos) son construidos a partir de los significados, valores y normas de comportamiento. Se trata de entender cómo la cultura, en cuanto sistema simbólico de significado que da forma a la realidad social y la experiencia individual, interviene en los sistemas médicos y se constituye en un determinante importante de los contenidos, efectos y cambios que se experimentan.

clínica, que son construidas culturalmente y reflejan cambios sociopolíticos y culturales del sector de atención (Kleinman, 1978).

Asimismo, consideró que en cualquier sistema de atención se identifican modelos explicativos de un episodio particular de enfermedad que, en su calidad de productos históricos y sociopolíticos, se vinculan con sistemas específicos de conocimientos y valores de los diferentes sectores sociales y de los subsectores del sistema de atención a la salud (Kleinman, 1978). Se trata de las explicaciones que sobre la etiología, los síntomas, las fisiopatologías, las trayectorias de la enfermedad y sus tratamientos, construyen los profesionales, el enfermo y su familia. Los modelos explicativos de los profesionales y de los pacientes pueden distinguirse, pero ambos interactúan y constituyen un componente central en el proceso de atención. La noción de modelo explicativo le permite al autor estudiar y comparar las diferentes explicaciones, los sistemas cognitivos y las posiciones en la estructura social, los conflictos y las transacciones cognitivas del cuidado de la salud entre los pacientes (incluidos sus familias) y los profesionales, además de hacer visible los problemas de comunicación (relación médico-paciente) producto de la construcción de diferentes realidades clínicas⁵. *Disease*⁶ e *Illness*⁷ constituyen ejemplos de modelos expli-

⁵ Interpreta la disimetría de esta relación como problema comunicativo, de “entendimiento” entre las partes y coloca en un segundo plano las relaciones de dominación/subordinación que se generan.

⁶ Denota un mal funcionamiento y/o mala adaptación a los procesos biológicos y/o psicológicos. Se trata de un tipo de explicación de la enfermedad, una construcción social de la realidad, asociada con el modelo de explicación de los profesionales relacionada con teorías sobre la causa y nosología en términos abstractos, técnicos e impersonales (Kleinman, 1978, p. 88, traducción propia).

⁷ Significa la experiencia de la enfermedad o su percepción y la reacción social a la misma. *Illness* es el modo en que la persona enferma, su familia y su red social percibe, etiqueta, explica, evalúa y responde a la enfermedad. Remite a los modelos explicativos de la cultura popular donde la enfermedad es asociada con lo personal, no técnico e involucra problemas de la vida (Kleinman, 1978, p. 88, traducción propia)

cativos de la enfermedad que construyen tanto los profesionales como los pacientes y sus familias.

Con esta propuesta Kleinman considera que se puede estudiar el pluralismo médico así como las dimensiones individuales y sociales de las creencias y prácticas de cuidado y atención a la salud. Por su parte, Good (2003) señala que la enfermedad requiere ser entendida como un modelo explicativo que pertenece a la cultura y que, en cuanto realidad culturalmente constituida, solo puede ser inteligible a través de actividades interpretativas. Desde el paradigma interpretativo, la biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia vivida. Se trata de indagar cómo el significado y las actividades interpretativas se hallan en interacción con los procesos sociales, psicológicos y fisiológicos para producir diferentes formas de enfermedad y trayectorias de dolencias (Good, 2003). En este sentido, los estudios se focalizaron en las estructuras simbólicas y en los procesos asociados con la enfermedad en la cultura popular y en varias tradiciones terapéuticas, con el aporte central de las redes semánticas⁸, la *experiencia de la enfermedad* donde la historia y las relaciones sociales imprimen su marca en el cuerpo (Good, 2003).

⁸ Good (2003) señala que “Las redes semánticas son profundas asociaciones culturales que, a los miembros de una sociedad, les parecen simplemente que forman parte de la naturaleza o que son una variante endógena del mundo social y que por lo tanto están insertas estructuras hegemónicas” (p. 309) “(...) son perdurables y generadoras del discurso popular y profesional como del comportamiento. Los nuevos elementos, sean enfermedades o formas de terapia, sólo pueden ser incorporadas a un sistema médico si son integrados en las redes semánticas existentes o mediante la condensación de nuevas series de relaciones”. Su análisis, aportó un medio para registrar los ámbitos de significado asociados a síntomas y símbolos básicos en un léxico médico, ámbitos que reflejan y provocan formas de experiencia y relaciones sociales y que constituyen la enfermedad como un ‘síndrome de significados y experiencia” (Good, 2003, pp. 112-113).

En función de lo señalado, se puede sugerir que para estos autores los relatos de los individuos ocupan un lugar central a partir del cual es posible analizar el significado de la enfermedad, ya sea que tomen la forma de una red semántica (Good, 2003) o de modelo explicativo (Kleinman, 1980).

La perspectiva analítica que propone Menéndez, tal como se puede advertir en la introducción, es una referencia central a la hora de reflexionar y analizar la salud–enfermedad y sus formas de atención. La misma se construye desde una revisión crítica de la producción teórica elaborada por la antropología clásica y los posicionamientos culturalistas posteriores, que centraron la mirada en la estructura de significados, el simbolismo y su interpretación secundarizando la estructura social donde se inscriben y construyen. Para Menéndez (1994), las condiciones y relaciones económico-políticas de producción y uso de significados constituyen un punto clave en los análisis. Sostiene que en las sociedades la estructura social y de significados incluye condiciones de diferenciación y desigualdad que se expresan a través de los diferentes sujetos y de las relaciones sociales que se desarrollan entre ellos en función de las posiciones de clase, las pertenencias religiosas, étnicas, de edad, género. Por lo que es en el marco de las interacciones, micro y macrosociales, donde se establecen relaciones de diferenciación, desigualdad y también se generan procesos transaccionales.⁹

Sostiene que los procesos de salud-enfermedad-atención constituyen un universal que opera de manera diferencial en todas las sociedades y en los conjuntos sociales, y propone que deben ser leídos, descriptos y analizados considerando tanto la estructura social (que remite a las dimensiones económico-política, a procesos de urbani-

⁹ El término *transacción*, como lo plantea Menéndez (1981), debe ser entendido en el marco de las relaciones de dominación/subordinación construidas históricamente y que requieren de la obtención de consenso por parte de los sectores subalternos para asegurar el poder y la hegemonía establecidos. Supone la aceptación y “solución” de los problemas dentro de los límites impuestos por las clases dominantes.

zación, migración, etc.) como las significaciones sociales que, construidas colectivamente, explican sus causas, orientan las prácticas y legitiman instituciones (Menéndez, 1994).

Este punto de partida, atento a la consideración del proceso de construcción histórica y sociocultural de la enfermedad, los enfermos y la conformación de instituciones en Occidente, invita a asumir en los diferentes conjuntos sociales la existencia de un pluralismo médico. Esto es, el uso e integración de varias formas de atención no solo para diferentes problemas de salud sino para el mismo.

¿Cómo atienden las personas sus padecimientos?, sean estos dolores episódicos o leves, resfriados o molestias transitorias, temperaturas, dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos. ¿Cómo los sujetos y los grupos, en función de su diagnóstico presuntivo y de los factores de accesibilidad física y económica, resuelven o demandan un tipo de atención? Si la forma en que se procede no resulta eficaz, ¿cómo varían, se resignifican los diagnósticos, los tratamientos y se buscan o se eligen otras formas de atención? Estas preguntas permiten registrar, a través de las prácticas cotidianas de los sujetos, los itinerarios de atención que dan cuenta de la variedad de formas de atender que se utilizan, sintetizan, yuxtaponen y articulan para reducir, morigerar o solucionar los problemas de salud y que se convierten en actividades de autoatención.

La autoatención constituye una de las actividades básicas y constantes del proceso salud-enfermedad-atención realizadas por los sujetos y los grupos en forma autónoma o teniendo como referencia a las otras formas de atención. Por ello debe ser entendida como un proceso necesario en toda sociedad, ya que contribuye a asegurar la reproducción biosocial. A partir de los saberes que los sujetos y los grupos manejan, sus experiencias ante los padecimientos y enfermedades y las condiciones materiales de existencia, deciden la autoprescripción y/o el uso de un tratamiento de manera autónoma o relativamente autónoma; pero también pueden no hacer nada o solo conversar con alguien

y dejar que el paso del tiempo los solucione. En función del desarrollo que adquiere el padecimiento, sus condiciones sociales y las experiencias con las formas institucionalizadas de atención, se resuelve la intervención directa (o no) de un curador profesional. Pero la autoatención también remite a la implementación de acciones que apuntan a prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer la salud.

Advertimos entonces que la propuesta de la autoatención se orienta hacia la salud colectiva, cuyas prácticas apuntan tanto a la prevención o a la potenciación de la salud como a la asistencia o morigeración, para solucionar los daños a la salud. Su abordaje permite visibilizar la capacidad de acción, la síntesis creativa¹⁰ y la búsqueda de soluciones por parte de los sujetos y los grupos, más allá de los aciertos o no de sus explicaciones causales, de los diagnósticos y la eficacia o no de los tratamientos. Pero también permite develar las relaciones de poder que se instituyen en el interior de los microgrupos (por ejemplo, las unidades domésticas) y las relaciones transaccionales que se establecen con otras formas de atención (Menéndez, 2005).

Observar y describir estas articulaciones en los grupos domésticos permite comprender la lógica de apropiación de ciertos productos y técnicas, y hacer visible cómo ciertas prácticas biomédicas se naturalizan y se convierten en comportamientos legitimados mientras que los mismos en un contexto diferente se cuestionan, se condenan, se estigmatizan. Estas cuestiones están presentes en los casos analizados.

Las diversas investigaciones que se centraron en la autoatención en sentido restringido mostraron que más de las tres cuartas partes de los síntomas percibidos son resueltos en el propio domicilio (Zola, 1966 citado en Haro Encina, 2000); que en sociedades occidentales y no occidentales el 70 % y 90 % de las enfermedades son maneja-

¹⁰ Menéndez (2005) nos recuerda que si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos procedentes de diferentes orígenes, la biomedicina constituye una de las principales fuentes de estas actividades a pesar de cuestionarlas.

das dentro del contexto familiar (Kleinman, 1978); que es en el hogar donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención, promoción/prevención y curación (Menéndez, 1992). Por ello la familia o el grupo doméstico no pueden ser soslayados y requieren ser conceptualizados como ámbitos clave del proceso de autoatención.

La familia/grupo doméstico constituye un grupo social cuyos miembros convivientes comparten las tareas cotidianas de mantenimiento y reproducción tanto en el plano de lo económico-social como en lo simbólico-ideológico. En su interior se instituye una división de tareas y de responsabilidades para sus miembros según diferenciaciones de edad, sexo y parentesco. La copresencia de intereses colectivos y personales de los miembros que la componen, la relativa autonomía de algunos de los integrantes, las trayectorias individuales e interdependientes de los sujetos, son fuente potencial de conflicto, lucha y negociación, y posicionan a estos de manera diferencial y desigual según su participación en la generación de ingresos (trabajo extradoméstico) y en la responsabilidad por lo doméstico (trabajo doméstico). No se puede soslayar —como lo expresó Jelin (1998), entre otros autores— que sobre la familia/grupo doméstico repercuten de manera directa tanto las políticas públicas que caracterizan a un determinado contexto social como las intervenciones y controles de las diversas instituciones estatales y de las organizaciones de la sociedad civil. Y también se encuentra sujeta a las ideas, concepciones y valoraciones que se imponen y legitiman en cada época.

Atentos a estos planteos y recuperando los señalamientos de Menéndez (1992) respecto a las características multifuncionales de la organización doméstica y su mantenimiento o reforzamiento en la atención de la enfermedad y los padecimientos, se considera que a través del trabajo cotidiano de sus miembros —principalmente de las figuras femeninas (esposa-madre)— se realizan actividades de cuidado-prevención y atención-curación articulando diversos saberes, recursos,

e incluso se toman las decisiones de qué hacer ante la enfermedad y con el sujeto enfermo. Además, la familia o el grupo doméstico constituyen el lugar donde se organizan, articulan, gestionan las principales redes sociales para el cuidado-atención ante la enfermedad. Sin embargo, como recuerda este autor, han sido planteados como los principales lugares de la difusión de enfermedades infectocontagiosas, como ámbitos donde se expresan algunas pautas culturales que reducen el efecto de las medidas sanitarias y se ha considerado que algunos tipos de estructuras familiares posibilitan la emergencia de sufrimientos emocionales.

Así sea que se ponderen los aspectos positivos o negativos, la realidad empírica muestra que es en el ámbito de la familia/grupo doméstico donde se realizan las primeras actividades tendientes al cuidado-atención de los sujetos, aunque es la mujer —en su rol de esposa/madre— la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud-enfermedad-atención. Como advierte Menéndez (1992), el papel de la mujer en dicho proceso aparece como una pauta universal que se evidencia porque constituye la principal informante tanto del médico¹¹ como de los antropólogos. Otras autoras (Módena, 1990; Osorio Carranza, 2001) muestran que la madre de familia o una figura femenina sustituta incluyen en sus actividades cotidianas la atención de las dolencias familiares, sumada a la de los hijos/as pequeños/as, en el momento de su irrupción. También el papel de las mujeres fue resaltado en los estudios centrados en el cuidado doméstico a personas dependientes (niños, ancianos, enfermos). Desde el campo de la antropología médica y con un enfoque feminista Esteban (2003) señala que se trata de una responsabilidad invisibilizada y no recono-

¹¹ En los casos analizados son las mujeres-madres las que llevan a los hijos/as a la consulta. Además, se las concibe como las interlocutoras “naturales” al brindarles las indicaciones, pero también se las condena en caso de no efectuar lo prescripto. Desde el discurso y actuación médica el varón se constituye en un ausente, más allá de que esté físicamente presente.

cida socialmente porque se la asocia a funciones del ámbito privado, por su componente afectivo y contenido moral, el cual contribuye a la subestimación de las actividades que requieran tiempo, dedicación y un aprendizaje de ciertos saberes técnicos, y por la naturalización de la división del trabajo según un sistema de género.

Cabe destacar que, para contextos europeos, algunos autores expresan que “se están produciendo cambios en la organización de la atención personal, desde un modelo asignativo sobre la mujer hacia un modelo negociado entre los miembros de la red familiar” (Rodríguez Cabrero, 1999a, p. 42, citado en Esteban, 2003, p. 3). No obstante, como lo expresó Menéndez (1990), en el contexto latinoamericano, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo no significó el abandono ni la delegación de la autoatención en el varón. Algunas actividades son delegadas en servicios de los sistemas de salud o en la familia (abuelas, hijas mujeres) pero sin que ello suponga una modificación radical. Incluso la inserción laboral de la mujer incrementó la autoexplotación femenina a través de la doble jornada y de la destinación sus ingresos para cubrir las necesidades básicas de sus hijos/as; todas ellas problemáticas que se registraron durante el trabajo de campo.

En el cotidiano, las familias y los grupos domésticos establecen vínculos con vecinos, parientes y amigos que en situaciones específicas se constituyen en relaciones sociales predecibles de intercambios informales, de ayuda mutua y de apoyo emocional. Se trata de la conformación de redes sociales, término que la literatura de las ciencias sociales utiliza para dar cuenta de las interacciones regulares en situaciones de intercambios no institucionalizados y que permiten hacer frente a sus problemas. En este sentido, las redes sociales operan bajo ciertas condiciones como la cercanía física, la confianza, la voluntad de quienes participan en dar y recibir. Esto último remite a la reciprocidad de los intercambios en el tiempo y también a la asimetría de los mismos. A través de las redes circulan y se intercambian bienes

materiales (incluido dinero), servicios (cuidado de niños/as, ancianos/as, alojamiento, etc.), información, conocimientos, apoyo emocional (compañía, consejos).

En esta línea, Haro Encina (2000) señala que ciertos autores hablan de redes sociales para referirse a diferentes entidades (familias extensas, nexos de amistad y compadrazgo, compañeros de trabajo o estudio, paisanos, vecinos) que brindan asistencia en caso de enfermedad o de cualquier padecer, e integran el modelo de autoatención cuando se produce ocasionalmente su activación. Estas redes informales “suelen ser más naturales que provocadas, su vínculo es primordialmente afectivo, su contacto directo, de acceso más bien cerrado y de organización informal” (Haro Encina, 2000, p. 114). Lo que acerca a las redes sociales al proceso de autoatención son estos intercambios no institucionalizados, ya que la institucionalización de los mismos remite a la noción de grupo de autoayuda (Menéndez, 1997), en cuanto grupo organizado en torno a una problemática específica: desde un padecimiento crónico o degenerativo hasta estigmatizaciones sociales.

En este sentido, Bronfman (2001) entiende a la red social como el entramado de intercambios no institucionalizados cuya finalidad es solidaria: prestar ayuda, proporcionar apoyo y servir de soporte moral. También distingue dos elementos centrales para la construcción de tipos analíticos de redes: la estructura (densidad, conectividad, porosidad) y su funcionamiento, que depende de la combinación de los elementos estructurales y de condiciones objetivas como el lazo social que organiza, la accesibilidad, tipo de intercambio; aunque reconoce que pueden constituirse en apoyos ante la necesidad o fuentes potenciales de riesgo.

Si bien la propuesta analítica de este autor remite a la problemática de la mortalidad infantil, como se podrá apreciar más adelante, resulta significativo considerar que “el funcionamiento adecuado de las redes tiene una importancia crucial cuando se presentan situaciones inesperadas o de crisis, y las familias demandan cierto tipo de bienes y/o servicios” (Bronfman, 2001, p. 121), como también el reconocimiento

de que “las familias de origen son casi la única red con que cuentan muchas de las familias y que pueden ser percibidas como ‘entorno’ en la rutina de la vida cotidiana y también como parte del ‘nosotros’ ante situaciones problemáticas” (p. 122).

Mirar, conocer y comprender el contexto local

El primer acercamiento a la localidad se realizó en julio y agosto del 2009, en un contexto signado por la declaración de la emergencia sanitaria ante la gripe A,¹² y la aproximación a las familias fue a través de las promotoras del centro de salud, que eran oriundas y residentes de la misma. Durante los años 2010 al 2014, en los meses de abril y septiembre —época en que prevalecen los eventos respiratorios— visitamos algunas familias con las que construimos un vínculo que permitió acceder a sus hogares (conocer las condiciones materiales de vivienda), compartir sus rutinas, escuchar sus preocupaciones y demandas. Además, las continuas charlas informales en diferentes espacios (hogares, calle/barrio y centro de salud) constituyeron insumos significativos de la información registrada.

Las mujeres, en su rol de madres, fueron nuestras interlocutoras principales (en menor medida los varones-padres). Esto se debió a que se encontraban en sus hogares y se autoidentificaban como las encargadas de los cuidados y atención de sus hijos/as. Pero también dicho rol les fue adjudicado por sus parejas, quienes remitieron a ellas para conversar sobre esos temas.¹³ No obstante, en algunos casos contamos con las voces masculinas, particularmente en lo referente al cuidado y atención en situaciones de internación de sus hijos/as pequeños/as.

¹² En la provincia de Buenos Aires, el Ministro de Salud declaró en julio del 2009 la emergencia sanitaria que habilitó la reorganización de los recursos humanos, la contratación de personas y la compra directa de insumos.

¹³ En la sala de espera del centro de salud registramos una mayor presencia de mujeres con sus hijos/as los días y horarios de atención pediátrica y cuando se realiza la vacunación.

Las familias que colaboraron para este estudio habitan en una localidad periurbana del partido de La Plata con características significativas respecto a las condiciones de vida de su población, así como de los servicios con que cuentan. Algunos datos, elaborados a partir de las bases del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 y de las observaciones de campo, muestran que habitaban 4029 personas (51 % varones y 49 % mujeres), el 44 % de la población se encontraba en situación NBI, lo que constituía a esta como una de las zonas más críticas del partido de La Plata.¹⁴ El mayor porcentaje (63 %) de población se ubicaba entre los 15 a 64 años, predominando los varones (n = 1344) respecto de las mujeres (n = 1209), y le seguía con el 33 % el grupo de 0-14 años. El 3 % eran mayores de 65 años, en su mayoría varones. La condición de actividad —único dato que muestra el censo en relación con el trabajo— reveló, sobre un total de 2786 personas, que el 73 % eran ocupados, el 3 % desocupados y el 24 % inactivos. Al relacionar la condición de actividad con el sexo se observó una situación de desventaja para las mujeres en las distintas categorías.¹⁵

De un total de 1123 hogares, el 80 % (n = 904) eran multipersonales, predominando los nucleares con hijos (47 %). El 10 % de los hogares presentaba hacinamiento¹⁶ y el 41 % de los mismos una situación de NBI, lo cual quintuplicaba el valor correspondiente al partido (8 %). Las viviendas contaban con la posibilidad de acceso al servicio eléctrico, no así de gas natural, por lo que dependían del gas envasado o leña para cocinar y calefaccionar. No había agua de red y algunos pozos estaban contaminados o “vacíos”, por lo cual algunos utiliza-

¹⁴ En el partido los datos indican que en esta condición se encontraba el 11 % de la población.

¹⁵ Del total de ocupados (n = 2032) el 39 % eran mujeres, del total de desocupados (n = 75) el 79 % eran mujeres y de la totalidad de los inactivos (n = 679) el 70 % también lo eran.

¹⁶ Valor que supera ampliamente al registrado en el nivel del partido, que era del 2,2 %.

ban una canilla comunitaria o recurrían a vecinos que poseían bomba (Weingast, 2012). Ninguna de estas cuestiones puede ser soslayada a la hora de pensar y analizar los cuidados y atención de la salud que efectúan las familias.

La localidad solo contaba con un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependiente de la municipalidad, que brindaba servicios de ginecología, obstetricia, odontología, medicina general, pediatría, psicología, enfermería durante las 24 horas, y vacunación mayoritariamente de mañana.¹⁷ El hospital de derivación y lugar de referencia para la población, de jurisdicción provincial, se ubica a 45 minutos en transporte público (una línea de colectivos pasaba cada una hora a partir de las 6:00 hasta las 22:00), y para trasladarse al Hospital de Niños de La Plata (centro asistencial de preferencia de las familias y del personal de salud) se requiere combinar dos líneas de transporte público.¹⁸ No había servicios privados de atención biomédica y tampoco farmacias, por lo que la población en ocasiones se desplazaba a las localidades vecinas o al casco urbano de La Plata.

En cuanto al reconocimiento de curadores fuera del ámbito de la biomedicina, en los diferentes encuentros y diálogos con las familias no se registró ninguna persona que fuera reconocida como curador/a dentro de prácticas alternativas,¹⁹ pero sí la mención al uso de infusiones, ungüentos y tés preparados con eucaliptus medicinal (planta que se encuentra en la localidad), miel y algún otro elemento. Ante esto, y como se tomó conocimiento de la existencia de una feria —“El True-

¹⁷ El CAPS no contaba con servicio de ambulancia. Cuando se lo solicitaba, la espera era de más de una hora.

¹⁸ “si no tenés plata tenés que irte en colectivo. Si un remisero te cobra re caro. (...) 60 \$... cualquiera te cobra eso [refiere hasta Hospital de Romero]. Hasta el Hospital de Niños son 120 \$. Y mirá que te deja en la puerta y se fue, si vos querés volver tenés que llamar a otro” (Mirta, 24/9/12).

¹⁹ Esto no significa que las familias no hayan expresado que en alguna ocasión asistieron al curandero y/o a la señora que cura el empacho.

que”— donde se adquieren vía ingresos diferentes productos (ropa, alimentos, verduras, entre otros), se concurre en varias oportunidades y se registró solo un puesto que, entre productos diversos, vendía diferentes ungüentos (tipo *Mentisan*; Grasa de Iguana) y jarabes para distintas dolencias (estómago, pulmón) procedentes de Paraguay y de Bolivia. La vendedora, feriante en otras localidades, indicó que no es un lugar donde se consumieran estos productos, a pesar de que muchos de los pobladores son oriundos de esos países. Estos recursos de atención forman parte de las opciones y elecciones posibles al momento de resolver los padecimientos.

Las familias seleccionadas para este trabajo se caracterizaban por ser nucleares, con al menos un/a niño/a menor de un año (nacidos/as durante el 2012 o 2013). En todos los casos tenían otros hijos, aunque en dos de ellas, los hijos mayores convivientes no eran hijos biológicos de la pareja actual sino que las mujeres habían tenido experiencias anteriores de maternidad²⁰ y no sus parejas.

Asimismo, presentaban ciertas diferencias en aspectos centrales al momento de considerar tanto las condiciones materiales de vida como sus experiencias en relación con los procesos de enfermedad. Las diferencias respondieron a:

1) Las desiguales condiciones laborales de los responsables adultos que marcan las contribuciones económicas al hogar. En un caso el varón poseía una relación formal de trabajo mientras que el resto se encontraban en condiciones informales de empleo, aunque en algunos la situación de informalidad presentaba cierta continuidad en tanto se desempeñaban como empleados en las cooperativas municipales; otros solo hacían changas en quintas. La mayoría de las mujeres no realizaban trabajo extradoméstico; las que lo hacían (dos casos) efectuaban changas en su casa (trabajo a domicilio) relacionadas con las

²⁰ Esta situación fue significativa cuando las madres acompañaban a su hijo/a enfermo en el hospital, cuando se evaluaba dónde consultar y ante cuestiones de dinero en un contexto de escasos ingresos.

quintas²¹ y en un caso la pareja trabajaba en la quinta sembrando su propio invernáculo alquilado. La mayor parte de estas familias percibían la Asignación Universal por Hijo (AUH) por algunos/as de los/as suyos/as. Algunas contaban con el Plan Más Vida.

2) Las condiciones de la vivienda: en un marco de precariedad habitacional se verificaban desiguales condiciones de vulnerabilidad en la que vivían estas familias. En la mayoría de los casos las viviendas, asentadas en terrenos bajos, eran precarias en cuanto a sus materiales de construcción (casillas de madera y plástico,²² con piso de tierra²³) y en el acceso a servicios básicos (en algunas la provisión de agua era a través de la canilla comunitaria). En muchos casos no contaban con

²¹ “sí, estoy haciendo plantines. De vez en cuando, cuando hay. Como en invierno no brotan las plantas así que no, no sale. En verano sí, es todos los días, pero en invierno es 2 veces por semana nada más. (...) Ayer y si terminamos hoy ya cobramos y ya no hay más. Cada bandejita te paga 3\$ y cada bandejita te lleva a hacer 20, en media hora. (...) Los lunes, capaz si brota me traen los lunes y después a mitad de semana, miércoles o jueves por ahí. Es lo único, si...” (Vera, 27/6/13).

“No me voy a trabajar afuera estoy con mis chicos, a mis hijos los mando al colegio. Y la verdad que ellos vienen del colegio, me vienen y me dan una mano (...) sí, trabajo acá, en mi casa, haciendo plantines. Plantar o replicar como se puede decir, agarras una plantita así, y de a uno plantas... Esto es apio y empezas a hacer así, plantas, plantas, plantas y ya está. Esta bandeja se paga 2,80 \$; cada bandeja. 25, 30... 37 pesos tengo acá (...) yo sola voy a hacer, hago veinte por día (...) me ayudan los chicos (...) y tengo plata en mi casa, no voy a trabajar ni ajeno, trabajo en mi casa” (Mirta, 19/4/12).

²² “Esta vuelta, mi casa se voló. En la cocina no tengo ni techo, ni nada...Pero ya voy a conseguir, ahora haciendo esto voy a conseguir para comprarme unas chapas o algo...” (Mirta, 19/4/12).

²³ “una madera, después tiene una membrana. Cuando viene el viento lo levanta (...) cayeron ahí granizo y lo rompió todo, la membrana. Cuando llueve pasan chorros”. (Respecto a las paredes) “...entra frío. Hace poco le hice poner un nylon que tiraron los vecinos, ahí atrás, para que no entre tanto viento... pero igual” (Delia, 17/5/12). (Refiere al cambio de lugar de la casilla) “Hace frío, se siente. Ahí arriba no tenía nylon a la vuelta. Así que, igual. Siento que es más frío, pero será porque no está el nylon tapando (...) de adentro lo puse, pero igual siento que es muy frío. Pero bueno, no falta mucho para el verano. Me arreglo como puedo” (Delia, 18/6/13).

baño propio y solo tenían un único espacio para dormir, cocinar y comer. En un caso, la vivienda era en su mayor parte de material con paredes sin revocar por dentro y fuera, aunque algunas estaban cubiertas internamente por un plástico que cumplía la función de protección de los ladrillos y del frío; con el contrapiso de cemento. Ninguna contaba con sistemas para calefaccionar las viviendas y algunas familias no hacían fuego dentro de las casas por considerar que el humo es perjudicial para las/os hijas/os. Solo la vivienda de material incorporó en la cocina una salamandra, pero garantizando una buena ventilación²⁴.

Esta breve descripción de las condiciones de la vivienda permite acercarnos al por qué de las recurrencias de enfermedades y padecimientos de los/as hijos/as más pequeños/as, cuestiones que no siempre se hacen visibles, aunque en ocasiones surge la reflexión sobre la frecuencia de los problemas de salud infantil: “se me llenó de humedad el baño, yo ahí a los chicos no los puedo bañar ahí, porque se me enferman. Entonces, ahora, tengo que calentar agua y bañarlos en la pieza. La gorda ya tiene principio de bronquiolitis, estaba muy atacada” (Fabiana, 23/5/2013).

“Tenemos que hacer de material para tener a esta nena, si no mucho tiene que estar en el hospital” (Delia, 13/8/12).

Entender y atender los problemas respiratorios infantiles

¿Cómo se identifican los problemas respiratorios?, ¿qué se hace ante los mismos?, ¿cuándo y por qué se evalúa y decide recurrir a otras formas de atención?, son preguntas que remiten a las experiencias ante los padecimientos, permiten reconstruir las formas e itinerarios de atención, pero también acercarse a los recursos materiales y simbólicos, la disponibilidad de redes sociales y visibilizar las

²⁴ “la pusimos en junio... más por ella tengo que tener más calentito, todo eso. (Se refiere al humo) ...se va por el caño, donde yo veo que entra así, la saco a ella y la pongo en la otra pieza, no la dejo venir para acá... Así que hasta ahora, no le hizo mal..., es el cambio, es la humedad” (Fabiana, 30/9/13).

limitaciones estructurales y coyunturales. El material etnográfico, transformado en descripción analítica, permitió focalizar, por un lado, en la identificación de signos que se convierten en padecimientos y enfermedades, y pueden (o no) merecer ser tratados; por otro, en el hacer, en las prácticas (modos de actuar) desplegadas en el hogar y, en relación con ello, los itinerarios de atención que en ocasiones involucran un recorrido por los diferentes servicios de salud.

Detectar, identificar, nombrar. Los relatos maternos

Al centrarse en los padecimientos se recuperan los saberes que se ponen en juego ante los eventos de enfermedad. Se trata de nociones, conocimientos, creencias, valoraciones y actitudes que se construyen socialmente en las interacciones que los sujetos tienen a lo largo de su vida y en las diferentes experiencias propias o de otros. Los saberes en salud son elaboraciones cuyos contenidos pueden articular los conocimientos y las creencias de diferentes formas de atención, que se reformulan, modifican en relación con los cambios que ellas generan y con las experiencias vividas. Esos saberes se expresan en los discursos (descripción de los eventos de enfermedad) y su puesta en acto se da a través de las acciones implementadas.

En los casos que se recuperan, las mujeres-madres identificaron los problemas respiratorios por la aparición de determinados signos (mocos, tos fuerte/ronca/fea/seca, ahogos, “se pone morado/a” —cambio en el color de la tez—, ruido en el pecho) considerados no habituales y por alteraciones en el estado de ánimo del niño/a (inquieto/a, duerme mucho, llora, no sonríe, no quiere tomar la teta o comer) que se convierten en marcadores de que algo anda mal o que constituyen señales de alarma por su no habitualidad o por desconocimiento:

estaba molesta, tenía mocos, muchos..., estornudaba y no era como estaba siempre... estaba medio inquieta... (Delia, 17/5/12)
(...) la sentí media atacadita, ...se pone cansadita, llora y molesta (Delia, 13/8/12).

yo me asusté porque devolvía la leche y no durmió en toda la noche. Y ella no se reía, nada, nada de nada. Nada, te miraba, te seguía con la mirada nada más. (...) estaba distinta la nena a las primeras veces que le había agarrado. Si, re distinta porque, le cambió el color de la piel, las uñitas las tenía todas blanquitas, toda la piel estaba blanca, le tocabas la piel y no le hacía el pocito y todas esas cosas que se le hace cuando la sangre está en la piel, fría estaba, fría. No tuvo fiebre, tuvo 36, 37, 35,... no le agarró fiebre, esa la ventaja que ella tuvo... (Fabiana, 24/7/12).

empezó a toser, mucha tos... le empezó a salir moco y ya estaba con su caquita con moco y empezó a levantar fiebre, y ya no tomaba la teta, nada (Mirta, 2/8/10).

La fiebre es uno de los síntomas que se identifica a través de distintos signos (cuerpo caliente, transpiración, llanto, los “cachetes” colorados),²⁵ que es fácil de detectar y adquiere un lugar destacado en la elaboración del diagnóstico presuntivo, como también actúa como marcador para poner en tela de juicio, en función de su experiencia, un posible diagnóstico médico.

En algunos casos, la fiebre fue asociada con infección y registrada como un mecanismo corporal de defensa. Por lo que, al decir materno, es bueno que no tenga fiebre porque “la infección no llegó a dónde tenía que llegar o a los pulmones. A los bronquios sí, pero al llegar a los bronquios la fiebre no produce ahí, pero al llegar a los pulmones produce fiebre, porque ella se defiende con la fiebre...” (Fabiana, 24/7/12).

El ruido (silbido) en el pecho aparece como un signo cuya percepción es producto de una destreza en la escucha que se va adquiriendo

²⁵ “tuvo fiebre. Yo le toqué así, la palma de la mano y ella así medio temblaba. Tenía 38 y medio de fiebre” (Mirta, 2/8/10). “Porque estaba muy caliente, la cabeza, todo. Tenía rojos los cachetes. Yo la toco y quema. Entonces, es fiebre y le doy el jarabe” (Delia, 18/6/13).

mediante la práctica de atención materna. Se trata de un “oído alerta”, de un “ojo atento” que hace visible ciertos gestos y movimientos corporales que no son esperables: “se le hundían las costillas y no podía respirar bien” (Fabiana, 18/10/12).²⁶

Estos estados infantiles algunas veces se convierten en motivo de conversación con personas de confianza, en busca de una opinión que oriente las formas de actuar o que ayude a corroborar la decisión de consultar con un profesional de la biomedicina. Tanto el ámbito en el cual se inicia la consulta, los tiempos de la intervención (el cuándo) como las maneras (el cómo) de las acciones a realizar son variables:

el bebé se puso todo azul y el bebé no tiene que estar así. Sí, me asusté, lo llevé, enseguida lo lleve al Hospital de Niños. Es más, el oeste [línea de transporte público], nos fuimos, agarramos el oeste. (...) y ahí seguía así, una señora se dio cuenta y le dijo al chofer y me llevaron a la sala de San Carlos... (Lidia, 21/6/12).

ella empezó a toser, una tos rara que noté, no solía tener. Entonces yo agarré la llevo a la salita y la pediatra me dijo que podía ser principio de bronquiolitis, entonces que le haga nebulización... yo le hacía así cada seis horas por tres días le hice, hasta que se le fue esa tos. Y después cuando, a la semana o semana y media que estuve en la salita, empezó a toser más fuerte y es como que se ponía moradita. Cuando se puso moradita yo agarré y la llevé al hospital. Deje, deje, ese día yo dije de paso la llevé a control de los ojos y los oídos porque ella no tiene ese control... Entonces yo la llevaba para eso y me dice la pediatra “no, pero no te vas, mamá, hoy. Esa nena está con Bronquiolitis”, me dice. Me hizo quedar... (Fabiana, 25/6/2012).

²⁶ La observación del movimiento de la caja torácica fue parte de las recomendaciones realizadas por una estudiante de medicina que, en el marco de sus prácticas, visito a la familia luego de la primera internación. En la visita domiciliaria le explicó a la madre ante que signos debía estar alerta.

Las reiteraciones de algunos signos son significadas como “recaídas”, situaciones que inducen a la etiquetación de los mismos bajo una categoría médica conocida y a la puesta en práctica de los saberes aprendidos. El entrenamiento materno²⁷ es lo que permite ir evaluando el estado de salud del/la niño/a que, en función de la edad y las posibilidades económicas, orientar las decisiones y los posibles caminos a seguir. Eventos recurrentes de tos y fiebre son relacionados y se instalan bajo la nomenclatura médica de broncoespasmos, bronquiolitis o neumonía, y en ocasiones son objeto de consulta. Mientras que la tos, los ahogos, junto con el cambio de color en la tez (“Tosía mucho y se ponía morado”; “... se puso todo morado”), se asignaron bajo la categoría diagnóstica médica de coqueluche o tos convulsa, ya que la conjunción de estos signos no formaba parte del repertorio materno de padecimientos (“Tos convulsa me dijeron que era, era la primera vez que lo escuchaba”), y en estos casos prima la atención biomédica.

El porqué de la recurrencia de estos padecimientos en sus hijos/as no siempre es objeto de reflexión, quizá porque lo que se pondera es alcanzar una resolución técnica rápida más que la indagación sobre sus causas. Las condiciones climáticas (el calor, el frío, la humedad, el viento) aparecen como primera mención de causalidad,²⁸ factor inmodificable que encuentra en la implementación de determinados comportamientos (“estar adentro y no salir”) la forma posible de evitarlos. La reiteración de los eventos es lo que pone en tela de juicio este tipo de causación explicativa y, en algunos casos, adquirieron importancia las condiciones deficitarias de sus viviendas. En otros, se mencionó la

²⁷ “...Lo escuchaba yo. Porque yo con eso estoy a tono. Con ella igual, noto cuando respira más rápido, mi marido me dice: ‘cómo te das cuenta, para mí está bien’, le digo: ‘no ves que ella respira de otra manera, aparte es como que se desespera más para respirar, ¿no te das cuenta?’, ‘no’ me dice” (Fabiana, 25/6/12).

²⁸ “...porque el tiempo estaba cálido como ahora, pero después fuimos a la Iglesia y cuando salimos empezó a correr viento y seguro que ahí le agarro porque él andaba jugando por afuera” (Vera, 27/6/13).

fragilidad biológica que caracteriza a los recién nacidos y al tiempo cronológico como clave para su fortalecimiento.

Qué hacer: una mirada desde los relatos maternos

La descripción de lo que se realiza ante la identificación de los primeros signos permite hacer visibles los modos de actuar antes, durante y después de la consulta con un curador profesional. Pero también muestra cómo, en el quehacer cotidiano, las prácticas curativas biomédicas van adquiriendo cierta autonomía, se las utiliza en situaciones percibidas como similares, y también se las recrea, modificándolas en función de sus usos, que no siempre coinciden con los paradigmas vigentes de la medicina oficial. Los modos de actuar que se presentan muestran las estrategias curativas y preventivas de acción familiar junto con los itinerarios de atención.

Las prácticas (vapores, nebulizaciones, PAF) y sus usos preferenciales cambian en función de los diferentes consejos y ponderaciones médicas que las madres se apropian y recrean cuando identifican y verifican su eficacia en la morigeración y/o resolución de los problemas de salud infantil y que evitan, al menos temporalmente, la internación. Cabe aclarar que el tipo de padecimientos sobre el que focalizamos así como la edad de los/as niños/as hacen que sea frecuente el uso de la atención biomédica pública y, en estos casos, con episodios de internación.

solo vapor, con agua caliente en la olla y le tapo con una toalla la cabecita y la dejo horas hasta que le destape la nariz, que tiene toda la nariz atrancada. Y así la tenía, pero semanas. Sí, mucho tiempo. Después le agarró la bronquiolitis, primero; después, le agarró la neumonía... la pediatra que la atiende a ella me dijo que le haga los vapores (Mirta, 2/8/10).

Los vapores son un tipo de práctica que las madres implementan por su cuenta ante agitaciones o la presencia de secreciones nasales

(“mocos”), pero que también se prescriben en los centros de salud. Se trata de una práctica que parece fácil de realizar en los hogares, aunque ciertas condiciones de infraestructura de la vivienda hacen que se desestime o se efectúe de manera esporádica y selectiva según la edad de los/as hijos/as. La cuestión central es cómo hacerlo sin que ellos/as se quemen, por lo que se implementan estrategias diferenciales según la edad:

de arribita no más... que no la pegue tanto al vapor porque si no quema... de arribita no más y sin tapanlo, los más grandes se tapan (Delia, 17/5/12).

me dijeron que le haga vapor porque tenía mocos. En una olla hiervo agua y lo tengo que tener arriba de la olla tapándolo con una frazada, una sábana, algo, cosa de que el vapor no salga y lo aspire bien (...) Lo hago yo, le digo que se pare al lado de la olla y que se quede quieto. Después yo lo tengo a él, lo tengo agarrado. (...) No, a él [se refiere al niño más pequeño] no, siempre nebulizaciones (Vera, 31/8/12).

La realización de vapores por su cuenta es producto del consejo de familiares directos; se pondera la confianza en quien lo sugiere, el reconocimiento de cierta eficacia pasada y una mejoría inmediata. En algunos casos, se incorporan hojas de eucalipto o sal:

le había hecho eucalipto, me dijo mi mamá que le haga. Le hago hervir en una olla y cuando hierve me tapo con una frazada yo y él, y el vapor lo tiene que aspirar él... ¡ah! eso cierto que lo había calmado un poco también (...) La mitad de agua y las hojas de eucalipto, allá en la esquina había, que habían bajado árboles y había sacado yo. Se pone la hoja, pongo un par de hojas en la mitad de la olla y ahí le hago el vapor de eso (...) Yo y él, y mi otro nene que también andaba con tos, nos poníamos los tres (...) Yo me ponía parada con mi nene y salía el vapor, ponía una toalla para que no salga el vapor por el costado porque tenía que entrarle todo (...) Yo le hacía eso y como que ya dormía bien. Porque él dormía

y se le tapaba la nariz, y esa noche cuando yo le hice ya durmió bien, no se levantó nada, no se le tapo la nariz. Y después al otro día lo lleve a la salita... (Vera, 27/6/13).

con agua y sal. No sé, me dijeron así que le ponga. Agua con sal. En la familia, que es mejor (Delia, 17/5/12).

Si con la aplicación de vapores los signos percibidos se mantienen y no se logra morigerar el padecimiento, la decisión materna se orienta a la búsqueda de otro tipo de solución en el marco de la atención biomédica. Esta puede ser la atención pediátrica en el CAPS, lugar donde se obtienen los insumos para la aplicación del PAF y los antipiréticos, o la consulta en un centro de mayor complejidad.

yo agarre la llevo a la salita y la pediatra me dijo que podía ser principio de bronquiolitis, entonces que le haga nebulización cada seis horas con salbutamol, tres gotitas de salbutamol. Bueno, yo le hacía así cada seis horas por tres días le hice, hasta que se le fue esa tos. Y después cuando, a la semana o semana y media que estuve yo en la salita, empezó a toser más fuerte y es como que se ponía moradita. Cuando se puso moradita yo agarré y la llevé al hospital... (Fabiana, 25/6/12).

Las nebulizaciones son otro procedimiento que habitualmente se prescribe para los problemas respiratorios y que las madres van incorporando, y adquieren habilidad para su administración a medida que las llevan a cabo con sus hijos/as. Se trata de una práctica que realizan en su hogar con sus propios insumos y también en las instituciones de salud, ya sea en situaciones de internación o ambulatorias.

(En el hogar) (...) Entonces por eso lo llevé al Hospital de Romero, ahí me dijeron que tenía bronquiolitis, pero me dieron para que le haga el paf en mi casa, no, nebulizaciones. Primero nebulización, cada cuatro horas, diez gotas de salbutamol con solución fisiológica (Vera, 26/7/12).

(En las instituciones de salud) (...) lo tenía que hacer yo. Había un aparato y un tanque de oxígeno, y ya con eso se la hacía. Una máscara, abría el oxígeno y le echaba cinco gotas de solución fisiológica. Y con eso le ponía hasta que terminara todo el líquido (...) Yo lo sabía porque a mi nene le tuve que hacer también, al más grande. Cuando tenía tos lo llevaba a la salita, me decían que le haga y yo le hacía (Vera, 31/8/12).

En algunos casos el nebulizador se adquirió antes o con el nacimiento del primer hijo. Se presenta como parte de los objetos que hay que tener, aunque su uso sea esporádico:

Lo compré cuando nació mi otro nene por las dudas, casi nunca lo usaba porque nunca se enfermó (...) con él lo empecé a usar (Vera, 26/7/12).

Con nebulizador. Lo compré cuando nació D. (...) porque él tenía moquito cuando nació, a los dos meses (...) Entonces tuvimos que comprar porque el pediatra nos dijo. Nos venía bien porque ya quedaba en la casa y no teníamos que andar pidiendo prestado y demás (Fabiana, 25/6/12).

La adquisición “por las dudas” resulta interesante pues permite reflexionar sobre la naturalización de los problemas respiratorios infantiles, pero también lleva a preguntarse por qué las familias asumen que el nebulizador es un elemento que se debe poseer a pesar de no haberse convertido en una necesidad. Se podría pensar que su posesión se relaciona principalmente con que evita que las familias, en caso de prescripciones domiciliarias, recurran varias veces al día al CAPS a realizar lo indicado. Además, se constituye en un elemento que distingue a las familias, dado que puede ser objeto de préstamo para otros; el nebulizador sirve para ser utilizado con todos/as los/as niños/as aunque con mascarillas de uso individual por la diferencia de tamaño y como forma de evitar contagios. En otros casos que se pres-

cribió la realización domiciliaria de nebulizaciones con salbutamol, las madres recurrieron a sus allegados para la obtención del aparato.

me prestaba un vecino la nebulizadora (...) Unos días sufrió porque no quería que le apreté con la cara, nada. La nebulización no se dejaba hacer, pero yo igual le hacía, lloraba, mucho... le hacía a la mañana, al medio día y a la tarde la máscara. Y después iban pasando las horas, si empezaba con la nariz más tapadita, de vuelta así, traía el señor la nebulizadora y le enfocaba, le hacía la nebulización. Pero lloraba mucho, porque no se dejaba hacer (risas)... (Mirta, 2/8/10).

En cada aplicación, según lo prescripto, se utiliza con agua, solución fisiológica y, a veces, salbutamol.

porque lleva agua y lleva la solución, entonces al agua no le pongo fría, le pongo tibia y la solución también, le pongo un ratito en la pava para que tome la temperatura, porque a mí se me hace que el humo ese que sale es frío (...) a mí se me hace como que se enfría ella de adentro, nada más, no sé si será así... (Fabiana, 30/9/13).

La efectividad de la práctica recae en el conocimiento y en la pericia para su realización, ese saber-hacer materno, que es naturalizado por el personal de salud:

yo pensé que se usaba sólo eso, no más. No, no me dijeron. No, me dieron sólo las gotitas no más, bueno, yo pensé que era eso. Y me dijeron que no se van a curar nunca así, con las gotitas no más. Y ahí me dieron la agüita para poner con eso (María, 16/7/12).

Si bien se puede leer este relato como un testimonio del desconocimiento de cómo funciona el procedimiento terapéutico, también devela la ausencia de diálogo en el ámbito de la atención clínica, ya que los médicos dan por supuestos ciertos saberes maternos, principalmente cuando las madres no son primerizas, y no abren la posibilidad

de la duda, de la pregunta. Por su parte, en la consulta, las madres se inhiben de preguntar ciertas cosas que se supone que deberían conocer y saber manejar.

Cabe señalar que, en el caso citado, la reiteración del procedimiento y su nula efectividad fue lo que llevó a revisar el procedimiento materno y reajustarlo según requerimientos médicos. Una vez aprendido su “buen uso”, se convirtió en una práctica que reiterada y autonomizada ante eventos evaluados como similares en todos/as sus hijos/as:

ya lo sé usar. Lo agito primero, después lo pongo ahí, cuento hasta diez y aprieto (Delia, 17/5/12).

le estoy dando, le empecé a hacer un PAF, le estoy haciendo cada cuatro horas... Siempre que voy allá y me hacen hacer los PAF. Entonces digo, porque no se los empiezo a hacer aquí... (Delia, 18/6/13).

desde que ella estuvo internada el PAF. Que eso también me dijo la pediatra que use (...) Me lo dieron en el hospital, de la nena y la de la más grande me lo dio la salita (...) (Fabiana, 25/6/2012).

El PAF es una práctica que las madres inicialmente realizaban por prescripción médica, pero se fue instalando un uso más generalizando y autónomo porque observaron resultados efectivos en los/as diferentes hijos/as. Se trata de un aprendizaje en contacto con el personal de las instituciones de salud y que, ante la indicación médica, se requiere que sea administrado en el hogar, para lo cual se facilita el acceso a los insumos (aerosol y aerocámara).

le daba el paf y con eso estaba bien (...) Una aerocámara, se lo pongo en la boca y apretás dos veces. Yo tenía una porque me dieron una en el Hospital de Niños cuando estaba y después una en Casa Cuna (Vera, 31/8/12).

Los relatos expresan que las madres saben cómo proceder para su aplicación y conocen la frecuencia temporal con que debe ser

suministrado. Su experiencia les permite construir un registro inicial de prescripción cada cuatro horas; asumen que la modificación temporal está condicionada por la necesidad del/la niño/a, que menor tiempo entre las aplicaciones significa que este/a se encuentra en una mala situación.

era cada cuatro, pero dijo que necesitaba bastante, entonces le tengo que hacer cada tres (...) Allá (CAPS) me le estuvieron haciendo cada quince minutos... cada quince minutos la hicieron así y mejoró. Estaba mejor, la revisaron después y estaba mejor. Entonces se lo tengo que hacer cada tres horas... (Delia, 17/5/12).

La utilización del PAF en el ámbito de los servicios de salud (CAPS y hospitales), conocido como rescate,²⁹ contribuye a esa valoración positiva y a su empleo con cierta autonomía. Algunos relatos maternos reflejan que el PAF se presenta como una práctica preventiva, que debe ser usada dos veces al día (durante la mañana y por la noche):

Tengo que usar el paf preventivo, todos los días. A la mañana y a la tarde, cuando se levanta y otro para dormir. Lo muevo y lo agito primero y después le hago. Tengo que usarla sólo con ella [se refiere a la máscara del PAF] y, a veces, limpiarla. Me dijeron que lo use con ella. Que la máscara es de ella, para ella. A los otros no (...) me dan el spray. Me dieron una sola vez la máscara, después tengo que ir a la salita a pedir el preventivo (Delia, 18/6/13).

También como una práctica que se puede prescribir a otros cuando se identifican signos y síntomas que son conocidos o cuando se quie-

²⁹ Término utilizado por el personal de salud para referirse a la realización de nebulizaciones con oxígeno controlando el estado respiratorio del paciente. Es una actividad que se realiza en el primer nivel de atención y que permite al profesional evaluar si se requiere el traslado a un centro de mayor complejidad o se puede continuar con un tratamiento domiciliario.

re aliviar situaciones respiratorias que se presentan durante la noche: “cuando anda un rato mal ya le hago los PAF y se le pase... con el PAF, le doy mejorcito... eso, y se le pasa...” (Delia, 22/8/13), o cuando se decide postergar, al menos momentáneamente, la consulta pediátrica.

En los casos aquí analizados las aerocámaras y los aerosoles les fueron suministrados a las madres por los servicios públicos de salud donde algunos de sus hijos fueron internados o se efectuaron los “rescates”. No obstante, cuando no hay en el hogar se recurre a familiares o vecinos para que presten el aerosol hasta su adquisición mediante la compra, o hasta la entrega gratuita en diferentes instituciones públicas (CAPS, el Hospital, también el hospital móvil³⁰ de la provincia de Buenos Aires).

Otro tipo de prácticas utilizadas para aliviar la tos, que recupera consejos y prácticas familiares, fueron la frotación de la espalda con un ungüento de venta libre compuesto por menta, alcanfor y eucalipto (*Vick Vaporub*, *Mentisan*) o la preparación de un jarabe casero basado en miel y aceite caliente.

le pongo ivaporuk ese de menta en el pecho a la noche, le afloja el catarro, no tose tanto (...) Si le pongo eso tose menos (...) Sino con miel con aceite... mi hermana una vez hizo, le hacía miel con aceite para la tos. Ella le calentaba la miel con el aceite, tipo el almíbar, le entibiaba y ahí se le daba a la noche... en cuchara, se le calienta un poquito en tibio y con la miel. Después se le da. Eso le afloja, le saca todo el catarro (...) A la noche, porque a la noche también es donde más ataca la tos y todos los días, le tengo que hacer (María, 27/6/13).

³⁰ El 2 de agosto del 2013 se instalaron en la localidad diferentes servicios móviles (documentación; pescado para todos, el hospital móvil). Ese día, una de las madres junto a sus tres hijos más pequeños se acercó al hospital móvil con el objeto de solicitar el aerosol para el PAF previo control médico de salud. Se trató de una estrategia materna para poder obtener un insumo que utiliza asiduamente con uno de sus hijos y al que le resulta difícil acceder con sus propios ingresos.

Algunas madres consideraron que la aplicación del ungüento en los/as niños/as es selectiva según la edad,³¹ y que este es un insumo adicional para ocasiones especiales. La selectividad etaria es producto de la experiencia materna con sus hijos mayores³² y con la concepción de cómo actúa el producto sobre el cuerpo humano: “... no estaba atacadita como para cosas adicionales. Encima eso te calienta todo por dentro. No estaba atacada, para hacerle eso” (Mirta, 24 /9/12).

Como se aprecia, las prácticas efectuadas en el hogar, aprendidas en la relación con los servicios de salud, muestran el actuar materno ante signos conocidos. Pero, ¿qué se hace ante la presencia de signos desconocidos o cuando se evalúa que el propio accionar es ineficaz o no resuelve el problema de salud? Responder a ello introduce los itinerarios de atención, los diferentes recorridos que las familias realizan en busca de una solución. En estos casos la consulta a los servicios de atención de la biomedicina se presenta como el camino que se debe seguir, y esto —como lo ha hecho visible una de las madres— no solo se relaciona con que los que requieren atención son niños/as menores de cinco años, sino con la imagen/representación de la institución médica y su personal como agentes de control social:

No quiera medicarla así sola, tampoco quería darle una medicación sin que la doctora me diga. Porque a veces sale mal, y después vas a la pediatra y la pediatra te reta porque vos haces sin autorización de ella (...) Porque yo no quiero medicarla así nomás, sin que la doctora o alguien me diga por ahí me sale mal y, me sale mal a mí medicarla así porque es chiquitita y tengo que correrme

³¹ (Respecto al niño de 7 meses) “No, nunca le puse. Porque es chiquito todavía para eso” (Mirta, 24/9/12).

³² (Refiere al uso que realizó con su hija que tiene 2 años) Un año, por ahí. Uno, porque a veces tengo miedo, no sé si le puede agarrar tipo alergia la primera vez. A ella la primera vez se le puso toda la piel roja. Tenía todo rojo. Ahí fue cuando la llevé la primera vez al dermatólogo, al Hospital de Niños. Me dijo que era eso, que le tenía que poner muy poquitito porque eso era muy fuerte (Mirta, 24/9/12).

hasta el hospital Romero, de vuelta, con ella y no va a estar lindo que le diga “no, si le di medicamentos ya”. Si ellos no me dieron nada (Mirta, 2/8/10).

acá si yo no aparezco en la sala ellos me mandan a citar o me mandan alguien que yo tengo que estar sí o sí presente en mi casa (Mirta 19/4/12).

Las trayectorias de atención de los problemas respiratorios comienzan con el reconocimiento de signos desconocidos o que son reiterados en un lapso de tiempo, evaluados como preocupantes y que ameritan una consulta profesional en el marco de la atención biomédica. En algunos casos se acude al primer nivel de atención (CAPS), en otros se prefiere la intervención de instituciones de mayor complejidad (hospitales públicos generales o de especialidad) a pesar de la distancia geográfica. Esta última elección no significa que se descarte el CAPS, sino que se lo considera como un lugar para la realización de los controles de rutina, para la vacunación y la atención de situaciones evaluadas como de poca urgencia. En estos centros de salud la continuidad del personal, particularmente del servicio de pediatría, convierte al profesional en el médico de referencia de sus hijos/as.

Aquellos que optan por el CAPS lo hacen por su relativa cercanía, por la entrega de la medicación, pero también porque los eventos y la decisión de consulta se enmarca dentro de los días y horarios de atención del personal médico, ya que se sabe que durante la noche y los fines de semana solo se cuenta con un servicio de enfermería. Los que deciden trasladarse al hospital público ponderan el conocimiento previo de la institución porque facilita moverse en ese entorno, la distancia y frecuencia del transporte público y las recomendaciones de los familiares. También influye la experiencia adquirida en el CAPS, que hace que consideren que ese será el camino que indicará el profesional. Además, trasladarse al hospital significa disponer de tiempo (una

hora y media para llegar al Hospital de Niños de La Plata; cuarenta y cinco minutos al Hospital de Romero.), dinero y estar dispuestos a esperar para ser atendidos:

hacía comentarios con mi mamá, mi hermana. Les decía que tosía mucho y cada vez que lloraba se ahogaba. Más por eso lo había llevado, porque se ahogaba. Me decían que lo tenía que llevar al hospital (...) lo que pasa es que como yo no conocía el Hospital de Niños, como es grande no sabía si ir para acá o para allá. Pero sí, me atendieron a las 9, 9 y media (...) Le pregunté al guardia, después le pregunté a una señora. Después me mandaron para arriba, ahí saqué turno y me atendieron ahí (...) (Vera, 31/8/12).

cuando ella levanta fiebre lo más cercano que tengo es el hospital de Romero o la salita de acá que le baja la fiebre... Porque hasta llegar al Hospital de Niños mi hija se muere. Si no tenemos un transporte de acá que te lleve directo al Hospital de Niños. Me queda más cerca ahí (...) Te atienden muy bien, demasiada paciencia le tienen a los chicos, te atiende bien Romero (Mirta, 2/8/10).

El traslado nocturno a una institución de salud requiere, para quienes no tienen vehículo, conseguir que alguien los lleve, sea un remis o algún vecino con auto y buena predisposición para realizar el viaje, porque no hay frecuencia de transporte público. Esto constituye un problema para estas familias, y hace que se entienda por qué preocupa que sus hijos/as se enfermen durante la noche:

Como se agitaba mucho lo llevé el miércoles a la noche. Y ahí lo dejaron internado, porque era bronquiolitis, pero estaba muy avanzada era para una internación. Y ahí me lo dejaron internado... En un remis, bah, no conseguí remis, detrás de mi casa vive un hombre que tiene un auto y él me llevó hasta el hospital de Romero (Vera, 26/7/12).

De aquí fui con mi marido que nos llevó en el remís, después se volvió. Fuimos a las tres de la mañana, porque a la noche se puso mal (...) Yo notaba que sí. Llegué allá, me la tuvieron nebulizando y no mejoraba, con el paf, nada, le dieron corticoide y seguía así. Entonces me dijeron que la iban a internar (Delia, 18/6/13).

Como se evidencia en la cita anterior, la consulta en el centro de mayor complejidad puede desembocar, en función de la evaluación médica, en una internación. No obstante, para las madres esta última no siempre aparece como una alternativa posible; puede convertirse en una situación desafortunada no solo porque no se está emocionalmente preparado para ella, sino por los desarreglos domésticos que genera, principalmente en hogares en donde la figura de la mujer madre constituye el eje de su funcionamiento.

Yo cuando el médico me dijo eso “parece que te quedás”. Yo ahí, al toque le mandé un mensaje y lo llamé. Yo le dije tengo que hacer llamadas porque no estoy sola, le digo “estoy con el nene de 6 años y la beba”. Y ella tenía un hambre, me acuerdo ese día, porque yo no le había dado la leche por miedo a que devolviera todo (...) Los cuatro días estuve allá... No, no volví. Llamaba, así como estaban, si necesitaban algo. Trataba de avisar a mi familia que llamen o que si puedan venir... (Fabiana, 25/6/12).

Me dijeron que le faltaba oxígeno (...) Yo me quedé con él. Estaba mi hermana, yo me venía y después me quedaba todas las noches con él (...) Estuve una semana en Romero, y de ahí pedí la derivación para ir a Casa Cuna porque en Romero me dijeron que no había internación, no hay sala de internación y no podía estar ahí con los nenes. O sea, él estaba internado y al lado mío atendían a los otros chicos enfermos que venían, estaba en el consultorio porque no tenían cama ni nada (Vera 31/8/12).

Me complica cuando uno queda internado, con los otros chicos me complica mucho. Porque si yo me quedo internada ellos ya se

quedan acá en casa ajena, ¡no. Bah!, y como uno no está no sabe cómo están, no es que los traten mal, pero viste, no es como uno, no es lo mismo que estar conmigo. Son terribles, viste (María, 16/7/12).

La responsabilidad del cuidado del/la niño/a hospitalizado/a recae en la figura femenina, ya sea la madre o alguna parienta cercana. Y esto porque, entre otras cuestiones, la institución hospitalaria no brinda las condiciones favorables para que el varón/padre ejerza la corresponsabilidad en el cuidado del/la niño/a internado/a. La primera limitación que establece es horaria, lo ubican en el lugar de visita:

Iba a visitarlo no más. Porque no dejaban, la primera vez que estuve en el Hospital de Niños no dejaban a los padres, sólo a mujeres (...) Fui a Romero y de Romero me derivaron a Casa Cuna. (Allí) tampoco, de visita sí... fue de visita (...) A veces, iba un lunes y no trabajaba iba al hospital, después no iba martes, miércoles iba al hospital, día por medio iba... (Vera, 26/7/12).

El hospital no me dejaba quedarme a mí, porque el hospital no quería que quede a la noche, solamente de día y nada más. De ocho a cuatro, depende el horario (...) Yo pedía permiso [en el trabajo] y me lo daban, pero si yo no llevaba un certificado, me descontaban el día. A veces, no me daban nada a mí... me descontaban lo faltado... (X, padre de las niñas, 11/7/12).

En un solo caso registramos que el padre del/la niño/a solicitó autorización para quedarse durante noche porque consideró que su pareja debía descansar y estar con sus otros hijos/as. Pero se trata de una decisión poco frecuente tanto institucional como familiarmente.

Me quedaba yo en el hospital. Después, una noche se fue mi marido y se quedó él..., se quedó con él, fue para que yo descansara (...) Se puede quedar el padre también. Tiene que pedir, el doctor tiene que dar un papel, orden, para que se quede (...) Y sí, él me

dijo porque me dijo que yo me venga a descansar para que él se quede, estaba cansada yo (Lidia, 21/6/12).

En la internación las madres aprenden y se apropian de ciertos términos técnicos que utilizan para relatar el accionar médico³³ y participan de manera activa en la atención de sus hijas/os, convirtiéndose en expertas. Además, reciben consejos sobre cómo deben cuidar a los/as niños/as para evitar las reiteraciones:

despierta continuamente porque cada tres horas le tenía que hacer el PAF, tomarle la temperatura a las 10 de la noche, a las 6 de la mañana y a las 2 de la tarde. (...) El digital..., aprendí en el hospital. Sí, porque yo estoy acostumbrada al otro, con el común, porque acá con los chicos, todo con el común. Pero eso lo aprendí a usar ahí. Me dice mi marido “te hiciste enfermera” (risas)... (Fabiana, 28/8/12).

Estar con ella, cuidar a ellas, por ahí te dan un remedio que vos le tenés que dar y te dicen “a tal hora tenés que darle” y vos tenés que darle la leche, estar ahí con ella. El otro día estaba con las dos, todo el día (María, 16/7/12).

Las recomendaciones médicas, que para las familias se presentan como palabras autorizadas en el tema, siempre apuntan a instalar entre los miembros del hogar ciertas conductas individuales, pero soslayan tanto las cuestiones estructurales de las viviendas como también las condiciones y posibilidades reales que las familias tienen para llevarlas a cabo:

³³ “Le pusieron el oxígeno al 100 % dos días estuvo, dos días al 100 %. No quería levantar, no quería levantar se quedaba ella, sentía que se quería quedar así ella. Después le bajaron a 50 porque saturaba 86, 84, con oxígeno. Entonces, después a los dos días le bajaron al 50 %, ya ahí empezó a tener color en la piel, tomaba leche con la bomba, tomaba. (...) En la bigotera tenía un litro y medio de oxígeno por día. (...) porque te sacan el oxígeno y te dejan 24 horas en observación, si ella se agita o algo le vuelven a poner. Entonces, como ella saturaba 96, 97 sin oxígeno, le sacaron” (Fabiana, 24/7/12).

Ella [se refiere al personal médico] me dijo que tenía que cuidarla mucho, no sacarla tanto, que cada vez que nos acerquemos a ella tenemos las manos limpias, no toser sobre ella, no fumar sobre ella, todas esas cosas, acá nadie fuma. Acá nadie fuma, nadie toma, entonces eso me dijo. Yo le había preguntado a una doctora de ahí si tenía que hacer un arreglo especial en mi casa, porque yo tengo piso de cemento todavía y a veces levanta mucho polvo, las cosas se llenan de tierra. Afuera tengo calle de tierra, tengo la mitad de material y la mitad de casilla. Qué podía hacer con la estufa, o si puedo poner una salamandra, algo. Me dijo que todo, pero lejos de ella, que ella no absorba nada (Fabiana 25/6/12).

A modo de reflexión

En función de lo expresado se puede señalar que cuidar y atender son dos actividades que las madres realizan frecuentemente, a pesar de que se visibilice que ellas solo cuidan y que la atención recae de manera exclusiva en el campo de lo profesional o profesionalizado.

En el discurso materno ante los problemas de salud infantil, atender y cuidar tienen límites borrosos, remiten a esas actividades invisibilizadas que se realizan cotidianamente y que tienden a generar y propiciar aquellas condiciones necesarias para alcanzar el bienestar de los otros, incluyendo la aplicación de ciertos procedimientos técnicos y de las recomendaciones médicas.

Se trata de saber escuchar, de observar con atención, de estar alerta y vigilante para poder controlar y actuar ante situaciones adversas mediante la realización de acciones pertinentes en los momentos oportunos y con dosis adecuadas. A partir de los relatos maternos se puede develar la lógica que opera en el proceso de construcción del padecimiento, en el cual el reconocimiento y la valoración diferenciada de signos implican que algunos adquieren un lugar y un peso más importante que otros, y así generan la necesidad materna de actuar. Las mujeres/madres esperan que con el transcurrir del tiempo ciertos signos desaparezcan, se eliminen o se terminen naturalizando; mientras que

otros se convierten en marcadores de gravedad y claves para decidir la consulta a un profesional. Sin embargo, su valoración diferencial está sometida a modificaciones y resignificaciones según lo experimentado en la vida cotidiana (aprendizaje experiencial), el aprendizaje adquirido en contacto con los servicios de salud biomédicos, pero también con las condiciones materiales que operan flexibilizando los sentidos valorativos respecto a determinados signos y síntomas y a las opciones institucionales de atención.

El hacer materno, la realización de las prácticas prescriptas o la recreación creativa de las mismas en contextos percibidos como similares, expresan la puesta en práctica de un saber a través del despliegue de diferentes estrategias curativas y preventivas acordes a sus posibilidades materiales de realización. Las madres aprenden de y con el personal de salud, se convierten (y las convierten) en las interlocutoras válidas para enfrentar y resolver, cuidar y atender, los problemas de salud infantil. Sin embargo, desde el sector salud se cuestiona y descalifica el hacer materno cuando se realiza sin su intervención: esto expresa no solo la contradicción que opera en la propia práctica médica sino un sutil modo de ejercicio del poder.

Referencias bibliográficas

- Bronfman, M. (2001). *Como se nace se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Esteban, M. L. (2003). Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. *Congreso Internacional SARE: Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. Recuperado de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Genero_y_cuidados.pdf
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, España: Bellaterra.
- Haro Encina, J. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Eds.)

- Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (pp.101-162). Barcelona, España: Bellaterra.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos Médico Sociales*, 43, 21-30.
- Jelin, E. (1998). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Kleinman, A. (1978). Concept and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12, 85-93.
- Menéndez, E. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. (1990). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En Menéndez, E. *Antropología médica, orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, D.F.: Cuaderno de la Casa Chata 179.
- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso de salud-enfermedad-atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 50, 3-18.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (1997). Antropología Médica. Espacios propios, campos de nadie. *Nueva Antropología XV*, 51, 83-103.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 8(1), 185-207.
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.

- Módena, E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Osorio Carranza, R. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Ciesas-INI-INAH.
- Weingast, D. (2012). Las relaciones de género y los cuidados de salud infantil: a propósito de las infecciones respiratorias agudas. En *Actas de las VII Jornadas de Sociología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP*. Recuperado de <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar/actas/Weingast.pdf/view?searchterm=None>